



PROPOSTA DI LEGGE

Riforma della procedura di applicazione del Trattamento Sanitario Obbligatorio

(Proposta di modifica della L. 23.12.1978 n° 833 – artt. 33 - 34 - 35)

Relazione illustrativa

A 39 anni dalla pubblicazione della legge 180/78, cosiddetta “Legge Basaglia”, confluita con gli articoli 33, 34, e 35 nella L. 23.12.1978 (Istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale), l’Istituto del Trattamento Sanitario Obbligatorio (da adesso anche solo TSO), appare oggi meritevole di un riesame, non più rinviabile, in considerazione:

- a) dell’evoluzione della cornice giuridica internazionale e nazionale sulla libertà di cura;
- b) dell’evoluzione del concetto di “Salute Mentale”;
- c) dell’esperienza e dei risultati conseguiti dalla legge medesima nella sua applicazione pratica, da cui deriva la necessità di apprestare più significative e concrete tutele giuridiche a coloro che vengono sottoposti a TSO;
- d) della presa di coscienza politica e sociale secondo cui occorre orientare l’intervento pubblico sulla “Salute Mentale” al coordinamento dei diversi strumenti di welfare che, incidendo sui fattori predisponenti al disagio psichico, può realizzare significativi risparmi in termini economici non concentrando le risorse nel trattamento delle acuzie.

A) LA “LIBERTÀ DI CURA” IN RAPPORTO ALLA SALUTE MENTALE

Sul punto appaiono particolarmente rilevanti:

1) In sede internazionale:

- a) la Raccomandazione 2091 dell’Assemblea Parlamentare del Consiglio d’Europa, del 2016. Quest’ultima invita il Comitato dei Ministri ad incaricare il Comitato di bioetica ad “indirizzare i suoi lavori alla promozione di alternative alle misure involontarie in psichiatria, anche elaborando misure volte ad accrescere la partecipazione delle persone con disabilità psicosociali alle decisioni che incidono sulla loro salute”. Segnalando, inoltre, che “le procedure di ricovero e trattamento involontario sono all’origine di un gran numero di violazioni dei diritti umani in molti Stati membri, specie in ambito psichiatrico;
- b) le disposizioni pertinenti della Convenzione Europea per la Salvaguardia dei Diritti dell’Uomo

(STE n. 5) e della Convenzione sui Diritti dell'Uomo e la Biomedicina (STE n. 164, «Convenzione di Oviedo»), così come la Raccomandazione del Comitato dei Ministri (2004/10) in materia di tutela dei diritti umani e della dignità delle persone con disturbi mentali, disciplinano rigorosamente, pur autorizzandolo, l'uso delle misure involontarie in psichiatria, allo scopo di tutelare da violazioni dei diritti umani le persone con problemi di salute mentale (più appropriatamente denominate «persone con disabilità psicosociali»).

2) Sul piano giurisprudenziale interno:

a) la sentenza n. 90/307 della Corte Costituzionale, secondo cui *“la legge impositiva di un trattamento sanitario non è incompatibile con l'art. 32 della Costituzione se il trattamento sia diretto non solo a migliorare o a preservare lo stato di salute di chi vi è assoggettato, ma anche a preservare lo stato di salute degli altri, giacché è proprio tale ulteriore scopo, attinente alla salute come interesse della collettività, a giustificare la compressione di quella autodeterminazione dell'uomo che inerisce al diritto di ciascuno alla salute in quanto diritto fondamentale”*;

b) la sentenza 2007/21748 della Corte di Cassazione, in sede civile, la quale ebbe ad affermare perspicuamente che *“non è attribuibile al medico un generale diritto di curare, a fronte del quale non avrebbe alcun rilievo la volontà dell'ammalato che si troverebbe in una posizione di soggezione su cui il medico potrebbe ad libitum intervenire, con il solo limite della propria coscienza; appare, invece, aderente ai principi dell'ordinamento riconoscere al medico la facoltà o la potestà di curare, situazioni soggettive, queste, derivanti dall'abilitazione all'esercizio della professione sanitaria, le quali, tuttavia, per potersi estrinsecare abbisognano, di regola, del consenso della persona che al trattamento sanitario deve sottoporsi”. Il consenso informato ha come correlato la facoltà non solo di scegliere tra le diverse possibilità di trattamento medico, ma anche di eventualmente rifiutare la terapia e di decidere consapevolmente di interromperla, in tutte le fasi della vita, anche in quella terminale. Ciò è conforme al principio personalistico che anima la nostra Costituzione, la quale vede nella persona umana un valore etico in sé, vieta ogni strumentalizzazione della medesima per alcun fine eteronomo ed assorbente, concepisce l'intervento solidaristico e sociale in funzione della persona e del suo sviluppo e non viceversa, e guarda al limite del "rispetto della persona umana" in riferimento al singolo individuo, in qualsiasi momento della sua vita e nell'integralità della sua persona, in considerazione del fascio di convinzioni etiche, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive. Ed è altresì coerente con la nuova dimensione che ha assunto la salute, non più intesa come semplice assenza di malattia, ma come stato di completo benessere fisico e psichico, e quindi coinvolgente, in relazione alla percezione che ciascuno ha di sé, anche gli aspetti interiori della vita come avvertiti e vissuti dal soggetto nella sua esperienza. Deve escludersi che il diritto alla autodeterminazione terapeutica del paziente incontri un limite allorché da esso consegua il sacrificio del bene della vita. Benché sia stato talora prospettato un obbligo per l'individuo di attivarsi a vantaggio della propria salute o un divieto di rifiutare trattamenti o di omettere comportamenti ritenuti vantaggiosi o addirittura necessari per il mantenimento o il ristabilimento di essa, il Collegio ritiene che la salute dell'individuo non possa essere oggetto di imposizione autoritativo-coattiva. Di fronte al rifiuto della cura da parte del diretto interessato, c'è spazio - nel quadro dell'"alleanza terapeutica" che tiene uniti il malato ed il medico nella ricerca, insieme, di ciò che è bene rispettando i percorsi culturali di ciascuno - per una strategia della persuasione, perché il compito dell'ordinamento è anche quello di offrire il supporto della massima solidarietà concreta nelle situazioni di debolezza e di sofferenza; e c'è, prima ancora, il dovere di verificare che quel rifiuto sia informato, autentico ed attuale. Ma, allorché il rifiuto abbia tali connotati non c'è possibilità di disattenderlo, in nome di un dovere di curarsi come principio di ordine pubblico. Lo si ricava dallo stesso testo dell' art. 32 della Costituzione, per il quale i trattamenti sanitari sono obbligatori nei soli casi espressamente previsti dalla legge, sempre che il provvedimento che li impone sia volto ad impedire che la salute del singolo possa*

arrecare danno alla salute degli altri e che l'intervento previsto non danneggi, ma sia anzi utile, alla salute di chi vi è sottoposto (Corte cost., sentenze n. 258 del 1994 e n. 118 del 1996). Soltanto in questi limiti è costituzionalmente corretto ammettere limitazioni al diritto del singolo alla salute, il quale, come tutti i diritti di libertà, implica la tutela del suo risvolto negativo: il diritto di perdere la salute, di ammalarsi, di non curarsi, di vivere le fasi finali della propria esistenza secondo canoni di dignità umana propri dell'interessato, finanche di lasciarsi morire. Il rifiuto delle terapie medico-chirurgiche, anche quando conduce alla morte, non può essere scambiato per un'ipotesi di eutanasia, ossia per un comportamento che intende abbreviare la vita, causando positivamente la morte, esprimendo piuttosto tale rifiuto un atteggiamento di scelta, da parte del malato, che la malattia segua il suo corso naturale. E d'altra parte occorre ribadire che la responsabilità del medico per omessa cura sussiste in quanto esista per il medesimo l'obbligo giuridico di praticare o continuare la terapia. Esso cessa quando tale obbligo viene meno: e l'obbligo, fondandosi sul consenso del malato, cessa - insorgendo il dovere giuridico del medico di rispettare la volontà del paziente contraria alle cure - quando il consenso viene meno in seguito al rifiuto delle terapie da parte di costui.

B) L'EVOLUZIONE DEL CONCETTO DI SALUTE MENTALE

Sul punto, il Piano d'Azione per la "Salute Mentale" (2013-2020), pubblicato nel 2013 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization):

- 1) chiarisce che "i determinanti della salute mentale e dei disturbi mentali includono non solo attributi individuali quali la capacità di gestire i propri pensieri, le proprie emozioni, i propri comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici ed ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative ed il supporto sociale offerto dalla comunità";
- 2) dettaglia ulteriormente che "l'esposizione alle avversità sin dalla tenera età rappresenta un fattore di rischio per disturbi mentali ormai riconosciuto e che si può prevenire. A seconda del contesto locale alcuni individui e gruppi sociali sono molto più a rischio di altri di soffrire di disturbi mentali. Questi gruppi vulnerabili sono, per esempio (ma non necessariamente), i membri delle famiglie che vivono in situazioni di povertà, le persone affette da malattie croniche, i neonati e i bambini abbandonati e maltrattati, gli adolescenti che fanno uso per la prima volta di sostanze psicoattive, le minoranze, le popolazioni indigene, le persone anziane, le vittime di discriminazioni e violazioni dei diritti umani, lesbiche, gay, bisessuali e transgender, i prigionieri e le persone che vivono situazioni di conflitto, catastrofi naturali o altre emergenze umanitarie. L'attuale crisi finanziaria mondiale è la dimostrazione di come un fattore macroeconomico comporti ingenti tagli a dispetto di un concomitante e più forte bisogno di servizi sociali e di servizi di salute mentale a causa dell'aumento dei disturbi mentali e dei suicidi e dell'emergere di nuovi gruppi vulnerabili (ad esempio i giovani disoccupati). In molte società i disturbi mentali legati all'emarginazione, all'impoverimento, alle violenze e maltrattamenti domestici, all'eccessivo carico di lavoro e allo stress inducono crescente preoccupazione, soprattutto per la salute delle donne";

C) L'ESPERIENZA E I RISULTATI CONSEGUITI DALLA LEGGE MEDESIMA NELLA SUA APPLICAZIONE PRATICA

La cronaca continua a dare conto di drammatiche vicende (eclatanti, tra le altre, quella di Giuseppe Casu, morto "di TSO" a Cagliari nel 2006 dopo sette giorni di ininterrotta contenzione, e quella di Francesco Mastrogiovanni, morto nel 2009 a Vallo della Lucania dopo "87" ore di analoga ininterrotta contenzione riprese integralmente da una telecamera all'interno del reparto) che evidenziano come, sia nella fase dell'avvio del TSO che nel corso della concreta esecuzione dello stesso, si consumino violazioni dei diritti fondamentali, oramai consacrate (le violazioni) in prassi consolidate, divenute emblema della "banalità del male" in ambito sanitario. Questa emergenza

“culturale” viene plasticamente evidenziata dalla Corte d’Appello di Salerno che, nel caso di Franco Mastrogiovanni, dovendo motivare la relativa “esiguità” (da un anno ed un mese a due anni) della pena inflitta a sei medici responsabili di sequestro di persona, omicidio in conseguenza del sequestro e falso in cartella clinica chiarisce nel febbraio 2017 che *“nessuno può fingere di ignorare che la contenzione non era un’esclusiva dell’ospedale di Vallo della Lucania e tanto meno dei sanitari di turno durante la degenza delle odierne persone offese, ma costituiva il retaggio della concezione “manicomiale” del trattamento psichiatrico...”*.

Si consideri che, molto significativamente, il “Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale”, istituito nel 2016 ai sensi della legge 21 Febbraio 2014 n. 10, che avendo meritoriamente esteso il campo della sua azione al tema che ci occupa, ha affermato, nella prima relazione annuale sulla propria attività presentata il 21 Marzo del 2017 alla Camera dei Deputati, che *“una delle criticità delle analisi del funzionamento dei TSO è l’impossibilità di avere dati statistici chiari. I numeri sono di difficile reperimento e i pochi disponibili riguardano le dimissioni e non si distinguono per pazienti singoli; tanto da non permettere di avere una base su cui partire per effettuare degli studi. [...] Il problema della non trasparenza dei dati rende così questo trattamento di difficile monitoraggio”*.

L’unico dato statistico (sia pure da leggersi al netto dei tanti casi [circa un quarto del totale] di trattamento che “si convertono” in volontari quando si raggiunge coattivamente l’ospedale, e che non entrano in questa rilevazione) riguarda il numero complessivo delle “dimissioni” da TSO. Sono ben 10.882 le persone che risultano sottoposte ad un TSO nel 2015 (dato ISTAT), e la distribuzione geografica rende evidente come le percentuali rispetto alla popolazione (dal virtuoso Friuli Venezia Giulia “basagliano” alla pessima Sicilia) narrino di una diversa efficacia e cultura dei servizi di salute mentale “di prossimità”, più che di una maggiore o minore inclinazione alla follia nelle diverse aree del paese.

D) DIVERSO APPROCCIO PUBBLICO CIRCA LE RISORSE DA DESTINARE AL TEMA DELLA “SALUTE MENTALE”

Sul punto, il già citato Piano d’Azione per la “Salute Mentale” (2013-2020), dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization), con cifre applicabili anche all’Italia, pur tenendo conto della distribuzione regionale degli interventi e dell’assenza di rilevazioni precise a riguardo:

- 1) sul piano economico, calcola che “nel loro complesso, i disturbi mentali, neurologici e da uso di sostanze psicoattive, comportano costi elevati, raggiungendo il 13% del carico globale di malattia su scala mondiale nel 2004. La depressione da sola rappresenta il 4,3% del carico globale di malattia ed è una delle principali cause di disabilità a livello mondiale (11% degli anni di vita vissuti con una disabilità nel mondo intero), particolarmente per le donne. Le conseguenze economiche di queste condizioni di compromissione della salute sono altrettanto importanti: un recente studio ha stimato che l’impatto cumulativo dei disturbi mentali a livello mondiale in termini di perdita della produzione economica ammonterà a 16.300 miliardi di dollari tra il 2011 e il 2030;
- 2) sul piano degli effetti, rileva che “i disturbi mentali fanno spesso precipitare gli individui e le loro famiglie in una condizione di povertà”. La perdita della casa e la detenzione inappropriata è molto più frequente nelle persone con disturbi mentali rispetto alla popolazione generale, aggravando ulteriormente la loro condizione di emarginazione e la loro vulnerabilità. A causa della stigmatizzazione e della discriminazione, le persone con disturbo mentale vedono violati i loro diritti umani e molte di loro vengono private dei loro diritti economici, sociali, e culturali – sono vittime di limitazioni nel diritto al lavoro, all’istruzione, alla procreazione ed alla possibilità di ottenere le migliori condizioni di salute;
- 3) sul piano della strategia di allocazione di fondi attualmente “privilegiata”, avverte che “il 67% delle risorse vengono destinate agli ospedali psichiatrici, nonostante i loro risultati in termine di salute siano mediocri e al loro interno si registrino violazioni dei diritti umani”.

Sintesi della proposta

La proposta di riforma di Radicali Italiani prende la mosse da questo quadro e dalla banale considerazione che il controllo **in contraddittorio** sulla legalità delle condizioni di privazione della libertà personale, imposto dall'art. 13 della Costituzione e quindi dal codice di procedura penale nel caso di sottoposizione ad arresto (quando si è presuntamente violato il codice penale), non è previsto in caso di privazione della libertà in un contesto di Trattamento Sanitario Obbligatorio (che patisce chi non ha violato la legge, e che porta a subire anche un intervento sul corpo, con la somministrazione forzata di farmaci).

In tal senso, nel raccogliere le raccomandazioni delle carte internazionali ed in un'ottica tesa a ridurre il ricorso all'istituto, perché sia ricondotto al ruolo di extrema ratio, la proposta si compone di tre articoli che si sostituiscono agli attuali artt. 33 – 35 della legge 23/12/1978 n. 833 regolatrice della materia. A fronte della registrata insufficienza del controllo da esercitarsi da parte delle autorità (Sindaco e Giudice Tutelare) previste dalla legge del 1978, la previsione della difesa tecnica mira a costituire un contraddittorio per sollecitare l'approfondimento sul controllo di legalità della procedura. Circa l'esecuzione del Trattamento Sanitario Obbligatorio, per un verso si chiarisce l'impossibilità di utilizzare strumenti di contenzione meccanica nonché la natura "aperta" dei reparti, per altro verso si afferma la necessità di salvaguardare la comunicazione del paziente verso l'esterno, attraverso le visite e l'uso di altri mezzi di comunicazione. Si valorizzano infine il monitoraggio e la sorveglianza a cura del Garante Nazionale dei Detenuti e Ristretti.

Articolo 1.

L'articolo introduce – quale principio applicabile ad ogni accertamento e trattamento obbligatorio anche fuori dall'ambito psichiatrico - diritti di informazione e ricorso a beneficio della persona coinvolta.

Articolo 2

L'intervento riguarda: 1) l'esplicitazione che il secondo medico deve essere uno psichiatra e che entrambi devono "vedere" il malato; 2) l'esplicitazione della non limitabilità del diritto di visita e della disponibilità di strumenti di comunicazione; 3) l'esplicitazione del divieto della "contenzione meccanica" e della "speciale chiusura" degli SPDC; 4) nella rubrica l'espressione "in ambito psichiatrico" si sostituisce a "malattia mentale".

Articolo 3

La riforma concerne: 1) l'abbassamento della durata del Trattamento da sette a quattro giorni; 2) la ricezione, da parte dell'infermo, della notifica del provvedimento accompagnata da un'informazione sui diritti nella procedura; 3) la previsione della difesa tecnica a beneficio del paziente e di un'udienza di convalida da tenersi da parte del Giudice Tutelare entro 96 ore dal TSO, analoga all'udienza di convalida dell'arresto; 4) la celebrabilità di quest'ultima anche presso l'ospedale per garantire la partecipazione al paziente; 5) l'ordinaria liberazione anche in caso di convalida; 6) rinnovi ogni 4 giorni, sempre passando per un'udienza, e per un massimo di 3 rinnovi (16 giorni); 7) un'informativa al Garante Nazionale di Detenuti e Ristretti al primo rinnovo; 8) una relazione annuale "sui trattamenti sanitari obbligatori in ambito psichiatrico" a cura di quest'ultima autorità.

NORMATIVA VIGENTE	TESTO RIFORMA
<p>Art. 33. (<u>Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori</u>).</p> <p>Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.</p>	<p>Art. 1. L' art. 33 della legge 1978/833 è sostituito dal seguente:</p> <p><u>Art. 33. (Norme per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori).</u></p>

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.

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 **richiesti** 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, **con contestuale verifica delle condizioni di legge poste a base del richiesto accertamento e/o trattamento sanitario.**

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 ed i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative volte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. **La persona sottoposta ad accertamento e/o trattamento sanitario obbligatorio deve sempre essere informato, in un linguaggio che può capire, dei suoi diritti e dei mezzi previsti dalla legge per esercitarli. La struttura deve provvedere a fornire tali mezzi, così come ad inoltrare tali richieste agli uffici relativi e competenti.** 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, **sia esso soggetto privato o associativo**, può rivolgere al Sindaco richiesta motivata 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 **48 ore**. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento

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.

del provvedimento revocato o modificato.

Art. 2. L' art. 34 della legge 1978/833 è sostituito dal seguente:

Art. 34. (Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori **in ambito psichiatrico**).

La legge regionale, nell'ambito dell'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.

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.

Salvi i casi di seguito disciplinati, il trattamento psichiatrico è ammesso solo previo libero e informato consenso prestato da chi vi è sottoposto.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio **in ambito psichiatrico** può prevedere che le cure vengano prestate in condizioni di degenza ospedaliera solo se esistano alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici, se i proposti interventi terapeutici 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.

L'Ordinanza che autorizza il Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera è adottata dal Sindaco del luogo dove l'infermo si trova, su proposta motivata di un medico, accompagnata da certificato di conferma ed adesione redatto da uno psichiatra in servizio presso il Servizio Sanitario Nazionale. Entrambi i certificati possono essere redatti solo dopo visita della persona nei cui confronti si procede. I due certificati debbono essere motivati in ordine alla sussistenza delle condizioni di legge di cui al comma precedente, con analitica descrizione dei fatti e delle ragioni giustificanti il proposto TSO, e con espressa indicazione delle misure sanitarie extraospedaliere proposte e rifiutate.

Il ricovero deve essere attuato presso gli ospedali generali, in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura all'interno delle strutture dipartimentali per la

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

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.

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio deve essere accompagnato da iniziative volte a recuperare il consenso dell'interessato, espressamente riportate in cartella clinica, e deve cessare non appena venga meno uno dei presupposti di cui al comma 4 del presente articolo.

Nel corso della degenza:

- 1) non può essere impedito o limitato in alcun modo il diritto di ricevere visite;**
- 2) deve essere garantito il diritto della persona di detenere ed utilizzare mezzi di comunicazione;**

Non è ammessa la contenzione "meccanica" del paziente sottoposto a Trattamento Sanitario Obbligatorio. I "Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura" sono "strutture aperte" in condizioni analoghe agli altri reparti ospedalieri.

Art. 3. L' art. 35 della legge 1978/833 è sostituito dal seguente:

Art. 35. (Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizioni di degenza ospedaliera per malattia mentale e tutela giurisdizionale).

Il Trattamento Sanitario Obbligatorio ha la durata di quattro giorni.

L' Ordinanza con il quale il Sindaco dispone il Trattamento Sanitario Obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro **24** ore dalla ricezione della doppia certificazione medica di cui all'art. 34 quinto comma, deve essere notificata, entro le successive 24 ore dalla sua adozione, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune. **Sempre entro 24 ore il provvedimento deve essere notificato, unitamente alla doppia certificazione medica, al soggetto interessato dallo stesso, presso la struttura Ospedaliera ove questi si trova.**

L'Ordinanza Sindacale deve contenere a pena di nullità:

- 1) l'informazione della obbligatorietà e della**

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

gratuità della difesa tecnica nella procedura di applicazione del trattamento sanitario obbligatorio;

2) il nominativo del difensore d'ufficio e il suo indirizzo e recapito telefonico;

3) l'indicazione della facoltà di nomina di un difensore di fiducia;

4) l'indicazione della facoltà di nomina di un difensore di fiducia nonché persone fisiche e/o associazioni di tutela autorizzate all'accesso agli atti ed alle visite;

5) l'indicazione del diritto ad avere la traduzione degli atti ed avere un interprete;

6) una descrizione della procedura con l'espressa indicazione che è possibile ricorrere avverso la richiesta Ordinanza, e successivo decreto di convalida del Giudice Tutelare, anche autonomamente e senza formalità. L'Ordinanza Sindacale deve avere allegato un modello di ricorso in duplice copia. Deve altresì essere specificato che il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, anche a mezzo della struttura ospedaliera in cui è inserito, ha l'obbligo di provvedere alla trasmissione del ricorso al Giudice Tutelare, e a dare copia al paziente dell'attestazione di avvenuto invio.

Nei casi in cui - in udienza - il Sindaco o il suo delegato, aderendo alla proposta del dirigente medico responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura dove il ricovero coatto è avvenuto, richieda la continuità del Trattamento Sanitario Obbligatorio, questa può essere disposta dal Giudice tutelare per ulteriori 96 ore, e rinnovata - prima della scadenza delle stesse - con provvedimento disposto a seguito di una nuova udienza in camera di consiglio, da svolgersi egualmente secondo le disposizioni dell'art. 391 del codice di procedura penale.

Il mancato rispetto di uno qualunque dei termini o delle forme indicati obbliga il Giudice Tutelare ad ordinare l'immediata liberazione dell'infermo.

Il Giudice Tutelare, anche sollecitato da eventuali memorie provenienti dall'infermo o dal suo difensore, e se del caso assunte le opportune informazioni, può in ogni momento, con decreto, interrompere il trattamento medesimo.

In nessun caso il Trattamento Sanitario Obbligatorio può essere rinnovato più di tre volte.

Per consentire la partecipazione all'udienza del

<p>ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>Sulla richiesta di sospensiva il presidente del tribunale provvede entro dieci giorni.</p> <p>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.</p> <p>I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.</p>	<p>paziente psichiatrico, nell'ipotesi che venga formulata espressa richiesta in tal senso dal paziente o dal suo difensore, l'udienza può svolgersi presso i locali del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, o comunque delle strutture ospedaliere nelle quali quest'ultimo è collocato.</p> <p>I ricorsi ed i successivi provvedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione del processo non è soggetta a registrazione.</p> <p>Ogni rinnovo del Trattamento Sanitario Obbligatorio è comunicato immediatamente al "Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale", istituito ai sensi della legge 21 Febbraio 2014 n.10.</p> <p>Il "Garante Nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale" inserisce, nella relazione annuale prevista ai sensi dell' art. 7, lett. g, del d.l.23/12/2013 n. 146: 1) un'anagrafe dei Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura che hanno ospitato ricoverati in TSO; 2) il rilievo statistico del numero di persone sottoposte a Trattamento Sanitario Obbligatorio nel corso dell'anno precedente per SPDC; 3) l'indicazione del numero medio dei giorni di ricovero coatto per SPDC; 4) l'aggregazione provinciale e regionale dei dati.</p>
--	--