

# NARODOWA USTAWA O OCHRONIE ZDROWIA PSYCHICZNEGO WE WŁOSZECH

## Krótki opis i uwagi

We Włoszech reforma prawa o ochronie zdrowia psychicznego obejmuje zbiór ustaw: jedną ustawę ogólnokrajową zawierającą przepisy ogólne i 20 ustaw regionalnych, dotyczących poszczególnych strategii działania, zagwarantowanych przez włoską konstytucję, która daje regionom dużą autonomię w sprawach planowania, zarządzania i administracji świadczeń zdrowotnych.

Po raz pierwszy ustawa ogólnokrajowa została zaakceptowana 13 maja 1978 r., opatrzono ją numerem 180. Sześć miesięcy później, 31 grudnia 1978 r., po drobnych zmianach została ona ujęta w Ustawie ogólnej o ochronie zdrowia nr 833.

W związku z tym, na obecną ustawę o ochronie zdrowia psychicznego składają się cztery artykuły (art. 33, 34, 35 i 64) zawarte w Ustawie nr 833.

W ciągu dwudziestu pięciu lat trwania reformy narodowa ustawa nigdy nie uległa zmianie, ale wprowadzono wiele poprawek do ustaw regionalnych.

## 1. Filary prawa krajowego

Istnieją trzy filary prawa krajowego:

Zakaz tworzenia nowych szpitali psychiatrycznych i zakaz przyjmowania nowych pacjentów do istniejących szpitali psychiatrycznych, które znajdują się w fazie likwidacji lub transformacji, by służyć innym celom.

Zasada stanowiąca o tym, że profilaktyka, leczenie i rehabilitacja osób dotkniętych chorobą psychiczną przebiega w systemie usług środowiskowych. Na mocy prawa w ramach szpitali ogólnych powołano także Usługi czy też Punkty Diagnostyki i Leczenia Psychiatrycznego, gdzie znajduje się najwyżej po 15 miejsc przeznaczonych do leczenia stacjonarnego.

Ustanowienie Przymusowego Leczenia (LP)

## 2. Przymusowe Leczenie Psychiatryczne (PLP)

Podobnie jak w przypadku leczenia przymusowego chorób o innym podłożu, opisanego w tym samym artykule ustawy, leczenie przymusowe (LP) można zastosować tylko i wyłącznie w poszanowaniu godności jednostki i z zachowaniem jej praw obywatelskich. Leczenie takie muszą poprzedzić jednak starania, mające na celu uzyskanie zgody jednostki i zapewniające jej świadomy udział w PLP. Leczenie przymusowe wprowadza się za orzeczeniem dwóch lekarzy, przy czym jeden musi być psychiatrą działającym w sektorze publicznym departamentu zdrowia psychicznego.

---

<sup>1</sup>Za Maria Grazia Giannichedda, *Evaluation of the Mental Health Law Reform in Italy. Lessons Learned*. Prezentacja przedstawiona na II Międzynarodowym Forum Szkoleniowym WHO na temat Zdrowia Psychicznego, Praw Człowieka i Ustawodawstwa, Genewa, 10-12 listopada 2003.

Postanowienie o zastosowaniu PLP wydaje prezydent miasta lub jego pełnomocnik za zgodą sędziego właściwego sądu opiekuńczego, w którego kompetencjach leży podejmowanie decyzji o takim leczeniu.

Leczenie przymusowe może odbywać się w ramach Punktów Psychiatrycznych na terenie szpitala ogólnego, jak również w Centrach Zdrowia Psychicznego.

Jeśli leczenie przymusowe trwa dłużej niż siedem dni, lub w razie jakichkolwiek dalszych przedłużeń, psychiatra jest zobowiązany przestrzegać procedury opisanej powyżej (prezydent miasta + sędzia) oraz przedstawić pisemne uzasadnienie przedłużenia procesu leczenia.

### **3. Uwagi dotyczące Przymusowego Leczenia Psychiatrycznego (PLP)**

**Powodem wprowadzenia leczenia przymusowego nie jest jednak potencjalne zagrożenie płynące ze strony pacjenta, tak jak to było kiedyś, ale fakt, że potrzebuje on pomocy.**

Zgodnie z literą prawa leczenie przymusowe stosuje się w sytuacji, gdy „stan psychiczny osoby wymaga natychmiastowego leczenia, któremu osoba ta nie chce się poddać”.

Ów sposób myślenia pociąga za sobą istotne zmiany, a mianowicie to:

że brak zgody na leczenie u osoby chorej psychicznie nie jest już postrzegane jako zagrożenie dla społeczeństwa;

że obowiązkiem psychiatry nie jest już kontrola i zwalczanie zagrożenia społecznego, a nakładanie na osoby dotknięte chorobą psychiczną obowiązku leczenia jest formą ochrony ich praw a nie ograniczeniem czy naruszeniem tych praw. **Dzięki temu leczenie przymusowe świadczone w systemie usług środowiskowych staje się akceptowalne: nie jest już działaniem opresyjnym.**

Większość przepisów, nawet tych opowiadających się za **pełnym uszanowaniem praw człowieka**, za przyczynę zastosowania leczenia przymusowego podaje zagrożenie, jakie niesie pacjent dla społeczeństwa. Ponadto podtrzymuje potrzebę istnienia szpitali psychiatrycznych i zasadność wykluczenia społecznego obywateli cierpiących na choroby psychiczne.

Przepisy te chronią prawa osób dotkniętych chorobą psychiczną przez ograniczenie i kontrolę pracy psychiatrów, na przykład wprowadzając rozróżnienie między leczeniem przymusowym a przymusowym podaniem leków, lub też sprawując nadzór nad izolacją oraz pewnymi specyficznymi metodami leczenia itd.

Włoski ustawodawca uznał, że takie formy kontroli nie będą efektywne i nie mogą w pełni chronić praw pacjentów dopóki nie zmieni się „wyjątkowy status” choroby psychicznej na tle innych chorób i dopóki nie zmienią się oczekiwania w stronę psychiatry, jako tego który ma ponosić odpowiedzialność za kontrolowanie i zwalczanie społecznego zagrożenia.

W związku z tym, zgodnie z włoskim prawem, odpowiedzialność tę całkowicie powierzono policji i innym organom wymiaru sprawiedliwości.

Służby psychiatryczne i policja mogą, a nawet muszą, działać razem w razie, gdy zaistnieje potrzeba, każde na własną, specyficzną odpowiedzialność.

#### **4. Ruch na rzecz reformy**

Przygotowanie reformy, o której mowa, trwało bardzo długo.

Ruch na rzecz reformy rozpoczął się pod koniec lat 60. XX w. we Włoszech za sprawą działalności psychiatry, Franco Basagli, i nabrał tempa dzięki różnym połączonym ze sobą praktykom „deinstytucjonalizacji”, które zaczęły kształtować system usług środowiskowych jeszcze zanim reforma weszła w życie, bez konieczności korzystania z dotychczasowo używanych środków, jako że zamknięto oddziały szpitalne.

W 1968 r. przeprowadzono pierwszą częściową reformę ustawową we Włoszech, w postaci ustawy nr 431. Dziesięć lat później parlament uchwalił obecnie obowiązującą ustawę wprowadzoną w ramach reformy Ustawy ogólnej o ochronie zdrowia.

### **ARTYKUŁY NARODOWEJ USTAWY O OCHRONIE ZDROWIA WE WŁOSZECH<sup>2</sup>**

#### **Art. 33**

#### **Normy w zakresie dobrowolnej i przymusowej oceny stanu zdrowia i sposobów leczenia**

Zazwyczaj ocena stanu zdrowia i leczenie mają charakter dobrowolny. W przypadkach przewidzianych przez obecną ustawę i tych wyraźnie zaznaczonych w innych ustawach organy służby zdrowia mogą zlecić dokonanie oceny stanu zdrowia i nakazać leczenie, co jest zgodne z art. 32 Konstytucji. Opieka zdrowotna odbywa się w poszanowaniu godności jednostki oraz jej praw obywatelskich i politycznych, włącznie z prawem do wolnego wyboru lekarza i miejsca leczenia na tyle, na ile tylko jest to możliwe. Prezydent miasta, występujący w imieniu lokalnej służby zdrowia, zleca dokonanie oceny stanu zdrowia i leczenie w specjalnym postanowieniu wydanym na podstawie oficjalnego, odpowiednio umotywowanego skierowania od lekarza. Przymusowe leczenie i ocena stanu zdrowia są przeprowadzane przez publiczne jednostki i centra leczenia środowiskowego, a zalecona przez lekarza hospitalizacja odbywa się na terenie szpitali publicznych lub też innych placówek pozostających pod kontrolą powszechnej służby zdrowia. Przymusowe leczenie i ocena stanu zdrowia muszą być jednak połączone z działaniami na rzecz uzyskania zgody osoby objętej leczeniem i zapewniającymi jej świadomy udział w tym procesie. Lokalne oddziały służby zdrowia działają w taki sposób, by maksymalnie ograniczyć stosowanie przymusowego leczenia i oceny stanu zdrowia. Robią to poprzez działania z zakresu profilaktyki i edukacji zdrowotnej, a także poprzez rozwój i wypracowanie ustrukturyzowanych relacji między organami służby zdrowia a społecznością lokalną.

W czasie trwania zaleconego badania stanu zdrowia i przymusowego leczenia pacjenci mają prawo kontaktować się z kim tylko zechcą.

Wnosząc petycję, każdy może odwołać lub zmienić decyzję prezydenta miasta o zastosowaniu lub wydłużeniu procesu leczenia i oceny stanu zdrowia pacjenta. Czas na ustosunkowanie się prezydenta do petycji wynosi 10 dni.

Przepisy dotyczące odwołania lub zmiany w procesie udzielania opieki funkcjonują na zasadach identycznych do tych określających odwołanie lub zmianę postanowienia prezydenta, o którym mowa powyżej.

<sup>2</sup>Źródło: dodatek zwyczajny do gazety 'Official Gazette', nr 360, grudzień 28, 1978

#### **Art. 34**

#### **Dobrowolna i przymusowa ocena stanu zdrowia i leczenie w przypadku chorób psychicznych**

Departamentalne służby i jednostki zajmujące się profilaktyką zdrowia, opieką i rehabilitacją powołuje się na mocy Ustawy regionalnej i włącza w struktury działania lokalnych oddziałów służby zdrowia i ogólnego systemu usług w zakresie ochrony zdrowia publicznego.

Wszystkie środki opisane w ust. 2 poprzedniego artykułu mogą znaleźć zastosowanie w przypadku osób cierpiących na choroby psychiczne.

Działania na rzecz profilaktyki, opieki i rehabilitacji chorób psychicznych mają miejsce w zewnętrznych jednostkach lub centrach leczenia środowiskowego, wspomnianych w ust.1.

Przymusowe leczenie i ocena stanu zdrowia u osób cierpiących na dolegliwości psychiczne może odbyć się w warunkach szpitalnych jedynie wtedy, gdy zmiany stanu psychicznego są na tyle poważne, że wymagają natychmiastowego leczenia, gdy pacjent nie wyraża zgody na wspomniane leczenie lub badanie, lub gdy poza hospitalizacją niemożliwe staje się zastosowanie w porę odpowiednich środków leczniczych. Na leczenie przymusowe w warunkach szpitalnych kieruje lekarz lokalnej jednostki służby zdrowia (zgodnie z art. 33 ust. 3), podając stosowne uzasadnienie.

W przypadkach wymienionych w poprzednim ustępie hospitalizacja przebiega w specjalnie do tego przeznaczonych punktach diagnozy i leczenia psychiatrycznego, znajdujących się na terenie szpitala ogólnego i działających w ramach departamentu zdrowia psychicznego, który w celu zapewnienia ciągłości terapeutycznej oferuje także usługi centrów i placówek pozaszpitalnych. Liczba miejsc stacjonarnych gwarantowanych przez jednostki szpitalne, o których mowa w tym ustępie, jest określona w Regionalnym Planie Opieki Zdrowotnej.

#### **Art. 35**

#### **Procedury związane z przymusową oceną stanu zdrowia i leczeniem w przypadku chorób psychicznych w warunkach szpitalnych i pod ochroną sądu**

Postanowienie prezydenta miasta o zastosowaniu przymusowego leczenia lub przeprowadzeniu oceny stanu zdrowia w warunkach szpitalnych, wydawane w przeciągu 48 godzin po zatwierdzeniu zgodnie z art. 34 ust. 4, które zawiera umotywowane skierowanie od lekarza zgodnie z art. 33 ust. 3, w ciągu 48 godzin od rozpoczęcia hospitalizacji jest zgłaszane przez przedstawiciela urzędu miasta i przekazywane wraz ze wspomnianym skierowaniem do odpowiedniego dla sprawy sądu opiekuńczego, którego jurysdykcji podlega dane miasto lub gmina.

Po zapoznaniu się ze sprawą i dokonaniu wszelkich weryfikacji, sędzia właściwego sądu opiekuńczego ma 48 godzin na zatwierdzenie – lub nie – nakazu o przymusowym leczeniu. Sędzia wydaje postanowienie, w którym motywuje swoją decyzję, i powiadamia prezydenta miasta. Jeśli postanowienie prezydenta nie zostanie zatwierdzone przez sędziego, prezydent nakazuje zakończenie leczenia przymusowego

odbywającego się w warunkach szpitalnych.

Jeśli postępowanie opisane w ust.1 tego artykułu wydaje prezydent miasta lub gminy spoza miejsca zamieszkania pacjenta, powiadamia się prezydenta miasta lub gminy właściwego dla miejsca zamieszkania, jak również sędziego właściwego sądu, którego jurysdykcji podlega miasto lub gmina miejsca zamieszkania pacjenta. W przypadku, gdy postanowienie opisane w ust.1 tego artykułu dotyczy obcokrajowca lub osoby bez obywatelstwa, prefekt powiadamia Ministerstwo Spraw Wewnętrznych i właściwy dla sprawy konsulat.

Jeśli po upływie siedmiu dni trzeba przedłużyć przymusowe leczenie, lub w przypadku każdego innego przedłużenia leczenia, kierownik ds. medycznych zarządzający usługami psychiatrycznymi w lokalnej jednostce służby zdrowia, działając odpowiednio wcześniej i motywując swój wniosek, ubiega się o przedłużenie procesu leczenia do prezydenta miasta, który nakazał hospitalizację. Co za tym idzie, prezydent powiadamia sędziego właściwego sądu opiekuńczego, postępując zgodnie z procedurami opisanymi w ust. 1 i 2 tego artykułu, oraz wskazuje przypuszczalny czas trwania przedłużonego leczenia.

Kierownik ds. medycznych powiadamia prezydenta miasta zarówno w razie zwolnienia osoby poddanej hospitalizacji lub wznowienia hospitalizacji, jak i w przypadku ustania warunków niezbędnych do przeprowadzenia leczenia przymusowego. Kierownik ten informuje także prezydenta o braku możliwości kontynuowania leczenia przymusowego. Od tego momentu prezydent ma do 48 godzin na poinformowanie sędziego właściwego sądu.

W razie konieczności sędzia właściwego sądu opiekuńczego w trybie pilnym przyjmuje przepisy niezbędne, by chronić i zarządzać mieniem i środkami finansowymi pacjenta.

Niewywiązanie się z obowiązku udzielenia informacji, zgodnie z ust. 1, 4 i 5 tego artykułu, jeśli nie towarzyszy mu poważniejsze naruszenie prawa, skutkuje ustaniem postanowień i jest traktowane jako karalne zaniechanie procedur prawnych.

Osoba poddana leczeniu przymusowemu, lub też inna zainteresowana strona, może wnieść odwołanie od postanowienia o leczeniu, wydanego przez sędziego właściwego sądu, apelując do odpowiedniej instancji.

W ciągu 30 dni od terminu wyznaczonego w ust. 2 tego artykułu, prezydent miasta może również złożyć taką apelację, odrzucając nakaz leczenia przymusowego.

Podczas rozprawy strony mogą stanąć przed Trybunałem bez reprezentacji prawnej lub też mogą być reprezentowane przez osoby posiadające pełnomocnictwo, które załączone jest do apelacji lub stanowi osobny dokument. Apelację można złożyć do Trybunału, wysyłając ją listem poleconym za potwierdzeniem odbioru.

Prezes Trybunału wyznacza datę rozprawy w postanowieniu załączonym do odwołania. Treść postanowienia jest przekazywana stronom sprawy i prokuraturze przez Sekretarza Sądu.

Po otrzymaniu postanowienia o leczeniu przymusowym i konsultacji z prokuratorem Prezes Trybunału może zawiesić zastosowanie leczenia przymusowego jeszcze zanim strony staną przed Trybunałem.

W sprawie wniosku o zawieszeniu leczenia prezes Trybunału podejmuje decyzję w ciągu 10 dni.



Po wysłuchaniu prokuratora oraz otrzymaniu wszystkich niezbędnych informacji i dowodów w sprawie, za pośrednictwem urzędu lub na wniosek stron, Trybunał obraduje w izbach.

Odwołanie i każde kolejne postępowanie jest zwolnione z opłaty skarbowej. Wyrok trybunału nie podlega rejestracji.

### **Tytuł III - Przepisy przejściowe i końcowe**

#### **Art. 64**

#### **Przepisy przejściowe i końcowe dotyczące opieki psychiatrycznej**

Zgodnie z ogólnymi przepisami dotyczącymi regionalnych planów opieki zdrowotnej, Regiony zarządzają stopniową likwidacją szpitali psychiatrycznych i neuropsychiatrycznych, które przestały być przydatne. Regiony wyznaczą datę zakończenia tymczasowego wydłużenia okresu dobrowolnej hospitalizacji dla osób hospitalizowanych przed 16 maja 1978 r. i dla tych, które wymagają opieki psychiatrycznej z hospitalizacją. Jednak wspomniane odstępstwo przysługuje do 31 grudnia 1980 r.

Do tego czasu, bez możliwości kolejnych przedłużeń, agencje publiczne muszą zakończyć swoje kontrakty i umowy z instytucjami prywatnymi, które zapewniają wyłącznie opiekę psychiatryczną.

Niezależnie od tego, zabrania się tworzenia nowych szpitali psychiatrycznych, wykorzystywania istniejących dotychczas szpitali jako wyspecjalizowanych oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, zakładania jakichkolwiek oddziałów psychiatrycznych w szpitalach ogólnych, a także korzystania w ten sposób z istniejących oddziałów psychiatrycznych, neurologicznych czy neuropsychiatrycznych.

Zgodnie z normami zawartymi w art. 66 i 68, Region ureguje przypisanie lokalnym oddziałom służby zdrowia mienia i personelu z publicznych placówek systemu opieki i instytucji opieki społecznej (IPAB), a także z innych agencji publicznych, które w czasie wchodzenia w życie obecnej ustawy, w imieniu lub na podstawie umowy z władzami regionalnymi, zapewniają hospitalizację i opiekę osobom dotkniętym chorobą psychiczną. Ponadto, Region obejmie uregulowaniem redystrybucję mienia i personelu należącego do władz regionalnych, ale przydzielonego obiektom i służbom świadczącym usługi z zakresu opieki psychiatrycznej i higieny psychicznej. Jeśli działanie tych obiektów i służb wykracza poza granice jednego Regionu, to Regiony będą współpracować na drodze umowy między sobą.

Od 1 stycznia 1979 r., zgodnie z art. 35, Region powoła służby psychiatryczne, wykorzystujące personel publicznych placówek opieki psychiatrycznej. W razie braku publicznych struktur psychiatrycznych na terytorium prowincji, na mocy przepisów ogólnych regionalnego planu opieki zdrowotnej, Region, w celu powołania centrów zdrowia psychicznego działających w ramach lokalnych oddziałów służby zdrowia, ureguje przypisanie personelu z prywatnych struktur psychiatrycznych, złoży specjalny wniosek i zezwoli, tam gdzie to możliwe, na zatrudnienie innego personelu niezbędnego dla funkcjonowania takich centrów na drodze otwartego konkursu.

Do czasu wprowadzenia regionalnych planów opieki zdrowotnej, zgodnie z art. 34 ust. 1, jak stanowi Dekret prezydencki nr 128 z dnia 27 marca 1969 r., zostaną powołane ustrukturyzowane służby opisane w art. 34 ust. 5, które zapewnią ciągłość opieki w zakresie ochrony zdrowia psychicznego. Do dyspozycji pacjentów służby udostępnią najwyżej po 15 łóżek przeznaczonych do opieki stacjonarnej. Do czasu przyjęcia przepisów delegowanych, ujętych w art. 47, związane z opieką zdrowotną funkcje dyrektora, ordynatora oddziału psychiatrycznego, lekarzy psychiatrów i pozostałych członków personelu szpitali psychiatrycznych będą odpowiednio takie, jak postanowiono w art. 4, 5 i 7 Dekretu prezydenckiego nr 128 z dnia 27 marca 1969 r.

Zgodnie z ust. 1, do czasu ustanowienia regionalnych planów opieki zdrowotnej, zakazy określone w art. 6 Dekretu ustawodawczego nr 264 z dnia 8 lipca 1974 r., przekształconego ze zmianami w Ustawę włoską nr 386 z dnia 17 Sierpnia 1974 r., obejmują szpitale psychiatryczne i neuropsychiatryczne pozostające pod kontrolą IPAB lub innych agencji publicznych czy też władz regionalnych. Wszelkie konkursy związane z zatrudnieniem personelu odbędą się dalej w oparciu o procedury stosowane przez poszczególne agencje czy organy przed wejściem w życie niniejszej ustawy.

Do grupy profesjonalistów służby zdrowia, opisanych w art. 27 akapicie i) Dekretu prezydenckiego nr 616 z dnia 24 lipca 1977 r., zalicza się pielęgniarki, zgodnie z art. 24 Rozporządzenia zatwierdzonego Dekretem królewskim nr 16 z dnia 16 sierpnia 1909 r. Biorąc pod uwagę, co określono w art. 6 akapicie q) niniejszej Ustawy, Region zapewni kształcenie i doskonalenie zawodowe personelu pielęgniarskiego w obliczu likwidacji szpitali psychiatrycznych i związanych z tym nowych funkcji, jakie taki personel ma pełnić w ośrodkach zdrowia psychicznego działających w ramach lokalnych oddziałów służby zdrowia.

Normy zawarte w ostatnim akapicie art. 7 Ustawy włoskiej nr 180 z dnia 13 maja 1978 r. pozostają w mocy.

*Tłumaczenie Eric Schneider dla Departamentu Zdrowia Psychicznego przy Regionalnym Oddziale Służby Zdrowia w Trieście*  
*Korekta i uwagi Maria Grazia Giannichedda*