PROGETTO DI LEGGE PER CURE ASSISTITE
Redatto dal TREATMENT ADVOCACY CENTER di Arlington, Virginia

INTRODUZIONE – E.Fuller Torrey, M.D. e Mary T.Zdanowicz, J.D.

Ribaltare un pericoloso precedente – Creare un caso per un progetto di legge

Tra il '60 e il '70 le leggi sulle cure delle malattie mentali gravi - schizofrenia , depressioni maniacali – per individui che le rifiutavano subirono leggere modifiche. Nella fattispecie, venne richiesto l'accertamento giudiziario di pericolosità prima dell'erogazione delle cure a chi non fosse in grado di riconoscere per sé medesimo la necessità. Quantunque in buona fede, la riforma intesa a proteggere il malato di mente, non protesse malati privi delle cure necessarie che, spesso, diventarono dei senzatetto, incarcerati, suicidi o portati ad episodi violenti.
Era prevedibile che una legge richiedente un accertamento giudiziario di pericolosità prima che il malato grave fosse sottoposto a cure avrebbe portato all'incarceramento piuttosto che alla cura prestata allorché si fossero manifestati i sintomi. Il capo della polizia di Filadelfia promulgò una direttiva secondo la quale individui non pericolosi che non potevano più essere tenuti sotto custodia medica potessero venir arrestati per condotta sregolata. Nei mesi successivi alla modifica di legge si registrò un forte aumento nell'incarcerazione di malati mentali gravi. Due anni dopo l'adozione da parte della California degli standard di pericolosità, in una contea il numero di individui riscontrati incapaci di sostenere un processo era raddoppiato. Nel Wisconsin, dopo due anni il numero dei casi trattati in tre ospedali psichiatrici statali era raddoppiato.
La criminalizzazione delle malattie mentali ha raggiunto proporzioni di crisi. Il Pacific Research Institute ha calcolato che il costo del sistema di correzione giustizia criminale ammontasse nel 1993-1994, solo in California, tra $1.2 e $1.8. Nel 1999 il Dipartimento di Giustizia stimò che il 16% della popolazione carceraria, e cioè 260.000 individui, soffrisse di malattie mentali gravi. Sebbene la grande maggioranza di questi individui vengano arrestati per crimini non violenti, è inevitabile che ,se si aspetta che uno diventi pericoloso , si avranno prima o poi episodi violenti. Il New York Times ha studiato 100 "rampage killings (assassinii violenti)", non legati a fatti di ordinaria criminalità. Dei 100 criminali, più della metà aveva avuto seri problemi di malattie mentali, e 48 erano stati diagnosticati spesso schizofrenici. Sulla base della ricerca fatta, il Times concludeva che l'incidenza di tali crimini violenti era aumentata.
Una naturale conseguenza di un sistema di salute mentale che rifiuta di curare fino al momento in cui l'individuo diventa pericoloso è che la polizia diventa il primo operatore nel campo della salute mentale. Nel 1976 il New York City Police Department portò in ospedale per esame psichiatrico circa 1000 "individui emozionalmente disturbati". Nel 1986 il numero era salito a 18.500 e nel 1998 a 24.787. La maggior parte dei poliziotti non sono ovviamente addestrati a trattare tale genere di individui, e le conseguenze sono spesso disastrose. Tra il 1994 e il 1999 la polizia di Los Angeles sparò a 37 individui emozionalmente disturbati uccidendone 25. Solo nel 1999 le polizie di New York City, Houston a Tampa ne uccisero nove.
Inoltre anni di negligenza hanno prodotto altre tragiche conseguenze . Purtroppo ci siamo

della popolazione statunitense dei senza tetto, soffre di gravi disturbi mentali. La maggior parte dei malati mentali senza tetto privi di cure si nutre cercando il cibo nei contenitori dell'immondizia. Studi fatti dicono che almeno un terzo delle donne senza tetto malate di mente sono vittime, e in svariate occasioni, di aggressioni a fini sessuali.
Le conseguenze di una richiesta di cure solo quando un individuo diventa pericoloso per se stesso sono prevedibili.Si arriva anche ad una percentuale del 10 – 15% di suicidi tra gli individui che lo tentano. Il suicidio è la causa principale delle morti in carcere e nel 95% dei casi il detenuto è malato di mente. La mancanza di cure mette anche tali individui nel grave pericolo di diventare vittime di crimini violenti: i malati di mente gravi hanno tre volte tanto la probabilità di essere vittime di crimini violenti rispetto alla popolazione sana. E' quindi chiaro che una riforma sia necessaria. Attuando standards basati sulla necessità delle cure si potrà intervenire prima che sia troppo tardi. L'abbandonare la pericolosità quale unico standard per trattamento assistito non richiederà la riapertura di reparti ospedalieri. Al contrario, è logico che il ricorso all'ospedale diminuirà se le cure verranno prestate non soltanto tenendo conto della pericolosità. E il cambiamento faciliterà l'intervento quando necessario. Nella maggior parte dei casi, le stesse persone che verrebbero ospedalizzate per pericolosità verranno curate prima. E proprio grazie alla tempestività dell'intervento, occorrerà minor tempo per ristabilire i malati, per i quali verrà perciò abbreviata la degenza ospedaliera. Almeno cinque stati che hanno adottato gli standards basati sul principio della "necessità di trattamento psichiatrico" hanno registrato con la modifica della legge un decremento nell'ospedalizzazione. (North Carolina, Alaska, Kansas, Texas e Colorado).
Lo scopo della modifica della legge è di incoraggiare l'assistenza fuori dall'ospedale e di favorirne l'applicazione mediante un piano di cure approvato per legge. Se possibile, il trattamento assistito per paziente esterno viene fatto in una comunità, e il piano di trattamento è autorizzato legalmente. In più, non solo il tribunale affida il paziente al sistema di cure, ma anche impegna il sistema a curare il paziente. Studi rilevano come, ad oggi, prolungati trattamenti medici a pazienti esterni hanno ridotto l'ospedalizzazione del 57%. Ancora più importanti i risultati relativi a individui schizofrenici e con altri disordini psicotici, con riduzione dell'ospedalizzazione del 72%. Gli stessi studi hanno messo in evidenza come trattamenti a lungo termine combinati con cure di routine abbiano ridotto del 50% le citate probabilità di violenza.
La nuova legge dovrà tener conto dei significativi progressi fatti nel passato decennio nella comprensione e nel trattamento delle malattie mentali gravi. Sappiamo ora che queste condizioni sono malattie biologiche del cervello, curabili, e non scelte di stili di vita, come era opinione prevalente tre decenni orsono. Una ricerca dimostra che almeno il 40% di quanti diagnosticati schizofrenici o depressi maniacali non hanno percezione della malattia a causa di un sintomo, su basi biologiche, chiamato "anosognosia". Un individuo con tale sintomo non crede di essere malato e rifiuta le cure , col ragionamento di "Perché devo sottopormi a cura quando non ho nulla di anormale?" Per coloro che avevano rifiutato le cure a causa di sgradevoli o pericolosi effetti collaterali, ora sono disponibili molti più farmaci in grado di mitigare notevolmente gli effetti negativi delle cure.
Il Treatment Advocacy Center nacque nel 1998 con lo scopo di eliminare le barriere opposte alla somministrazione delle cure dalla vecchia legge. Nel redigere un Progetto di Legge teso a questi scopi, il Centro ha richiesto il parere e l'aiuto a persone diagnosticate come malati mentali gravi, alle loro famiglie e a professionisti medici e legali.
Il Progetto Legge fu attentamente redatto per poter controbattere opposizioni costituzionali. E' conforme alla decisione della Corte Suprema degli Stati Uniti, O'Connor v.Donaldson, 422 U.S. 563 (1974) nella quale si dice (giudice D.L.Bazelon) che "persone detenute, solo perché necessitano di cure, sono private del diritto costituzionale alla libertà se vengono loro

Il Progetto di Legge del Treatment Advocacy Center promuove la somministrazione di cure assistite per malattie mentali gravi in qualsiasi momento a coloro che ne hanno bisogno, salvaguardando i diritti di chi le riceve.

Il Dr:Torrey è il presidente e Ms.Zdanowicz amministratore del Treatment Advocacy Center

ASPETTI IMPORTANTI DEL PROGETTO LEGGE - Jonathan Stanley, J.D.

Il Progetto di Legge per Trattamento Assistito è una seria proposta di somministrazione di cure a chi ne abbia bisogno in quanto malato mentale grave. Allo stesso tempo contiene numerose protezioni per la salvaguardia di quanti ricevano le cure dietro ordine del giudice e per la garanzia che tali cure vengano somministrate solo se adeguate.
Il Progetto di Legge è più notevole per quello che non è, piuttosto che per quello che è. Non è completamente rivoluzionario e neppure sradica le basilari protezioni costituzionali fornite dalla legge attuale. Sono previsti aiuti alla famiglia per cure di emergenza; successiva certificazione per trattamento prescritto da esame medico; tempi più lunghi per la richiesta di cure per malati meno gravi; sotto nomi diversi, responsabilità nei confronti di pazienti esterni e dimissioni condizionate; revisioni periodiche e possibili rinnovi di ordini di cura; e altri meccanismi comuni con la legge attuale per assicurare le cure a quanti affetti da malattie mentali.
Un esame superficiale potrebbe dare l'impressione che il Progetto di Legge mantenga lo status quo, mentre in realtà è una somma dei più efficaci provvedimenti delle legge esistente. Le variazioni di praticamente tutte le parti del Progetto sono in realtà legge corrente in vari Stati degli U.S. Abbiamo quindi essenzialmente raccolto le migliori componenti disponibili in un modello si statuto migliore di qualunque altro al momento in essere.
Su un punto non abbiamo portato cambiamenti: la protezione dei diritti e della salute di quanti sottoposti a trattamento assistito. Proponiamo procedure più allargate e vigili di quante ora in atto in ogni stato della nazione.
Vediamo qui di seguito alcuni dei punti chiave del Progetto di Legge.

Standards

Nello sviluppare un sistema di cure psichiatriche, la questione cruciale è "quando un intervento è necessario?" La risposta sta nello standard legale adattabile a una persona per poter essere autorizzata a mettersi in cura, appunto in base alla legge. Il Progetto di Legge stabilisce quattro criteri alternativi che, se approvati, giustificano il trattamento assistito.

Cronically disabled (lett. **Ammalati cronici) -** soltanto alcuni Stati hanno norme atte ad aiutare quelli cosiddetti "attaccati alla porta girevole" delle ripetute degenze , dai comportamenti sintomatici e, in molti casi, incarcerati. "Ammalato cronico" s'intende quando si abbia danno alla persona con malattia mentale sintomatica, alla luce di una passata storia psichiatrica(che comprenderebbe già un precedente rifiuto del trattamento psichiatrico),che vi sia , al momento, probabilità di accettazione del trattamento, e rischio di deterioramento senza applicazione del trattamento. Questo standard è perciò modellato in

Gravely disabled (lett. **Ammalati gravi)** – Alcuni stati hanno incluso l'"ammalato grave" nei casi base per la messa in stato di cura. Molte leggi stabiliscono che si ha questa condizione quando l'individuo non è più capace, causa malattia mentale, a provvedere ai propri primari bisogni, come nutrirsi, vestirsi, ripararsi dai pericoli e curarsi a dovere. Il Progetto Legge include esplicitamente anche chi può subire danno significativo in mancanza di cura.

Incapable of making an informed medical decision (lett. **Incapaci di prendere consapevoli decisioni di ordine medico) –** i criteri relativi agli ammalati gravi ed ammalati cronici stabiliscono anche che la persona sia o inconsapevole della propria malattia, oppure che non sia in grado di prendere decisioni razionali circa il trattamento. Individui non pericolosi, capaci di prendere le suddette decisioni potrebbero non essere sottoposti a trattamento assistito.

Danger to others (lett. **Pericolo verso terzi) –** Tutti gli Stati consentono il trattamento assistito ordinato dal giudice per individui i quali, causa malattia mentale, possano costituire reale pericolo per gli altri. Il Progetto di Legge incorpora la definizione "pericolosi per gli altri" simile a quella della maggior parte degli Stati, ma chiarisce che il causare danno a chi venga affidato alla custodia della persona malata, per esempio un bambino, o il causare danno intenzionale alla proprietà di altri costituiranno prova di pericolosità.

Danger to himself or herself (lett. **Pericolo per sé stessi) –** Tutti gli Stati consentono il trattamento assistito per individui pericolosi a sé stessi, ma il Progetto Legge chiarisce che , per determinare se si debba applicare il trattamento assistito, verrà anche preso in considerazione il comportamento avuto in passato dalla persona in causa.

PROVISIONS PROMOTING CLINICAL AND JUDICIAL EFFICIENCY

Lett.: **Provvedimenti miranti ad efficienza clinica e giudiziaria**

Molti provvedimenti della legge esistente non hanno molto senso. Ritardano le cure necessarie, sono inefficienti sia clinicamente che giuridicamente, o sono norme mutuate da altre leggi e adattate. Il Progetto di Legge adotta procedure di vari Stati con l'intento di ottenere efficienza sia clinica che giudiziaria.

Combined Commitment and Treatment Proceedings (lett. **Procedure combinate di Prescrizione e Cure**)– Quantunque regola comune, gli svantaggi di udienze separate sulla messa in stato di cura della persona e sulla definizione della sua capacità di rifiutare le cure sono patenti. Un intervallo fra le ordinanze di affidamento alle cure e la somministrazione delle medesime provoca l'intrinseca crudele condizione di professionisti medici costretti a relegare in attesa pazienti psicotici o depressi, senza poter somministrare loro le cure. Secondo il Progetto Legge, le sentenze di affidamento alle cure e capacità di rifiuto delle medesime vengono emesse in un'unica udienza. Non esistono ragioni logiche o costituzionali perché entrambe le decisioni non siano prese in un'unica udienza. Per essere considerata idonea alla messe in stato di cura secondo il progetto legge, una persona deve essere giudicata o incapace di formulare decisioni di ordine medico, o pericolosa per sè o per gli altri. Ciascuna di queste condizioni costituisce motivo costituzionalmente sufficiente per sospendere il diritto al rifiuto del trattamento. In più, implicazioni rischiose sono arginate dalla specifica proibizione prevista dal Progetto Legge contro una decisione di trattamento assistito urtanti i diritti legali e i privilegi di una persona, e non in relazione con la somministrazione del trattamento

Single standard (lett. **Standard unico)–** Il Progetto Legge ha lo stesso standard di messa in

modificare lo stato da degente a paziente esterno, e vice versa. Una persona alla quale va bene il più permissivo standard di paziente esterno può non sopportare quello, più severo , del degente. Come conseguenza, la Clausola Processuale della Costituzione richiede un'udienza per stabilire se ad un paziente esterno debba essere applicato uno standard più severo prima di essere passato allo stato di degente. Poiché il Progetto di Legge ha uno standard unico, non è richiesta un'approvazione giudiziaria per modificare il programma di cura. Ciò nondimeno, il Progetto di Legge garantisce le tutele necessarie affinché detti mutamenti di stato siano appropriati e costituiscano l'alternativa meno restrittiva per le necessità cliniche del paziente.

Psychiatric Treatment Board (lett. **Consiglio di Trattamento Psichiatrico) –** In genere, le decisioni sulla messa in stato di trattamento e sulla adeguatezza del medesimo sono lasciate a giudici con poca esperienza di malattie mentali. Secondo il Progetto Legge, chi prende le decisioni è un organo collegiale munito di poteri concessi per legge, composto da un avvocato, un medico e una persona di provata esperienza della malattia mentale, o personale o acquisita attraverso vicinanza a parente stretto malato. Il vantaggio di avere un tribunale con tale bagaglio di conoscenza e varietà di esperienze è ovvio.

Treatment Plans (lett. **Piani di trattamento) –** Si possono aggiungere servizi allargati che garantiscano trattamento assistito a pazienti esterni. Un piano di cure è obbligatorio per chi venga dimesso da trattamento assistito.

PROVISIONS PROMOTING CONSUMER AND FAMILY RIGHTS (lett. Provvedimenti a protezione dell'utente e diritti della famiglia)

Dove il Progetto legge differisce sostanzialmente dalla legge esistente è nell'aumento dei diritti del malato mentale posto in stato di trattamento assistito e dei diritti dei suoi famigliari.

Family rights (lett. **Diritti della famiglia) –** I famigliari, in determinati casi, diventano parte in causa nel trattamento assistito, con il diritto di essere consultati, di fornire delle prove, di sottoporre a controinterrogatorio i testimoni, di ricorrere in appello. Dietro istanza, i membri della famiglia sono anche eleggibili per l'assistenza al malato nella veste di consulente legale designato.

Consumer rights (lett. **Diritti dell'utente) –** il Progetto Legge prevede molte protezioni per chi viene posto in trattamento assistito. La legge attuale già prevede la designazione del consulente legale, la presentazione di testi, il ricorso in appello, etc. In aggiunta, il Progetto di Legge introduce due nuove procedure. Viene inclusa una formale procedura di lamentela con la quale i pazienti possono querelare il direttore medico e, se necessario, il Consiglio di Trattamento Psichiatrico ("Psychiatric Treatment Board"). Fatto ancora più significativo, il Progetto Legge prevede che il paziente in degenza venga sottoposto ad esami di controllo per eventuali effetti collaterali ogni trenta giorni, e che tali esami vengano fatti da uno psichiatra o da un medico, in aggiunta al medico curante.

Mr:Stanley è vice direttore del T.A.Center

Art. 1. Statement of Pur pose (lett. ***Motivazione)***

§1.1 Le conseguenze della malattia mentale non curata sono devastanti: gente senza tetto, criminalità, suicidio, violenza, vittimizzazione, produttività azzerata, ricorso alle cure in costante calo, e il costo incalcolabile di sofferenze inutili. Grazie ai progressi degli ultimi anni, oggi sono disponibili trattamenti che possono eliminare o alleviare sostanzialmente i sintomi della malattia mentale per quanti ne soffrono.

Persone con disturbi psichici curati possono ora tornare a vivere. Ma innanzitutto ci deve essere un trattamento curativo.

Il trattamento scelto volontariamente è sempre preferibile. Tuttavia la malattia mentale è un disturbo biologico che attacca il cervello. Ne risulta che la malattia mentale inibisce molti individui di scegliere volontariamente il trattamento perché tali individui sono incapaci di prendere decisioni razionali o non sono consapevoli di essere malati. Quando accade, essi possono aver bisogno di trattamento assistito acciocché la loro stessa vita venga protetta e si evitino tragiche personali conseguenze.

Questo Progetto di Legge è studiato per diventare la struttura legale per i provvedimenti di cura ad individui i quali, in base a sintomi di grave malattia mentale, possono diventare sia pericolosi, sia incapaci di prendere consapevoli decisioni di ordine medico in relazione al trattamento loro necessario.

Queste componenti essenziali e procedurali creano un meccanismo flessibile che permette di garantire il trattamento a chi ne ha bisogno, potendo sempre nel contempo distinguere quelli per i quali non è adatto. Sono primarie le rigide e numerose forme di salvaguardia che questo Progetto di Legge stabilisce per proteggere sia i diritti, sia il benessere di coloro ai quali viene applicato.

Art. 2. Definitions (lett. ***Definizioni)***

§ 2.1 Assisted treatment (lett. ***Trattamento assistito)*** : il somministrare il trattamento, in accordo con questo Progetto di Legge, a individui pericolosi o incapaci di prendere consapevoli decisioni di ordine medico a causa degli effetti di grave malattia mentale.

§ 2.2 Assisted outpatient treatment (lett.***Trattamento assistito a pazienti esterni)*** : trattamento assistito per pazienti non degenti

§ 2.3 Assisted inpatient treatment (lett.***Trattamento assistito a pazienti degenti)*** : trattamento assistito per pazienti degenti in struttura sanitaria.

§ 2.4 Certificate (lett. ***Certificato) :*** formulario redatto, insieme col giudice, da uno psichiatra o altro medico generico per richiedere un trattamento assistito, concesso in giudizio, a individuo già sotto osservazione o in trattamento di emergenza.

§ 2.5 Chronically disabled (lett. ***Ammalato cronico)*** : la persona incapace di prendere consapevoli decisioni di ordine medico e, sulla scorta del suo passato psichiatrico, non in grado di conformarsi al trattamento e le cui condizioni conseguentemente si deteriorano fino al punto in cui il disordine psichiatrico ne danneggia in maniera significativa la capacità di giudizio , la ragione, il comportamento o la capacità di riconoscere la realtà, e avente alta probabilità di provocare a sé stessa sofferenza o continuare a soffrire di gravi dolori di ordine psichiatrico, emotivo e fisico.

Commento: questi criteri, presi dal Codice del Montana (Mont.Code Ann § 53-21-126(1)), sono finalizzati a fornire assistenza a malati prigionieri della "porta girevole" ("revolving door"),quando cioè si hanno deterioramenti ripetuti della persona, dovuti a risultati falliti malgrado ripetuti ricoveri ospedalieri. Se uno stato volesse separare lo standard per pazienti esterni da quello per pazienti in degenza, il criterio varrebbe esclusivamente per il trattamento assistito rivolto a pazienti esterni.

§ 2.6 Court (lett.***Tribunale)*** :il tribunale, per tutte le giurisdizioni, nominato per accettare

mozioni preliminari ed *ex parte* , e su tutte le altre funzioni assegnategli in conformità col Progetto di Legge.

Commento : il tribunale deve ricevere tutta la documentazione e decidere tutte le mozioni prima dell'udienza per il trattamento assistito . Questa separazione di funzioni tra il Consiglio di Trattamento Psichiatrico (Psychiatric Treatment Board), definito alla sezione 2.12, e il tribunale operante a tempo pieno è necessaria perché i Consigli di Trattamento Psichiatrico sono nominati in qualità di fori a tempo parziale, senza una sede definita, e non sono perciò sufficientemente disponibili per raccogliere dati , o non sempre sono in grado di esprimere in tempo utile decisioni su mozioni.

§ 2.7 Danger to himself or herself (lett. ***Pericolo per sé stesso)*** **–** si configura quando , in base al proprio comportamento, in un futuro ragionevolmente prevedibile, una persona (maschio o femmina)possa tentare il suicidio, oppure infliggersi ferite corporali o, a causa delle proprie azioni o della propria inattività, soffrire di gravi danni fisici. Il comportamento tenuto in passato è da tenere in considerazione.

Commento – in aggiunta ai tradizionali standard sul comportamento dei suicidi, nei soggetti definiti di pericolo per sé medesimi vanno inclusi anche individui con comportamenti sintomatici tali da far ritenere che, causa la loro malattia, possano mettersi in serio pericolo o non siano in grado di proteggersi da altrimenti evitabili minacce alla loro incolumità.

§ 2.8 Danger to others (lett. ***Pericolo per terzi)*** **-** si configura quando, in base al proprio comportamento, una persona, in un futuro ragionevolmente prevedibile, possa causare o tentar di causare danno ad altri. Prova che una persona costituisce pericolo per terzi, ma non solo limitatamente a quanto segue, è:

a. che la persona (maschio o femmina) abbia inflitto, tentato o minacciato in modo obbiettivamente grave di infliggere danno ad altri;
b. che, con le proprie azioni o per difetto di azioni, sia stata un pericolo per persona affidata alle sue cure; o
c. che recentemente e intenzionalmente abbia causato danno materiale significativo a proprietà altrui,

Commento – La pericolosità sub (a), o varianti di essa, ha definizioni standard praticamente in tutti gli Stati. Non è così invece per (b) e (c). Il punto (b) intende riferirsi a pericolo che il comportamento sintomatico del malato psichico può costituire per chi sia a lui affidato in custodia, in particolare i bambini. Il principio di danno alla proprietà di cui al punto (c), incluso nel Codice della North Carolina e del Kansas, non protegge solo la proprietà, ma precisa in più che chi, causa sintomi di malattia mentale, distrugge senza motivo la proprietà materiale di terzi, può anche costituire una minaccia alla incolumità fisica di terzi.

§ 2.9 Gravely disabled (lett. ***Ammalato grave)*** **–** la persona incapace di prendere consapevoli decisioni di ordine medico e si che si è comportata in maniera tale da far ritenere di non essere in grado, senza la sorveglianza e l'assistenza di altri, né di soddisfare i propri bisogni quanto al nutrimento e alla cura personale e medica, né di proteggersi o difendersi o badare alla propria incolumità , sì da far ritenere probabile che, senza la somministrazione di adeguato trattamento , ne conseguiranno gravi danni corporali, significativo deterioramento psichico o debilitazione.

Commento – Molti standard per ammalati gravi hanno delle applicazioni estremamente limitate. Il § 2.9 prende a modello quello più esteso del Vermont, secondo cui la definizione di "persona che necessita di trattamento" è estesa alla capacità di provvedere alle proprie cure mediche e alla propria incolumità, oltre che ai minimi bisogni personali (Vt.Stat,Ann.tit.18, § 7101(17)(B)(ii)).

§ 2.10 Incapable of making an informed medical decision (lett. ***Incapace di prendere una consapevole decisione di ordine medico)*** : la persona non consapevole degli effetti del

persona concernente rifiuto di trattamento, o atti criminosi legati alla malattia mentale, se disponibile, deve essere tenuta in considerazione.

Commento : Modificato in base al Codice della Florida (Fla.Stat.Ann.§ 394455(15)).

§ 2.11 Petition (lett. ***Istanza)*** – formulario redatto con un Tribunale, per sollecitare un'udienza per trattamento assistito, basato sulla convinzione, in buona fede, del postulante che il soggetto della istanza abbia i requisiti per ottenere un trattamento assistito in base al presente Progetto Legge.

§ 2.12 Psychiatric Treatment Board (lett. ***Consiglio di Trattamento Psichiatrico) :*** Organismo con poteri decisionali autorizzati per legge che sarà formato da un medico (preferibilmente uno psichiatra), un legale e un terzo membro che sarà o una persona al momento sotto trattamento per malattia mentale o che in passato fu sottoposta a detto trattamento, oppure essere o essere stato parente stretto di detto membro. Tutte le decisioni del Consiglio devono essere prese a maggioranza.

Commento : Questo Consiglio avrà, tra i suoi membri, una gamma e un grado collettivo di conoscenze psichiatriche e legali, nonché una familiarità con problemi di malati mentali, molto più consistenti di quelli di un singolo giudice. Non essendo tribunali a tempo pieno, l'uso di Consigli di Trattamento Psichiatrico porterà anche a riduzione di spese nell'applicazione di questo Progetto Legge. Nebraska e Sud Dakota prevedono questo istituto nei loro codici.

§ 2.13 Respondent (lett. ***Convenuto) :*** La persona oggetto dell'istanza o del certificato

§ 2.14 Severe psychiatric disorder (lett. ***Disturbo psichiatrico grave) :*** sostanziale deterioramento delle facoltà mentali (es. deliri), "input" sensoriali (es.allucinazioni), umore instabile (es. manie o grave depressione), memoria (es: demenza) o modi di ragionare che sostanzialmente si scontrano con il modo di ragionare che comunemente risponde alle ordinarie istanze di vita. I disturbi psichiatrici gravi vanno distinti da:

a. condizioni dovute principalmente ad abuso di droga o di alcolici, quantunque gravi disturbi psichiatrici possano
   coesistere con tali disturbi;
b. altri noti disturbi neurologici quali l'epilessia, sclerosi multipla, morbo di Parkinson, o morbo di Alzheimer,
   anche se questi disturbi possono presentare forme psicotiche simili a quelle dei disturbi psichiatrici gravi;
c. normali alterazioni senili del cervello;
d. alterazioni cerebrali dovute a stati terminali;
e. disturbi della personalità come definiti nella "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders" (APA-
   DSM) della American Psychiatric Association;
f. ritardi mentali moderati, gravi e profondi come definiti dalla APA-DSM; e
g. disturbi evolutivi comprendenti disturbo acustico, disturbo di Rett e di Asperger come definiti da APA-DSM.

Commento : La definizione di disturbo psichiatrico grave comprende tutte le malattie mentali gravi, indipendentemente dalla attuale o futura nomenclatura diagnostica. Le esclusioni elencate indicano disturbi o condizioni per i quali gli Stati hanno schemi statutari separati a seconda dei trattamenti.

§ 2.15 Treating professional (lett. ***Medico Specialista) :*** le cure e la valutazione di individui con disturbi psichiatrici vengono fatte al meglio da psichiatri, ma vi sono condizioni demografiche, geografiche e fiscali che non sempre le consentono. Perciò ogni giurisdizione dovrebbe adottare una definizione di medico specialista che garantisca la migliore qualità di trattamento senza compromettere la disponibilità .

Commento : Quantunque il Progetto Legge faccia uso di questi non specificati "medici specialisti " , medici del settore sono già destinati alle funzioni maggiormente critiche nei procedimenti di trattamento assistito.

§ 2.16 Trial release (lett. ***Processo di rilascio)*** : procedura che permette a un paziente posto in una struttura ospedaliera in base ad ordine di trattamento assistito di fruire del trattamento anche vivendo nella comunità , restando nondimeno soggetto alla autorità della struttura ospedaliera.

Articolo 3. Voluntary Treatment (lett.***Trattamento volontario)***

§ 3.1 Admission to voluntary treatment (lett.***Accesso volontario al trattamento)*** . Una persona che necessita di sorveglianza psichiatrica dovrebbe accedere al trattamento, volontariamente, tutte volte che sia possibile.

§ 3.2 Discharge from voluntary treatment (lett. ***Esonero dal trattamento volontario) :*** Un paziente volontario può in ogni momento chiedere l'esonero. Salvo provvedimenti contrari del Progetto Legge, le strutture per trattamento psichiatrico devono rilasciare i pazienti volontari che lo chiedano entro 48 ore, esclusi il sabato, la domenica e giorni festivi.

Commento : il suddetto termine consente l'inizio della procedura di rilascio per pazienti volontari che richiedono di essere rilasciati, ma che hanno ancora bisogno di assistenza e aventi i requisiti per trattamento assistito in base a questo Progetto Legge.

Articolo 4. Emergemcy Treatment/Observation-Certification (lett. ***Trattamento di Emergenza / Osservazione-Certificazione)***

§ 4.1 Emergency treatment initiated by law enforcement officers (lett. ***Trattamento di Emergenza iniziato da ufficiali giudiziari) :*** Qualunque ufficiale giudiziario munito di poteri legali per l'arresto o qualsiasi persona designata dallo Stato, dalla Contea o dal Dipartimento di igiene mentale può condurre in una struttura designata per esame valutativo qualsiasi persona da loro ritenuta affetta da gravi disturbi psichiatrici e, a causa di tali disturbi, ritenuta pericolosa per sé stessa o per altri o gravemente malata.

§ 4.2 Emergency treatment initiated by others (lett. ***Trattamento di emergenza iniziato da altri)*** : Qualsiasi psichiatra, medico, psicologo, o persona all'uopo designata dallo Stato, dalla Contea o dal Dipartimento di igiene mentale può iniziare un trattamento/osservazione in base alla convinzione, in buona fede, che ,a causa di disturbi mentali gravi, una persona sia o pericolosa per sé stessa o per altri, o gravemente malata. Chiunque stabilisca la necessità di un trattamento di emergenza/osservazione, ma non sia autorizzata a trasferire il malato in una struttura medico-psichiatrica, potrà agire in base al § 4.3.

Commento : L'articolo 4.2 tiene conto del fatto che i succitati tipi di professionisti medici possano trasferire individui consenzienti, o predisporre il trasferimento di individui non consenzienti che essi ritengono essere contemplati in detto articolo, in strutture psichiatriche per esami.

§ 4.3 Transportation to emergency faciliy (lett. ***Trasferimento in struttura di emergenza) :*** Individui non consenzienti possono essere trasferiti soltanto o da ufficiali giudiziari con poteri di arresto o da altri designati a questo compito dallo Stato, dalla Contea o dal Dipartimento di igiene mentale.

§ 4.4 Evaluation (lett. ***Valutazione) :*** Uno psichiatra o un medico valuterà un individuo in trattamento di emergenza/osservazione entro sei ore dal momento in cui l'individuo è stato ricoverato in struttura psichiatrica.

§ 4.5 Immediate release (lett: ***Rilascio immediato) :*** Un individuo verrà dimesso dal

§ . 4.6 Certification (lett. ***Certificazione)*** : Se lo psichiatra esaminante, o altro medico incaricato della valutazione, stabilisce , secondo il suo parere clinico, che l'individuo è pericoloso per sé stesso, per altri o è gravemente malato, deve redigere, o far redigere da altro psichiatra o medico che abbiano anch'essi esaminato il paziente, un certificato in accordo col tribunale. Il certificato deve essere redatto col tribunale entro 24 ore dal primo esame, esclusi sabato, domenica o giorni festivi.

§ 4.7 Requirements of Certificate (lett. ***Requisiti del Certificato) :*** Il certificato sarà fatto per iscritto, sotto giuramento, e comprenderà le seguenti informazioni:

a. il nome e l'indirizzo, se conosciuti , del convenuto ;
b. il nome e l'indirizzo, se conosciuti, del coniuge, del consulente legale, del tutore, assistente o parente prossimo;
c. il nome e l'indirizzo, se conosciuti , di chi normalmente presta assistenza psichiatrica
d. il nome e l'indirizzo, se conosciuti, di altre persone al corrente della malattia mentale del convenuto che possano essere convocate quali testimoni all'udienza per trattamento assistito;
e. il nome e l'indirizzo professionale dello psichiatra o medico che certificano;
f. il nome e l'indirizzo della struttura nella quale il convenuto è al momento in osservazione o sotto trattamento di emergenza;
g. la dichiarazione dello psichiatra o di altro medico certificante di aver esaminato il convenuto fin dal momento della sua messa in trattamento di emergenza/osservazione; e
h. la dichiarazione dello psichiatra o altro medico certificante che il convenuto, secondo la loro opinione clinica, è pericoloso per sé stesso o per altri, o è gravemente malato, e il fondamento clinico di tale opinione.

§ 4.8 Criminal penalty (lett. ***Sanzione penale) :*** Sarà reato il compilare o il far compilare scientemente un certificato contenente false dichiarazioni o false informazioni.

§ 4.9 Initial responsabilities of court after certificate is filed (lett. ***Prime incombenze del tribunale dopo la redazione del certificato) :*** Dopo la redazione del certificato, il tribunale deve:

a. fissare un'udienza da tenersi entro 72 ore, esclusi sabato, domenica e giorni festivi, dal momento del primo esame; e
b. designare un consulente per il convenuto non meno di 24 prima dell'udienza.

§ 4.10 Notice of hearing on certificate (lett. ***Notifica dell'udienza per il certificato) :*** Il tribunale notificherà allo psichiatra o altro medico certificante, al convenuto, e al custode legalmente autorizzato o al tutore del convenuto, se conosciuti, la data dell'udienza per il certificato con almeno 24 ore di anticipo. Il tribunale dovrà anche cercare di notificare la pendente udienza, con almeno 24 ore di anticipo, a un membro adulto della famiglia del convenuto, se conosciuto, e a cinque individui scelti dal convenuto. La notifica può spedita, consegnata a mano, comunicata per telefono o attraverso mezzi elettronici affidabili. La notifica tempestiva soddisferà le richieste di ciascuno.

Commento : La concessione al convenuto di scegliere cinque persone alle quali notificare l'udienza è una decisa inusuale salvaguardia del diritto di coinvolgere quanti proteggeranno al meglio gli interessi del suddetto durante il processo per trattamento assistito.

§ 4.11 Duration of emergency treatment/observation (lett. ***Durata del trattamento di emergenza/osservazione) :*** In assenza di altri provvedimenti applicativi previsti dal Progetto Legge, il periodo di trattamento di emergenza/osservazione non può durare più di 72 ore dall'esame iniziale, esclusi sabato, domenica e giorni festivi. Chiunque sia giudicato dal medico esaminante o applicante i trattamento non pericoloso per sé stesso o per gli altri, o

prima udienza per trattamento assistito si terrà prima che termini il periodo di trattamento/osservazione.

Commento : L'art: 4.11 contiene due preziose protezioni per individui sotto trattamento/osservazione: (1) date le udienze programmate da un tribunale tipo, l'intervallo tra l'inizio del trattamento assistito e l'udienza è il più breve possibile e consente nel contempo di salvaguardare i diritti dell'individuo; e (2) il medico specialista può, senza l'approvazione del tribunale, interrompere il trattamento e rilasciare l'individuo se ad un certo punto egli risulti non essere più pericoloso per sé stesso, per gli altri, o gravemente malato.

§ 4.12 Treatment during emergency treatment/observation (lett. ***Cure durante il trattamento di emergenza/osservazione***) : Durante il periodo di trattamento di emergenza/osservazione le cure vanno somministrate se la persona, secondo il parere clinico dello specialista curante, è pericolosa per sé stessa, per altri, o è gravemente ammalata.

Articolo 5. Petition for Assisted Treatment (lett. ***Istanza per Trattamento Assistito)***

§ 5.1 Petition (lett. ***Istanza)*** . Qualsiasi adulto può presentare istanza per trattamento assistito per altra persona, basata sulla convinzione in buona fede che, a causa degli effetti provocati da un grave disturbo psichico, la persona in questione sia o pericolosa per sé stessa o per altri, o gravemente malata, o da considerarsi malato cronico.

L'istanza sarà redatta per iscritto, sotto giuramento, e comprenderà le seguenti informazioni:

a. il nome del postulante, l'indirizzo e, esistendo, il grado di parentela col convenuto
b. il nome e l'indirizzo, se conosciuti, del convenuto;
c. il nome e l'indirizzo, se conosciuti, del coniuge del convenuto, del consulente legale, del tutore, della persona che l'ha in custodia e del parente più prossimo;
d. il nome e l'indirizzo, se conosciuti , di chi normalmente presta assistenza psichiatrica al convenuto;
e. che il postulante ha ragione di ritenere che il convenuto risponda ai criteri per trattamento assistito di cui al § 7.3 (questi criteri verranno descritti in linguaggio corrente nel l'istanza);
f. che le convinzioni del postulante si basano su comportamenti specifici, azioni, tentativi, minacce che saranno specificate e dettagliatamente descritte; e
g. nomi e indirizzi, se conosciuti, di altre persone al corrente di malattia mentale del convenuto che possono essere chiamate a testimoniare.

§ 5.2 Request for temporary treatment order (lett. ***Richiesta di ordine di trattamento temporaneo).*** Nell'istanza si può includere la richiesta di un ordine *ex parte* per porre il convenuto sotto cura e trattamento in una struttura ospedaliera fino all'udienza per trattamento assistito. Il Tribunale può emettere un ordine di trattamento temporaneo ove riscontri che la salute o l'incolumità del convenuto saranno messe a repentaglio in mancanza di immediato trattamento. Tuttavia, qualsiasi trattamento derivante da decisione del Tribunale deve poi essere dichiarato necessario da un medico specialista. Nel concedere un ordine di trattamento temporaneo, il Tribunale disporrà che il trasferimento a specificata struttura ospedaliera avvenga o tramite ufficiali giudiziari con poteri di arresto o tramite altre persone all'uopo designate dallo Stato, dalla Contea o dal Dipartimento di igiene mentale. L'ordine di trattamento temporaneo resterà in vigore fintantoché non si avrà l' esito o dell'udienza per trattamento assistito o dell'istanza, qualunque dei due sia emesso per primo.

§ 5.3 Initial responsabilities of court after petition is filed (lett. ***Prime responsabilità del Tribunale dopo la presentazione dell'istanza). –*** Entro 24 ore ,esclusi sabato, domenica e

a. stabilire se l'istanza sia sufficiente a suffragare la ragionevole convinzione che il convenuto possa
esse re sottoposto a trattamento assistito e respingere senza pregiudizio quella che non lo è
b Programmare un'udienza per ogni istanza che esso tribunale non licenzi entro dieci giorni di calendario
dalla sua presentazione;
c decretare su ogni richiesta di ordine di trattamento temporaneo incluso in una istanza che esso tribunale
non licenzi;
d se necessario, emettere un ordine affinché il convenuto venga sottoposto a esame in base al § 5

e designare un consulente legale per il convenuto per ogni istanza non accolta; e
f mandare copia di ogni istanza che esso tribunale non accolga all'agenzia designata dalla Contea per la
valutazione come detto sub §5.4.

§ 5.4 Designated counsel (lett. ***Consulente designato).*** Il convenuto avrà un consulente legale designato dal tribunale. La Contea indagherà ,con la dovuta diligenza, sui motivi per cui l'istanza non è stata accolta dal tribunale secondo il § 5.3. La Contea designerà un avvocato per il postulante se le indagini, fatte con la dovuta diligenza, stabiliranno una probabile ragione comprovante l'idoneità del convenuto a fruire di trattamento assistito sub § 7.3. La Contea designerà un consulente legale o notificherà al postulante la decisione di non designare il consulente entro 72 ore dal momento in cui avrà ricevuto l'istanza dal tribunale. Se la Contea non designa un avvocato, il postulante può ancora ripresentare istanza. Postulante e convenuto hanno la facoltà di nominare un legale di loro gradimento.

§ 5.5 Notice of hearing on petition (lett. ***Notifica di udienza su istanza).*** Entro 24 ore, esclusi sabato, domenica e giorni festivi, dalla programmazione di un'udienza su istanza il tribunale spedirà notifica dell'udienza, con acclusa copia della istanza, al convenuto, al custode legalmente autorizzato del convenuto o tutore, se noti, al legale del postulante, se noto, a un membro adulto della famiglia del convenuto, se noto, e a cinque persone scelte dal convenuto. Il Tribunale, entro le dette 24 ore, cercherà inoltre di notificare l'udienza al convenuto, al custode legalmente autorizzato o tutore, se noti, al postulante e al legale del postulante, se noto, per telefono o tramite mezzi elettronici affidabili. La notifica tempestiva soddisferà le richieste di ciascuno.

§ 5.6 Criminal penalty for false petition (lett. ***Sanzione penale per falso in istanza).*** Sarà reato presentare, o far presentare scientemente una istanza contenente dichiarazioni o informazioni false.

Commento: questo articolo, e il corrispondente per i certificati sub § 4.8, scoraggia l'abuso del sistema di trattamento assistito considerando reato il presentare scientemente un'istanza contenente dichiarazioni o informazioni false. Poiché la classificazione dei reati varia da Stato a Stato, non ne viene indicata una in particolare. Tuttavia si raccomanda che il reato di falso in oggetto sia punibile **fino a sei (6) mesi di carcere e/o a comparabile sanzione pecuniaria.**

§ 5.7 Evaluation (lett. ***Valutazione)*** Salvo diversa indicazione di questo Progetto Legge, il convenuto deve essere esaminato da un medico specialista prima dell'udienza, ma non più di sette (7) giorni di calendario prima della presentazione dell'istanza.

stabilire la ragionevole convinzione che il convenuto debba essere sottoposto a trattamento assistito. Il Tribunale disporrà che il soggetto dell'istanza venga esaminato da un medico specialista nominato dal dipartimento di igiene mentale, o da un suo designato, non meno di 72 ore prima dell'udienza per il trattamento assistito.

Commento : contrariamente a normative vigenti in alcuni Stati, il Progetto di Legge non richiede che , per il trattamento assistito, la valutazione psichiatrica debba accompagnare l'istanza. Ciò serve a garantire che l'istanza posa essere anche presentata per individui affetti da malattie mentali che necessitano di trattamento, ma che rifiutano di essere sottoposti ad esame.

Articolo 6. Assisted Treatment Hearing Procedures (lett. ***Procedure dell'Udienza per Trattamento Assistito)***

§ 6.1 Ten-day treatment option (lett. ***Opzione per trattamento di dieci giorni).*** Il convenuto può scegliere dieci giorni di trattamento in degenza anziché essere sottoposto a procedura di trattamento assistito. Tale opzione gli è concessa a partire dalla data di presentazione dell'istanza fino alla presentazione di prove esibite dal postulante in udienza. A quel punto il Consiglio del Trattamento Psichiatrico (Psychiatric Treatment Board) darà al convenuto un'ultima opportunità di accettare dieci giorni di trattamento prima di precludergli ogni ulteriore possibilità in questo senso, dichiarando esplicitamente che si tratta dell'ultima opportunità di esercitare detta opzione. Il convenuto può scegliere l'opzione di trattamento di dieci giorni prima dell'udienza, nel qual caso la struttura medico psichiatrica sarà scelta in base a dichiarazione giurata, firmata dal convenuto, con il Tribunale, entro 48 ore, esclusi sabato, domenica e giorni festivi. Durante il periodo dei dieci giorni di trattamento, il convenuto può essere dimesso dietro firma sia del medico specialista che somministra le cure, sia del direttore sanitario della struttura ospedaliera. Allo spirare del periodo di 10 giorni il convenuto posto in trattamento in base a questo articolo verrà passato allo stato di paziente volontario, pur rimanendo soggetto a ulteriori periodi di trattamento assistito in base a questo Progetto Legge.

Commento : Questo articolo consente di scegliere 10 giorni di trattamento invece di essere soggetto alla decisione presa nell'udienza per trattamento assistito dal Consiglio di Trattamento Psichiatrico, e riduce il numero delle udienze in cambio di iniziali periodi di trattamento assistito potenzialmente ridotti per quanti scelgono questa opzione. Una persona che scelga questa opzione può, se idonea, fruire di ulteriore assistenza, in base a quanto previsto dal presente Progetto Legge. Le leggi sul trattamento assistito di molti Stati consentono al soggetto di una istanza di scegliere il trattamento volontario per evitare un 'udienza pendente di trattamento assistito, ma non contemplano o quasi provvedimenti tendenti ad assicurare che la persona rimanga in trattamento per periodi clinicamente significativi. La scelta dei 10 giorni di cui al § 6.1 consente anche, a chi ne ha bisogno, di scegliere di accedere volontariamente al trattamento, ma preclude la richiesta di dimissione immediata.

§ 6.2 Continuance (lett. ***Proroga) .*** Il Consiglio di Trattamento Psichiatrico o il Tribunale possono, per giusta causa, ordinare una proroga fino a 48 ore o, se il periodo cade di sabato, domenica o giorno festivo, fino al termine del giorno successivo di apertura del Tribunale. La proroga si estenderà al periodo di trattamento di emergenza/osservazione o a qualsiasi ordine di trattamento temporaneo fino alla data dell'udienza.

Commento : la possibile breve proroga della data dell'udienza è dettata dalla possibile difficoltà di riunire per mezzo di notifica , in tempi brevi, tutti i convocati, e dal fatto che il convenuto possa desiderare un ulteriore lasso di tempo per prepararsi per l'udienza o per

§ 6.3 Location of assised treatment hearing (lett. ***Sede dell'udienza sul trattamento assistito) .*** Per quanti , al momento, degenti in struttura gestita dal dipartimento di igiene mentale, o da esso designata, le udienze si terranno nella struttura psichiatrica di degenza.

Commento : Per la maggior parte dei pazienti la struttura psichiatrica sarà, per un'udienza, una sede più confortevole del tribunale. L'adozione di tale sede eliminerà anche i costi e le negative conseguenze cliniche derivanti dal trasporto dei pazienti in udienza.

§ 6.4 Attendance at hearing (lett. ***Partecipazione all'udienza).*** L'udienza sarà aperta a tutti, a meno che il convenuto chieda di tenerla a porte chiuse, nel qual caso potranno essere presenti solo le parti e i relativi legali, testimoni, membri e personale del Consiglio di Trattamento Psichiatrico e il personale del tribunale. Tuttavia, il tribunale può approvare una mozione perché una persona che dimostri di avere un interesse sostanziale nello svolgimento del processo sia ammessa a presenziare al processo.

Commento : Col prevedere udienze a porte chiuse, pur concedendo al Consiglio di Trattamento Psichiatrico di far presenziare chiunque dimostri un legittimo interesse nel processo, questo articolo pareggia il diritto alla riservatezza del convenuto con gli interessi delle persone i a lui più vicine.

§ 6.5 Expert testimony required at hearing (lett. ***Deposizione peritale richiesta all'udienza).***

a. Per una udienza per certificato, deporrà il medico specialista che ha esaminato il convenuto dal momento in cui è stato posto in trattamento di emergenza/osservazione

b. Per un'udienza a seguito di istanza, è richiesta la deposizione del medico specialista che ha visitato il convenuto negli ultimi sette giorni di calendario precedenti la presentazione dell'istanza. Sarà una deposizione giurata, a meno che il legale del convenuto non richieda, per iscritto, al postulante o al suo consulente, la presenza all'udienza del citato specialista . Una copia di detta richiesta dovrà pervenire al Tribunale almeno 72 ore, esclusi sabato, domenica e giorni festivi, prima dell'udienza. Se si programma di presentare la deposizione giurata del medico specialista, il legale del postulante deve presentare una copia della deposizione giurata o al legale del convenuto, o all'ufficio del legale del convenuto almeno 24 ore, esclusi sabato, domenica e giorni festivi, prima dell'udienza. Le procedure applicabili nel caso in cui il convenuto non sia stato sottoposto a esame medico prima dell'udienza sono spigate sub § 7.1.

Commento : Nel concedere la possibilità di presentare deposizione giurata del medico specialista si risparmieranno risorse , specie quelle del dipartimento di igiene mentale, quando non sia necessaria la deposizione resa di persona.

§ 6.6 Evidence admissible at hearing (lett. ***Prove ammesse in udienza).*** Il Consiglio di Trattamento Psichiatrico può riesaminare qualsiasi informazione ritenga rilevante, essenziale e affidabile, anche se normalmente esclusa dalla normativa afferente le prove.

Commento : Questo allentamento della normativa afferente le prove consente udienze meno care e più informali nelle quali il Consiglio di Trattamento Psichiatrico avrà un maggior numero di informazioni sulle quali basare i propri accertamenti , sempre mantenendo il diritto di non tener conto di prove o testimonianze sospette.

§ 6.7 Record of hearing (lett. ***Registrazione di udienza) .*** Non viene richiesto di presentare ai Consigli di Trattamento Psichiatrico la trascrizione delle udienze.

Commento – La non trascrizione delle udienze abbasserà sostanzialmente le spese; la necessità di trascrizione delle udienze per trattamento assistito è sostituita dalla proposta di appello *de novo* di registrazione descritta sub § 8.1

§ 6.8 Rights of family members (lett. ***Diritti dei famigliari).*** Un membro della famiglia può presentare una mozione per partecipare all'udienza. Il Consiglio di Trattamento Psichiatrico può approvare la mozione preliminare del famigliare a presenziare all'udienza se

famigliare può esercitare il diritto di essere rappresentato da legale a proprie spese, presentare prove, interrogare in contradditorio testimoni, e ricorrere in appello.
Commento : Quanto sopra stabilisce che un membro della famiglia che dimostri un sufficiente interesse nel processo per trattamento assistito può in sostanza diventare parte di esso. Tali diritti sono basati su quelli concessi in udienze analoghe dal Kentucky (Ky.Rev.Stat.Ann. § 202B.160) a parenti di individui con disturbi evolutivi; la concessione del Kentucky di detti diritti venne considerata con favore dalla Corte Suprema in *Heller v. Doe* , 509 U.S.312(1993).

Articolo 7. Assisted Treatment Hearing Dispositions (lett. ***Disposizioni per Udienza per Trattamento Assistito).***

§ 7.1 Procedure after failure to comply with order evaluation (lett. ***Procedura per mancata osservanza di un ordine di valutazione).*** Se il convenuto presenta buone e credibili ragioni per non essere stato presente a una valutazione imposta, il Consiglio di Trattamento Psichiatrico continuerà il procedimento ed emetterà altro ordine di esame. Una udienza concernente un individuo inosservante dell'ordine di valutazione imposto dalla corte, senza buone ragioni, procederà ugualmente. A conclusione delle argomentazioni delle parti , il Consiglio di Trattamento Psichiatrico potrà o ordinare il rilascio del convenuto, o continuare i procedimenti in modo che il convenuto possa essere valutato. Il rifiuto , senza buone ragioni, di osservare l'ordine di valutazione può costituire prova della sua necessità di trattamento e dell'incapacità di prendere una consapevole decisione di ordine medico. Se viene ordinata una proroga, il convenuto sarà ospitato in una struttura psichiatrica designata e valutato da un medico specialista. La proroga non potrà superare le 72 ore o, se il periodo termina di sabato, domenica o giorno festivo, durerà fino alla fine del primo giorno successivo di apertura del tribunale.
§ 7.2 Consent order (lett. ***Consenso sull'ordine).*** All'udienza il postulante e il convenuto possono dirsi d'accordo sul proposto ordine di trattamento assistito. Le clausole dell'ordine devono coincidere con quelle di un primo ordine per trattamento assistito fatte in base a questo Progetto Legge. L'ordine proposto deve essere accompagnato dalla testimonianza, che può essere giurata, di un medico specialista accertante che l'ordine suggerito è clinicamente adeguato al convenuto. A sua discrezione il tribunale può rendere operante l'ordine proposto anche senza una intera udienza. Con ciò, l'ordine sul quale vi è consenso ha lo stesso effetto di un ordine di trattamento assistito sub § 7.3.
§ 7.3 Criteria for assisted treatment order (lett. ***Criteri per ordine di trattamento assistito).*** Dopo esame delle prove esibite in udienza, il Consiglio di Trattamento Psichiatrico potrà solo ordinare il trattamento assistito, sulla base di assistenza interna o esterna, se riterrà le seguenti condizioni chiare e convincenti :

a. che la persona soffre di gravi disturbi psichiatrici;
b. che la persona è pericolosa per sé stessa o per gli altri, è gravemente ammalata o è ammalato cronico; e
c. che, salvo per chi sia ritenuto essere pericoloso, la persona trarrà verosimilmente beneficio da trattamento assistito.

Commento : le componenti operative di questa sezioni sono definite all'articolo 2.
§ 7.4 Assisted treatment order (lett. ***Ordine di Trattamento Assistito).*** Un ordine di trattamento assistito, per tutta la sua durata, subordina il diritto dell'individuo al rifiuto di somministrazione di medicine o altri trattamenti medici minori al Dipartimento di igiene mentale, a chi da esso designato, o a qualunque altro assistente medico destinato alla cura del malato in base all'ordine del Consiglio di Trattamento Psichiatrico. L'applicazione del

trattamento assistito richiedente il ricovero può valere fino a 30 giorni effettivi. Un ordine di trattamento assistito per pazienti esterni può valere fino a 180 giorni effettivi.

Commento : L'ordine per trattamento assistito include la competenza di curare l'individuo soggetto ad esso. Tutti i possibili standards per trattamento assistito sub § 7.3 stabiliscono che il convenuto è pericoloso per sé o per gli altri o incapace di prendere una consapevole decisione medica, ovviando in tal modo la necessità di un ordine di trattamento susseguente ai procedimenti o l'istituzione di un separato ordine di trattamento, in udienza.

§ 7.5 Services included in order for assisted outpatient treatment (lett. ***Servizi inclusi nell'ordine di trattamento assistito per paziente esterno) .*** Un primo ordine di trattamento assistito per cure a paziente esterno deve includere clausole per la gestione di trattamento intensivo, trattamento energico in comunità, o un programma di trattamento energico in comunità. L'ordine può anche richiedere che il paziente provveda, o abbia chi provvede ad alcuna o a tutte le seguenti categorie di servizi:

a. medicazione;
b. periodiche analisi del sangue e delle urine per verificare l'adeguatezza del trattamento;
c. terapia individuale o di gruppo;
d. programmi di attività per l'intera giornata o per parte di essa;
e. attività educative o di formazione professionale;
f. cure o terapie per abuso di alcool o sostanze dannose, e periodici controlli per presenza di alcool o droghe illegali in persone con precedenti di abuso di dette sostanze;
g. controllo delle condizioni di vita; e
h. ogni altro servizio prescritto per il trattamento di malattia mentale e per l'assistenza alla persona nella sua vita in comunità, o per prevenire ricadute o peggioramenti.

Qualsiasi modifica all'ordine di trattamento assistito non condivisa dal paziente deve essere approvata dal tribunale.

§ 7.6 Effects of assisted treatment determination on other rights. (lett. ***Effetto della decisione di trattamento assistito su altri diritti).*** Decidere che una persona necessita di trattamento assistito, sia essa degente che esterna, non vuol dire decidere che il paziente sia legalmente incompetente o incapace per scopi altri da quelli precisati nel Progetto Legge.

Commento : Questo articolo assicura che un ordine di trattamento assistito si riferisce esclusivamente a trattamento assistito e non pregiudica altrimenti lo stato legale dell'individuo.

Articolo 8. Appeals (lett. ***Appelli)***

§ 8.1 Appeal or review of assistment treatment decision or status (lett. ***Appello o revisione di decisione o stato di trattamento assistito).*** Eccetto per quanto specificamente proibito dal presente Progetto Legge, si può ricorrere in appello nei confronti di una decisione del Consiglio di Trattamento Psichiatrico, al tribunale competente, entro dieci giorni effettivi dalla sua approvazione. L'udienza in appello è *de novo* e deve svolgersi entro 7 (sette) giorni effettivi dalla presentazione dell'appello. Il soggetto della decisione del trattamento assistito, il postulante e i membri della famiglia parti in causa in base al § 6.8 hanno diritto di appellarsi in giudizio. Il tribunale può esaminare qualsiasi informazione da esso rilevante, sostanziale e credibile, anche se normalmente esclusa dalla normativa regolante le prove.

§ 9.1 Thirty-day review for medication side effects (lett. ***Esame ogni trenta giorni per effetti collaterali della cura).*** Il paziente degente in struttura sanitaria per cure in seguito a ordine di trattamento assistito dovrà essere esaminato ogni 30 giorni, per il possibile verificarsi di gravi effetti collaterali , da uno psichiatra o medico diverso da quello che l'ha in cura.

Commento : Per alcuni pazienti gli effetti collaterali della cura possono portare al definitivo abbandono della medesima. Questo esame indipendente aumenterà le opportunità di eliminare o mitigare gli effetti collaterali dannosi mentre i degenti sono sottoposti a trattamento assistito. Perciò tali esami indipendenti non solo proteggono la salute del paziente, ma massimizzano anche la sua disponibilità ad accettare una cura a lungo termine.

§ 9.2 Recommendation for alternative appropriate treatment (lett. ***Raccomandazione per trattamento alternativo adeguato)*** . Dopo l'esame descritto sub § 9.1, lo psichiatra non curante o altro medico che stabilisce, in base al proprio giudizio medico, che il paziente soffre di gravi effetti collaterali derivanti dalla cura in atto suggerirà, se disponibile, una cura alternativa adatta con meno effetti collaterali. Lo psichiatra curante potrà o convenire con tale suggerimento, o sottoporre il parere scritto del lo psichiatra o altro medico non curanti al direttore sanitario della struttura il quale deciderà sulla cura da adottare. Nel caso in cui lo psichiatra curante sia anche il direttore sanitario della struttura, la decisione finale verrà presa da un medico specialista designato dal dipartimento di igiene mentale.

Commento : La procedura stabilita sub § 9.2 garantisce che o il supervisore del medico curante, o un medico specialista indipendente sceglieranno tra le cure poste in conflitto suggerite dallo psichiatra curante e lo psichiatra o medico che effettuano i periodici esami ordinati al § 9.1

§ 9.3 Grievance Procedure (lett. ***Procedura di lamentela).*** La procedura di lamentela sarà unica , sia per il paziente degente che per quello esterno. Lamentele relative al trattamento possono essere indirizzate al direttore sanitario della struttura. Lamentele riguardo al regime del trattamento del paziente possono essere sporte dal paziente o, per conto di esso, dal suo custode legale o tutore, dall'avvocato, da qualsiasi delle parti presenti all'udienza per l'istituzione o il rinnovo del trattamento assistito, dal coniuge, genitore, figlio maggiorenne o, se non esistono parenti di tale grado, dal parente più prossimo.

La lamentela di un paziente il cui psichiatra curante è il direttore sanitario della struttura sarà sporta da un medico specialista, o da incaricato, allo scopo nominati dal dipartimento di igiene mentale.

Commento : In aggiunta ai periodici controlli medici, la procedura di lamentela dà potere al paziente, o a chiunque sia interessato alla sua salute, di richiedere la modifica del trattamento al direttore sanitario della struttura o a psichiatra indipendente.

§ 9.4 Appeal of grievance to Psychiatric Treatment Board (lett. ***Appello di lamentela al Consiglio di Trattamento Psichiatrico)*** . Le lamentele respinte saranno portate al Consiglio di Trattamento Psichiatrico che ricorrerà in appello entro 14 giorni effettivi. Le decisioni in appello del Consiglio sono definitive. Se l'appello è negato, al paziente, o a chi per esso, o a quanti agiscono per conto suo, non è concesso di appellarsi per altre lamentele al Consiglio di Trattamento Psichiatrico per un periodo di 90 giorni. Tale limitazione del ricorso in appello non altera altrimenti il diritto del paziente a presentare lamentela in base a quanto stabilito sub § 9.3.

Commento : Il Progetto Legge rafforza ulteriormente la tutela del paziente con lo stabilire il diritto di appello per lamentele respinte al Consiglio di Trattamento Psichiatrico. Il termine dei 90 giorni per appelli di lamentela al Consiglio in seguito a rifiuto scoraggia futili appelli. Da notare che questa limitazione limita soltanto la possibilità di ricorrere in appello per una lamentela, non di presentarla.

Articolo 10. Assisted Outpatient Treatment (lett. ***Trattamento assistito per paziente esterno***

§ 10.1 Enforcement of assisted outpatient treatment order (lett. ***Ordine di applicazione di trattamento assistito per paziente esterno).*** Una richiesta di mantenere un ordine per trattamento assistito per paziente esterno può essere imposta nel caso non vi sia acquiescenza al trattamento. Sottoscritto da uno psichiatra supervisore, l'ordine può avere esecuzione sia al domicilio del paziente, sia in un centro di cura indicato dal dipartimento di igiene mentale ,a scelta del paziente. I pazienti che fisicamente si oppongono o non riescono a selezionare un luogo per il trattamento saranno curati in un centro di cure designato.

Commento : Questo articolo offre all'individuo non acquiescente la scelta tra accettare di essere curato a domicilio o in struttura meno privata, ma per taluni meno severa nel trattamento, designata quale centro di cura dal dipartimento di igiene mentale.

§ 10.2 Transfer to inpatient care (lett. ***Passaggio a cure in degenza).*** Le procedure per determinare se un paziente esterno in trattamento assistito debba essere ricoverato sono le stesse regolanti l'inizio della messa in trattamento assistito. Un paziente con i requisiti che richiedono trattamento di emergenza sarà immediatamente ricoverato per cure in una struttura sanitaria, ma un'udienza è comunque necessaria per il passaggio dallo stato di esterno a quello di degente, In udienza il Consiglio di Trattamento Psichiatrico ordinerà il passaggio o manterrà il paziente in degenza, a seconda dello stato in atto nel corso dell'udienza, se un tale trattamento risulterà essere la forma meno restrittiva rispetto alle esigenze cliniche del paziente. La mancata osservanza da parte del paziente dell'ordine di trattamento assistito in comunità può costituire prova che lo stato di paziente esterno non è quello idoneo per lui.

Commento : Poiché lo standard per la collocazione in cure per esterni o per degenti è unico, non è necessaria una conferma giuridica del passaggio dallo stato di esterno a quello di degente. Tuttavia, riconoscendo la assai maggiore limitazione di libertà di un paziente in degenza rispetto ad uno esterno, il Progetto di Legge richiede comunque, prima o dopo, a seconda che vi sia necessità immediata di cure ospedaliere, un'approvazione giuridica per i passaggi da trattamento assistito per pazienti esterni a quello per degenti. Essendo stato accertato nell'udienza iniziale che i pazienti hanno già i requisiti per fruire di trattamento assistito, il Consiglio di Trattamento Psichiatrico adotterà, per valutare i passaggi, uno standard più flessibile di individuazione dell'adeguatezza clinica della nuova collocazione .

Articolo 11. Trial Release (lett. ***Processo di Dismissione)***

§ 11.1 Authorization for trial release (lett. ***Autorizzazione di rilascio) .*** Quando conveniente, lo psichiatra curante può consentire che un degente in trattamento assistito venga seguito in una comunità, e dimettere il paziente. La dimissione è subordinata alle condizioni del paziente e all'accettazione del medesimo del piano cure stabilito prima della dimissione stessa. L'assistenza al paziente continuerà ad essere controllata dall'ospedale che lo ha dimesso. Il periodo della dismissione può durare fino al termine dell'ordine di trattamento assistito in degenza. Non può essere prolungato. Se del caso, prima del termine del periodo può essere presentata un'istanza di rinnovo dell'ordine di trattamento assistito e di collocazione del paziente in stato di esterno.

Commento : La non necessità per il Consiglio di Trattamento Psichiatrico di approvare il passaggio dallo stato di degente a quello di paziente esterno nel periodo della dimissione serve a garantire che i pazienti sottoposti a ordine di trattamento assistito saranno assistiti nel modo meno restrittivo.

§ 11.2 Notice of trial release (lett. ***Notifica di processo di dismissione).*** Notifica del

se noti; al legale del paziente, se noto; a un famigliare adulto del paziente, se noto; e a tutti coloro riconosciuti come parte alla prima udienza per di trattamento assistito o alle successive udienze per rinnovi.

§ 11.3 Revocation of trial release (lett. ***Revoca del processo di dismissione) .*** Lo psichiatra curante revocherà il processo di dimissione se decide che il paziente ha in maniera sostanziale violato le condizioni di detto processo o se necessita di cure ospedaliere. Non è necessaria udienza per detta revoca. Dopo la decisione della revoca, lo psichiatra curante può incaricare l'ufficiale giudiziario con poteri di arresto o altri all'uopo incaricati dallo Stato, Contea o Dipartimento di igiene mentale di riportare il paziente nello stesso ospedale,

Commento : Come per l'inizio del processo di dimissione, la revoca può avvenire senza ricorrere al Consiglio di Trattamento Psichiatrico. Ciò contempla la condizione incerta di chi venga dimesso dopo essere stato in ospedale per un periodo significativo.

Articolo 12. Review of status (lett. ***Revisione di stato)***

§ 12.1 Request for review of assisted treatment status (lett. ***Richiesta di revisione di stato di trattamento assistito).*** Se il tempo per presentare appello per ordine o rinnovo dell'ultimo trattamento assistito è scaduto, il paziente può richiedere che la revisione del proprio stato di trattamento assistito venga fatta dal Consiglio di Trattamento Psichiatrico. Il Consiglio può rivedere la richiesta entro 14 giorni effettivi. Un paziente può richiedere un'udienza di revisione di stato non più di una volta ogni 90 giorni.

Commento : questo articolo è una protezione in più prevista dal Progetto Legge per il paziente.

§ 12.2 Notice of status review hearing (lett. ***Notifica di udienza per revisione di stato).*** Notifica di udienza per revisione dello stato deve essere spedita almeno con 7 (sette) giorni effettivi di anticipo al paziente, al suo custode legalmente autorizzato o al tutore, se noti; al legale del paziente, se noto; a un membro adulto della famiglia, se noto; e a chiunque riconosciuto come parte alla prima udienza per trattamento assistito o a successive udienze per rinnovi.

Articolo 13. Renewals (lett. ***Rinnovi)***

§ 13.1 Renewal of assisted treatment status (lett. ***Rinnovo di ordine di trattamento assistito).*** Il processo di rinnovo di un ordine di trattamento assistito è uguale a quello dell'ordine iniziale, eccetto che la notifica di udienza di rinnovo, come stabilito sub § 5.5, verrà inviata a tutti coloro riconosciuti come parti alla prima udienza per l'ordine di trattamento o alle successive udienze di rinnovo.

§ 13.2 Duration of renewal period (lett. ***Durata del periodo di rinnovo)***. Il periodo del primo rinnovo di trattamento assistito per pazienti in degenza può durare fino a 180 giorni e i successivi rinnovi fino a 360 giorni.

Commento : I successivi periodi di trattamento più lunghi vogliono dire che i pazienti che sono stati più a lungo degenti in strutture sanitarie hanno più probabilità di rimanervi più a lungo anche in futuro. Si fa notare che gli intervalli fra i rinnovi sono meno significativi di quelli stabiliti da alcune legislature statali perché, come precisato sub § 12.1, sia i pazienti esterni che ospedalizzati possono chiedere la revisione del loro stato ogni 90 giorni.

Articolo 14. Procedures for Discharge (lett. ***Procedure per Esonero (dal trattamento assistito))***

trattamento assistito o sotto processo di rilascio può essere esonerato dietro approvazione del medico specialista curante e del direttore sanitario della struttura. Un paziente sotto ordine di trattamento assistito e in stato di paziente esterno può essere esonerato dietro approvazione del medico specialista curante e del direttore del programma di cure per pazienti esterni.

§ 14.2 Notice of discharge (lett. ***Notifica di esonero)*** Notifica di esonero da ordine di trattamento assistito sarà spedita almeno 72 ore prima dell'esonero programmato: al postulante, al custode legalmente autorizzato o al tutore, se noti, al legale del paziente, se noto , a un membro adulto della famiglia, se noto, a tutti coloro riconosciuti come parti alla prima udienza per trattamento assistito o alle successive udienze di rinnovo.

Commento : Questa notifica è particolarmente importante alla luce dei provvedimenti del Progetto di Legge per la dimissione di pazienti prima del termine del periodo di trattamento assistito ordinato dal Consiglio di Trattamento Psichiatrico.

§ 14.3 Discharge plan requirement (lett. ***Richiesta di piano di esonero).*** Ad ogni paziente in trattamento assistito deve essere dato un programma di trattamento in atto al momento dell'esonero da cure ospedaliere ,o un programma di trattamento per pazienti esterno o per quelli in processo di rilascio, e ciò con un anticipo superiore alle 72 ore rispetto al momento dell'esonero. Il programma può includere, ma non limitatamente a farmaci suggeriti, terapia individuale o di gruppo, attività programmate per l'intera giornata o parte di essa, attività educative o di orientamento professionale, controllo domiciliare, servizi per gestire terapie intensive e aiuti per la vita quotidiana.

Commento : La richiesta di un esauriente piano di trattamento prima del passaggio dal trattamento per degenti a quello per pazienti esterni incoraggerà la continuazione del contatto da parte del paziente con il sistema sanitario di igiene mentale e garantirà la fornitura dei migliori servizi disponibili.

§ 14.4 Early discharge hearing (lett. ***Udienza per esonero anticipato)*** . Una udienza avanti il Consiglio di Trattamento Psichiatrico per determinare la convenienza dell'esonero di un paziente prima del termine del periodo di trattamento assistito può essere richiesta di diritto dal postulante, dal custode legalmente autorizzato o dal tutore, se noti, da un membro adulto della famiglia, se noto, da tutti quelli riconosciuti come parti alla prima udienza per trattamento assistito o alle successive udienze di rinnovo,

Articolo 15. Accountability (lett. ***Responsabilità)***

§ 15.1 Treatment provider liability (lett. ***Obblighi di chi somministra il trattamento).*** In aggiunta ad altre limitazioni sulla responsabilità stabilite in altre parti del codice dello stato, le persone incaricate della cura di pazienti in trattamento assistito in base a questo articolo saranno solo responsabili per danno successivamente causato da/o a individui :o esonerati da trattamento assistito, o in stato di paziente esterno, o in processo di rilascio , se il rilascio o lo stato dell'individuo non era nei compiti di impiego della persona, o se dette perone incaricate furono imprudenti o molto negligenti

Commento : Questa rinuncia di responsabilità limitata è un compromesso tra due interessi necessariamente competitivi. Si progetta di autorizzare chi è incaricato del trattamento a prendere decisioni cliniche circa il porre i pazienti sotto ordini di trattamento assistito in processo di rilascio o di esonerarli, senza la dovuta considerazione per possibile responsabilità civile. Allo stesso tempo , resta riconosciuto il risarcimento per danno a individuo a seguito di imprudenza o eccessiva incapacità di chi è incaricato di somministrare il trattamento.

Articolo 16. Patient Bill of Rights (*lett. ***Diritti del Paziente)

§ 16.1 Rights of all individuals in assisted treatment (*lett. ***Diritti di tutti gli individui in trattamento assistito). Tutti i pazienti in trattamento assistito hanno i seguenti diritti:

a. Diritto a un legale nominato alla prima udienza di trattamento assistito, revisioni di stato, successive
   udienze per rinnovo di trattamento e appelli di questi procedimenti.
b. Diritto del paziente e del suo custode autorizzato o tutore, se noti, a ricevere una lista scritta di tutti i diritti qui enumerati
c. Diritto a trattamento adeguato, somministrato con attenzione, sicuro e umano. Ogni paziente in trattamento assistito riceverà un trattamento adeguato alle sue esigenze, e che includerà tutti i servizi medici, professionali, sociali, educativi e di riabilitazione richiesti dalle condizioni del paziente.
d. Diritto di essere sempre trattato con considerazione e rispetto per la sua vita privata e la sua dignità personale.

§ 16.2 Additional Rights of individuals in assisted inpatient treatment (*lett. ***Ulteriori Diritti di individui in trattamento assistito in degenza). In aggiunta a quelli sub § 16.1 i pazienti in degenza per trattamento assistito hanno i seguenti diritti:

a. Diritto di cura e salvaguardia della loro proprietà personale.
b. Diritto di comunicare liberamente ed essere visitati, in tempi convenienti, dal loro consulente legale o avvocato e, a meno di preventiva restrizione del tribunale, di comunicare liberamente ed essere visitati, in tempi convenienti, dal loro psichiatra o psicologo personale.
c. Diritto di comunicare liberamente con altri, a meno di specifica restrizione prevista dal programma di cura in quanto tale comunicazione può recar danno al paziente o ad altri.
d. Diritto di ricevere visite, a meno di specifica restrizione prevista dal programma di cura in quanto tali contatti possono recar danno al paziente o ad altri.
e. Diritto di avere ragionevole accesso a telefoni, fare e ricevere telefonate confidenziali, a meno di specifica restrizione prevista dal programma di cura in quanto tali comunicazioni possono recar danno al paziente o ad altri. Sarà compreso un ragionevole numero di telefonate gratuite se il paziente non è in grado di pagare e assistenza durante le telefonate se richiesta e necessaria.
f. Diritto di scrivere lettere, a meno di specifica restrizione prevista dal programma di cura in quanto tali comunicazioni possono recar danno al paziente o ad altri. Sarà compreso, se il paziente non è in grado di pagare per essi, un ragionevole numero di francobolli gratis, il diritto di spedire e ricevere corrispondenza chiusa, e l'assistenza nello scrivere se richiesta e necessaria.
g. Diritto che gli venga fornito un adeguato quantitativo di capi di vestiario in ordine, puliti e di stagione.
h. Diritto di mantenere un aspetto fisico consono al gusto del paziente, incluso parrucchiere et similia, a meno di incompatibilità con salute e sicurezza.
i. Diritto di tenere e spendere una ragionevole somma del proprio denaro per spese e piccoli acquisti.
j. Diritto di voto . Tutto il materiale elettorale dovrà essere messo a disposizione del paziente.

Commento: Nel loro complesso i diritti dei pazienti delineati nell'articolo 16 offrono sia ai pazienti esterni che a quelli ospedalizzati protezione sostanziale dei loro diritti e della loro dignità.

Informazioni su l **TREATMENT ADVOCACY CENTER (Centro di Avvocatura per il Trattamento)**

Trattasi di organizzazione no profit il cui intendimento è quello di eliminare le barriere al trattamento umano e ai tempi attuazione delle cure per milioni di americani sofferenti di gravi disordini mentali , quali schizofrenia, e malattia maniaco- depressiva ("bipolar disorder").

Le attuali politiche federali e di Stato ostacolano il trattamento per individui malati psichiatrici a maggior rischio di diventare dei senza tetto, di essere arrestati o di suicidarsi. Come risultato, un milione e mezzo di individui con gravi malattie mentali non vengono per nulla curati per i loro disturbi gravi.

Il Centro sta lavorando per far conoscere maggiormente i benefici del trattamento assistito e la necessità di mantenere la possibilità di trattamento in degenza e cure a lungo termine.

Il Centro funge da catalizzatore nell'intento di ottenere un giusto equilibrio nelle decisioni giudiziarie, legislative e politiche afferenti l'esistenza di gente con gravi disordini mentali.

Per ulteriori informazioni sulle finalità del Centro contattare:

TREATMENT ADVOCACY CENTER
3300 N.Fairfax Drive, Suite 220,
Arlington, VA 22201
703.294.6001 - www.PSYCHLAWS.ORG

Risorse generali/ Risorse legali/ Risorse Mediche / Informative / Attività dello Stato / Termini Ospedalieri / Tragedie Evitabili / Sala Stampa/ Ricerca del sito/

MODEL LAW FOR ASSISTED TREATMENT (PROGETTO LEGGE PER TRATTAMENTO ASSISTITO)

Indice dei contenuti

PROGETTO LEGGE PER TRATTAMENTO ASSISTITO

Articolo 1. Statement of Purpose (lett. **Motivazione)**

§ 1.1 Statement of Purpose (lett. Motivazione)

Articolo 2. Definitions (lett. **Definizioni)**

§ 2.1 Assisted Treatment (lett. Trattamento assistito)

§ 2.2 Assisted outpatients treatment (lett. Trattamento assistito a pazienti esterni)

§ 2.3 Assisted inpatient treatment (lett. Trattamento assistito a pazienti degenti)

§ 2.4 Certificate (lett: Certificato)

§ 2.5 Chronically disabled (lett. Ammalato cronico)

§ 2.6 Court (lett. Tribunale)

§ 2.7 Danger to himself or herself (lett. Pericolo per se stesso)

§ 2.8 Danger to others (lett. Pericolo per terzi)

§ 2.9 Gravely disabled (lett. Ammalato grave)

§ 2.10 Incaoable of making an informed medical decision (lett. Incapace di prendere una cnsapevole decisione di ordine medico

§ 2.11 Petition (lett. Istanza)

§ 2.12 Psychiatric Treatment Board (lett. Consiglio di Trattamento Psichiatrico)

§ 2.13 Respondent (lett. Convenuto)

§ 2.14 Severe psychiatric disorder (lett. Disturbo psichiatrico grave)

§ 2.15 Treating professional (lett . Medico specialista)

§ 2,16 Trial release (lett. Processo di rilascio)

Articolo 3. Voluntary Treatment (lett. **Trattamento volontario)**

§ 3.1 Admission to voluntary treatment (lett. Accesso volontario al trattamento)

§ 3.2 Discharge from voluntary treatment (lett. Esonero dal trattamento volontario)

Articolo 4. Emergency Treatment/Observation-Certification (lett. **Trattamento di Emergenza/Osservazione-Certificazione)**

§ 4.1 Emergency treatment initiated by law enforcement officers (lett. Trattamento di emergenza iniziato da ufficiali giudiziari

§ 4.2 Emergency treatment initiated by others (lett. Trattamento di emergenza iniziato da altri)

§ 4.3 Transportation to emergency facility (lett. Trasferimento in struttura di emergenza)

§ 4.4 Evaluation (lett. Valutazione)

§ 4.5 Immediate release (lett. Rilascio immediato)

§ 4.6 Certification (lett. Certificazione)

§ 4.7 Requirements of Certificate (lett. Requisiti del certificato)

§ 4.8 Criminal penalty (lett. Sanzione penale)

§ 4.9 Initial responsabilities of court after certificate is filed (lett. Prime incombenze del tribunale dopo la rdazione del certificato)

§ 4.10 Notice of hearing on certificate (lett. Notifica dell'udienza per il certificato)

§ 4.11 Duration of emergcy tratment/observation (lett. Durata del trattamento di emergenza/osservazione)

§ 4.12 Treatment during emergecy treatment/observation (lett. Cure durante il trattamento di emergenza/osservazione)

Articolo 5. Petition for Assisted Treatment (lett. **Istanza per Trattamento Assistito)**

§ 5.2 Request for temporary treatment order (lett. Richiesta di ordine di trattamento temporaneo)
§ 5.3 Initial responsabilities of court after petition is filed (lett. Prime responsabilità del tribunale dopo la presentazione dell'istanza
§ 5.4 Designated counsel (lett. Consulente designato)
§ 5.5 Notice of hearing on petition (lett. Notifica di udienza su istanza)
§ 5.6 Criminal penalty for false petition (lett. Sanzione penale per falso in istanza)
§ 5.7 Evaluation (lett. Valutazione)
§ 5.8 Petition filed without evaluation (lett. Istanza compilata senza valutazione)

Articolo 6. Assisted Treatment Hearing Procedures (lett. **Procedure dell'Udienza per Trattamento Assistito)**
§ 6.1 Ten-day treatment option (lett. Opzione per trattamento di dieci giorni)
§ 6.2 Continuance (lett. Proroga)
§ 6.3 Location of assisted treatment hearing (lett. Sede dell'udienza per trattamento assistito)
§ 6.4 Attendance at hearing (lett. Partecipazione all'udienza)
§ 6.5 Expert testimony required at hearing (lett. Deposizione peritale richiesta all'udienza)
§ 6.6 Evidence admissible at hearing (lett. Prove ammesse in udienza)
§ 6.7 Record of the hearing (lett. Registrazione di udienza)
§ 6.8 Rights of family members (Diritti dei famigliari)

Articolo 7. Assisted Treatment Hearing Deposition (lett. **Disposizioni per Udienza per Trattamento Assistito)**
§ 7.1 Procedure after failure to cmply with ordered evaluation (Procedura per mancata osservanza di ordine di valutazione)
§ 7.2 Consent order (lett. Consenso sull'ordine)
§ 7.3 Criteria for assisted treatment order (Criteri per ordine di trattamento assistito)
§ 7.4 Assisted treatment order (Ordine di trattamento assistito)
§ 7.5 Services included in order for assisted outpatient treatment (lett. Servizi inclusi nell'ordine di trattamento assistito per paziente esterno)
§ 7.6 Effect of assisted treatment determination on other rights (lett. Effetto della decisione di trattamento assistito su altri diritti

Articolo 8. Appeals (lett. **Appelli)**
§ 8.1 Appeal of review of assisted treatment decision or status (lett. Appello o revisione di decisione o stato di trattamento asistito)

Articolo 9. Safeguards (lett. **Tutele)**
§ 9.1 Thirty-day review for medication side effects (Esame ogni trenta giorni per effetti collaterali della cura)
§ 9.2 Recommendation for alternative appropriate treatment (lett. Raccomandazione per trattamento alternativo adeguato)
§ 9.3 Grievance procedure (lett. Procedura di lamentela)
§ 9.4 Appeal of grievance o Phychiatric Treatment Board (lett. Apello di lamentela al Consiglio di Trattamento Psichiatrico)

Articolo 10. Assisted Outpatient Treatment (lett. **Trattamento Assistito per Paziente esterno**)

§ 10.2 Transfer to inpatient care (lett. Passaggio a cure in degenza)

Articolo 11. Trial Release (lett. **Processo di Dismissione)**
§ 11.1 Authorization for trial release (Autorizzazione per processo di dismissione)
§ 11.2 Notice of trial release (Notifica di processo di dismissione)
§ 11.3 Revocation of trial release (Revoca del processo di dismissione)

Articolo 12. Review of Status (lett. Revisione di stato)
§ 12.1 Request for review of assisted treatment status (lett. Richiesta di revisione dello stato di trattamento assistito)
§ 12.2 Notice of status review hearing (lett. Notifica di udienza di revisione di stato)

Articolo 13. Renewals (lett. **Rinnovi)**
§ 13.1 Renewal of assisted treatment order (lett. Rinnovo di ordine di trattamento assistito)
§ 13.2 Duration of renewal period (lett. Durata del periodo di rinnovo)

Articolo 14. Procedures for Discharge (lett. **Procedure per esonero)**
§ 14.1 Discharge prior to the expiration of assisted treatment period (lett. Esoneri precedenti il termine del periodo di trattamento assistito)
§ 14.2 Notice of discharge (lett. Notifica di esonero)
§ 14.3 Discharge plan requirement (lett. Richiesta di piano di esonero)
§ 14.4 Early discharge hearing (Udienza per esonero anticipato)

Articolo 15. Accountability (lett. **Responsabilità**
§ 15.1 Treatment provider liability (lett. Obblighi di chi somministra il trattamento)

Articolo 16. Patient Bill of Rights (lett. **Diritti del Paziente)**
§ 16.1 Rights of all individuals in assisted treatment (lett. Diritti di tutti gli individui in trattamento assistito)
§ 16.2 Additional rights of individuals in assisted outpatient treatment (lett. Ulteriori Diritti di individui in trattamento assistito in degenza)