

## DISEGNO DI LEGGE

**d'iniziativa dei senatori MELOTTO, MANCINO, MAZZOLA, ALIVERTI, AZZARETTI, AZZARÀ, BONORA, PINTO, GRASSI BERTAZZI, IANNI, PERINA, COVELLO, CONDORELLI, PATRIARCA, TOTH, ANGELONI, BAUSI, DI LEMBO, CAPPUZZO, BOGGIO, BUSSETI, ZECCHINO, SANTALCO, PULLI, ZANGARA, KESSLER, VETTORI, CUMINETTI, COVIELLO, MORO, BERNARDI, POLI, MURMURA, RUFFINO, DE GIUSEPPE, PARISI, VENTURI, COLOMBO, SARTORI, MEZZAPESA, SALERNO, CAPPELLI e VENTRE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 AGOSTO 1988

Modifica degli articoli 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e provvedimenti per la programmazione, l'attuazione ed il finanziamento dei servizi di salute mentale

ONOREVOLI SENATORI. – A distanza di un decennio dall'entrata in vigore della legge n. 180 del 13 maggio 1978 sull'assistenza psichiatrica, le problematiche relative alla tutela della salute mentale non sono state risolte ed anzi, sotto certi punti di vista, si sono ulteriormente aggravate, nonostante la sempre attuale forza dei principi in essa affermati e nonostante che le previsioni in essa contenute siano state recepite dalla legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978.

L'intervento pubblico in tema di tutela della salute mentale, infatti, in questi anni ha dimostrato significative carenze alle quali è urgente porre rimedio: sono carenze determinate, a parere dei proponenti, soprattutto dalle scarse risorse organizzative che non hanno

consentito di mettere a disposizione del sistema sanitario quel complesso di strutture flessibili ed articolate che consentirebbe di affrontare e risolvere i molteplici e diversi problemi dell'assistenza dell'infermo di mente.

In altri termini, una corretta gestione della sanità in questo campo non può prescindere dall'intervenire su una realtà, che spesso ha assunto aspetti drammatici: infermi o loro familiari in affannosa e quasi sempre inutile ricerca della struttura adatta, interventi saltuari e scoordinati, contrapposizioni di competenze sanitarie e sociali hanno portato alla luce vistose lacune della legislazione attuale.

È necessario quindi porre rimedio a questo stato di cose e il presente disegno di legge intende proporre una normativa in grado di

risolvere le carenze e le contraddizioni sopra- ricordate, attuando la massima semplificazione possibile del sistema organizzativo dell'assistenza sanitaria nel campo della difesa della salute mentale, articolandolo in strutture diversificate in grado di soddisfare, con una gestione unitaria, le molteplici e diverse esigenze del servizio.

Non si vuole perciò innovare il sistema introdotto dalla legge n. 180, ma consentire l'avvio di un servizio organizzativo articolato in modo da attuare soprattutto una efficace semplificazione dell'intera organizzazione nel rispetto, da una parte, della libertà e della personalità del cittadino e, dall'altra, dell'esigenza di dare tranquillità e certezza, a tutti coloro che ricorrono alle strutture pubbliche, di ottenere servizi adeguati alle proprie specifiche esigenze.

In tal senso si è cercato nella presente proposta di perseguire le seguenti finalità:

1) la unitarietà del servizio, affinché, come si è detto, la tutela della salute mentale venga svolta in modo coordinato evitando dispersioni e disarticolazioni;

2) la globalità degli interventi. Il servizio di salute mentale previsto nel presente disegno di legge deve essere inteso come l'unico punto di riferimento organizzativo sul territorio per tutte le attività in favore della salute mentale, siano esse di carattere sanitario, assistenziale e sociale.

Sulla base di questi principi il presente disegno di legge riprende in parte quanto già elaborato nella scorsa legislatura dal comitato ristretto della Camera dei deputati, il quale aveva approfondito l'argomento ed era giunto a conclusioni che confermano le considerazioni sopra svolte.

Il presente disegno di legge tiene anche conto dell'apporto delle proposte di legge di altri Gruppi parlamentari, presentate nella passata e nella presente legislatura sia al Senato che alla Camera.

Si è voluto, peraltro, proporre una ancor maggiore semplificazione delle norme, evitando, ove possibile, complicate procedure di controllo e di verifica, ma garantendo, con la unitarietà e la globalità del servizio, risposte il più possibile puntuali e tempestive alle esigenze del cittadino.

Il disegno di legge si presenta quindi essenziale: esso introduce solo le novità normative ritenute necessarie, sulla base dell'esperienza di questi dieci anni, per ridare efficienza al complesso servizio di tutela della salute mentale, nel rispetto di principi normativi sanciti dalla Costituzione.

Il disegno di legge consiste in sette articoli: essi modificano gli articoli 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e indicano i provvedimenti da adottare per la programmazione, l'attuazione ed il finanziamento dei servizi di salute mentale.

Si è scelta, come si è detto sopra, la formula di procedere con la modifica o la sostituzione degli articoli della legge di riforma sanitaria n. 833 del 1978, invece di proporre un complesso di norme autonome, per evitare che la tutela della salute mentale possa venire estraniata dal complesso delle norme relative alla organizzazione ed alle strutture destinate alla difesa della salute in senso generale.

Ciò anche per ribadire, se ancora ve ne fosse bisogno, che il paziente infermo di mente deve essere trattato, sia per quanto riguarda l'intervento sanitario, sia per quanto riguarda l'intervento sociale, in modo non differente dagli altri infermi che ricorrono ai servizi delle strutture socio-sanitarie pubbliche.

Passando all'esame dei singoli articoli, si rileva che l'articolo 1, sostituendo l'articolo 34 della legge n. 833 del 1978, intende istituire il servizio di salute mentale, che dovrà essere considerato come la struttura unitaria che svolge, nell'ambito territoriale stabilito da apposita legge regionale, in modo coordinato e continuativo tutte le attività riguardanti la prevenzione, la cura e la riabilitazione nonché il reinserimento sociale degli infermi di mente. Tale servizio si articolerà in diverse strutture e cioè:

a) un reparto psichiatrico di diagnosi e cura per il trattamento degli stati di acuzie;

b) un centro diurno di salute mentale con funzioni preventive, terapeutico-riabilitative, occupazionali e di reinserimento sociale;

c) una o più strutture di ricovero per la riabilitazione psichica a carattere socio-sanitario per il reinserimento sociale e familiare;

d) una o più strutture residenziali a carattere assistenziale per lo svolgimento di

funzioni anche sanitarie di lunga assistenza e riabilitazione, indirizzate a soggetti parzialmente autosufficienti o non autosufficienti;

e) una o più residenze a carattere familiare con forme di assistenza protetta differenziata e flessibile in rapporto alle condizioni di salute e di autonomia degli utenti ed ai programmi terapeutico-riabilitativi.

Il servizio di salute mentale, ancorchè articolato nelle strutture sopradette, troverà il suo momento unificante nella direzione, che è affidata ad un solo primario, che assumerà la responsabilità sia dell'attività sanitaria sia dell'attività socio-sanitaria, sia esterna che interna, naturalmente in stretta collaborazione con le *équipes* degli operatori di cui coordinerà l'attività.

Tali operatori, peraltro, data l'unitarietà del servizio e l'articolata globalità delle sue competenze, potranno vicendevolmente integrarsi maturando esperienze e professionalità, che consentiranno quella intercambiabilità di funzioni che sola può garantire la uniformità e la efficacia dell'assistenza.

Nel medesimo articolo viene pure prevista la istituzione del dipartimento di salute mentale, là dove nella medesima USL i servizi di salute mentale siano più di uno. Anche tale disposizione consentirà, nell'ottica della unitarietà dell'assistenza sopra sottolineata, il coordinamento e la reciproca collaborazione fra tutti i servizi della medesima USL, onde garantire non solo uniformità di livello assistenziale, ma anche intercambiabilità e scambio di esperienze.

L'articolo 1 poi, introduce la norma che demanda alla regione l'organizzazione dei servizi di salute mentale e la fissazione dei loro organici, sulla base del piano sanitario e di un progetto-obiettivo permanente.

Ciò consentirà di dotare progressivamente il territorio regionale di un complesso di strutture tali da soddisfare in modo equilibrato le esigenze del territorio stesso, evitando disarmonie o duplicazioni e garantendo uniformità di trattamento a tutti i cittadini.

L'articolo 2, sempre nell'ottica di assestare la legge n. 833 del 1978, istituisce l'articolo 34-bis della legge stessa, per regolamentare in modo più semplice e sostanzialmente più

corretto, nel rispetto della Costituzione, la procedura per gli accertamenti ed i trattamenti sanitari volontari e obbligatori per la malattia mentale.

Tale articolo ripropone quanto già formulato nella scorsa legislatura dal comitato ristretto della Camera dei deputati.

I trattamenti sanitari volontari ed obbligatori vengono con tale norma resi più rispettosi dei diritti dell'ammalato, pur garantendo una procedura flessibile ed adattabile a tutte le esigenze di pubblico interesse che il caso può presentare.

L'articolo 3 propone la sostituzione dell'articolo 35 della legge n. 833 del 1978, rivedendo la parte di tale articolo che riguarda la tutela giurisdizionale nei confronti degli interventi pubblici in materia di tutela della salute mentale ed in riferimento alla necessità della tutela della libertà e della personalità dell'individuo garantita dalla Costituzione.

Anche tale articolo ripropone *in toto* la proposta formulata dal comitato ristretto della Camera dei deputati nella passata legislatura. Essa infatti garantisce in modo più adeguato e più corretto la tempestività della tutela giurisdizionale nei confronti di presunti atti illegittimi contro la libertà dell'individuo.

L'articolo 4 detta norme per la destinazione e l'uso dei beni mobili ed immobili degli ex ospedali psichiatrici, in modo da evitare sia che tali immobili siano destinati a strutture che, mutando solo la denominazione, restino sostanzialmente strutture di ricovero psichiatrico, sia che l'ingente patrimonio costituito appunto dagli ex manicomî vada disperso o resti destinato ad iniziative diverse dalla tutela della salute.

L'articolo 5, riprendendo ancora una volta la proposta del comitato ristretto della Camera dei deputati sopracitata, prende in considerazione il ruolo dell'università nell'assistenza al malato mentale, chiarendone le funzioni e le finalità.

L'articolo 6, proprio al fine di semplificare al massimo e rendere il più possibile efficiente ed efficace l'attività dell'articolato sistema dei servizi di salute mentale, demanda alla legge regionale la disciplina della vigilanza sulla organizzazione, sull'attività e sui risultati di tali servizi, che dovranno essere collegati con il

piano sanitario ed il progetto-obiettivo a carattere permanente.

La regione sarà quindi libera, come del resto sancito dalla Costituzione, di adottare indirizzi e obiettivi per garantire il servizio di tutela della salute mentale secondo le esigenze del proprio territorio. Tuttavia si è ritenuto nell'articolo in esame di prevedere una commissione regionale cui dovranno essere demandate tutte le funzioni sopradette e quelle consultive e di proposta: essa sarà quindi il punto di riferimento tecnico-politico per garantire unitarietà ed uniformità all'attività di tutela della salute mentale nel territorio regionale.

L'ultimo comma dell'articolo in esame prevede, poi, l'obbligatoria convocazione degli assessori regionali da parte del Ministro della sanità, sia per conoscere l'andamento dell'attuazione della legge, sia per consentire al Governo l'esercizio nella materia delle funzioni di indirizzo e coordinamento previste dall'articolo 5 della legge n. 833 del 1978.

In tal modo, sarà possibile avviare e mantenere un dialogo serrato tra regioni e Governo per uniformare nel Paese i livelli dell'assistenza in questo campo, eliminando progressivamente le attuali disarmonie.

L'articolo 7, infine, detta norme per la copertura finanziaria per l'istituzione e la gestione dei servizi di salute mentale.

Viene in tale articolo stabilita la obbligatorietà della destinazione di alcune percentuali

fisse del fondo sanitario nazionale e regionale da attribuire in modo specifico e vincolato all'attività di tutela della salute mentale.

Anche tale norma lascia, tuttavia, ampia libertà e discrezionalità alle regioni e alle unità sanitarie locali sulle modalità di intervento per garantire efficacia ed efficienza al servizio.

L'articolo prevede poi la possibilità di erogazione di sussidi alle famiglie o agli stessi pazienti, nonchè l'eventuale contribuzione che essi dovranno dare alla copertura delle spese per l'assistenza.

\* \* \*

Onorevoli senatori, il presente disegno di legge mira a risolvere tutti i problemi e le esigenze della tutela della salute mentale, come si sono manifestati sino ad oggi.

Esso persegue l'esigenza, ormai ritenuta indifferibile, di semplificare ed unificare il più possibile i servizi, di dare agli stessi capacità autonoma di intervenire con tempestività ed efficienza nella tutela della salute mentale.

Se questo scopo potrà essere raggiunto, si sarà certamente fatto un ulteriore passo avanti nello sviluppo delle nostre istituzioni sanitarie, consentendo loro di dare valide risposte anche ai più emarginati.

I proponenti si augurano, quindi, che il presente disegno di legge trovi sollecita approvazione da parte del Parlamento.

**DISEGNO DI LEGGE**

## Art. 1.

*(Servizi e dipartimento di salute mentale)*

1. L'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 34. - *(Servizi e dipartimento di salute mentale)*. - 1. La legge regionale istituisce presso ciascuna unità sanitaria locale un servizio o più servizi di salute mentale, stabilendone l'ambito territoriale di competenza, che deve comprendere non meno di 50.000 e non più di 80.000 abitanti, entro un anno dall'entrata in vigore della presente legge.

2. I servizi di salute mentale sono strutture unitarie che svolgono, nell'ambito territoriale stabilito dalla legge regionale di cui al comma 1, in modo coordinato e continuativo tutte le attività riguardanti la prevenzione, la cura e la riabilitazione nonchè il reinserimento sociale dei malati mentali. Essi si articolano nelle seguenti strutture:

a) un reparto psichiatrico di diagnosi e cura per il trattamento degli stati di acuzie in regime di ricovero ospedaliero anche obbligatorio, dotato di posti letto in numero fissato dal piano sanitario regionale, non superiore a uno per ogni 8.000 abitanti residenti nel territorio;

b) un centro diurno di salute mentale con funzioni preventive, terapeutico-riabilitative, occupazionali e di reinserimento sociale;

c) strutture di ricovero per la riabilitazione psichica a carattere socio-sanitario per il reinserimento familiare e sociale. Tali strutture sono dotate di posti letto per un massimo di 50 posti letto ciascuna;

d) strutture residenziali a carattere assistenziale per lo svolgimento di funzioni anche sanitarie di lunga assistenza e riabilitazione indirizzate a soggetti parzialmente autosufficienti e non autosufficienti. Tali strutture dovranno essere organizzate in modo da prevedere un massimo di 75 posti letto ciascuna;

e) residenze a carattere familiare con forme di assistenza protetta differenziata e flessibile in rapporto alle condizioni di salute e di autonomia degli utenti e all'andamento dei programmi terapeutico-riabilitativi.

3. Nel rispetto del principio della continuità terapeutica il servizio di salute mentale ha un organico unico ed opera in connessione e continuità di intervento con i servizi socio-sanitari di base e con gli altri servizi sociali degli enti locali. Esso non può comunque svolgere la propria attività al di fuori degli ambiti di competenza relativi alle esigenze del territorio assegnatogli.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano organizzano i servizi di salute mentale mediante la previsione nel piano regionale di un progetto-obiettivo a carattere permanente. Tale progetto-obiettivo dovrà consentire lo svolgimento coordinato del servizio di tutela della salute mentale sul territorio mediante l'articolazione delle strutture di cui al comma 2, che dovranno funzionare secondo regolamenti che ne consentano la flessibilità operativa.

5. L'organico dei servizi di salute mentale è definito con legge regionale, tenuto conto della popolazione assistita, dei posti letto e dei programmi di lavoro. Tale organico comprende le figure professionali indicate con decreto del Ministro della sanità, e in particolare psichiatri, psicologi, infermieri specializzati in assistenza psichiatrica, assistenti sociali, terapisti occupazionali. I profili professionali ed il relativo *curriculum* formativo, ove non siano già previsti da altre norme, sono definiti con decreto del Ministro della sanità.

6. Quando nella medesima unità sanitaria locale vengano istituiti, ai sensi del comma 1, in rapporto alla popolazione residente, più servizi di salute mentale, viene costituito, al fine del necessario coordinamento delle strutture e delle attività connesse, il dipartimento di salute mentale».

2. Il regolamento del dipartimento di salute mentale è stabilito con decreto del Ministro della sanità da emanarsi entro tre mesi dall'entrata in vigore della presente legge.

## Art. 2.

*(Accertamenti e trattamenti sanitari  
per malattia mentale)*

1. Dopo l'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è inserito il seguente:

«Art. 34-bis. - *(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale)*. - 1. In presenza di alterazioni psichiche che richiedano urgenti interventi terapeutici, il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale viene prestato nei servizi di cui alla lettera a) del comma 2 dell'articolo 34, solo dopo aver espletato ogni valido tentativo volto ad ottenere il consenso del paziente o, se minore di anni quattordici, di chi esercita la patria potestà.

2. Il trattamento sanitario obbligatorio è ordinato dal sindaco con provvedimento corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33 e della sua convalida da parte di un medico psichiatra del servizio di salute mentale.

3. Il provvedimento è emanato entro quarantotto ore dalla convalida e notificato, entro quarantotto ore dal ricovero, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

4. I sanitari del servizio ove si attua il trattamento adottano, in attesa del provvedimento del sindaco, gli interventi di urgenza strettamente necessari, nell'interesse dell'infermo.

5. Nei casi di assoluta necessità il medico psichiatra del servizio competente chiede l'intervento dell'autorità locale di pubblica sicurezza, che adotta i provvedimenti urgenti di sua competenza.

6. Il giudice tutelare, assunte entro quarantotto ore dalla notifica le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti anche a carattere peritale, può emettere decreto motivato di non convalida del provvedimento. In caso di mancata convalida il sindaco dispone immediatamente la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio.

7. Il responsabile del servizio ove viene effettuato il trattamento sanitario obbligatorio dispone, anche con protocolli di carattere generale, sulla durata del trattamento. Nei casi in cui sia necessario prolungare il trattamento

oltre il termine fissato e comunque per i trattamenti di durata superiore a venti giorni, come pure per ogni ulteriore prolungamento, il responsabile del servizio, ove non sia possibile il ricovero presso le strutture di cui alle lettere *b*) e *c*) del comma 2 dell'articolo 34, formula proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, indicando la durata presumibile del trattamento. Si applicano le disposizioni di cui ai commi 3 e 6.

8. Se il provvedimento di cui al comma 2 è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di quest'ultimo comune, e da questi al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento è adottato nei confronti di cittadini stranieri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno e al consolato competente, tramite il prefetto».

### Art. 3.

#### *(Tutela giurisdizionale)*

1. L'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

«Art. 35. - *(Tutela giurisdizionale)*. - 1. Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio e chiunque vi abbia interesse può proporre ricorso contro il provvedimento di cui all'articolo 34-bis, ancorché convalidato dal giudice tutelare.

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

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

4. Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento me-

desimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

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

6. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero e sentito il ricorrente e in ogni caso il malato, dopo aver assunto le informazioni e raccolto le prove disposte dall'ufficio o richieste dalle parti.

7. Entro il termine di trenta giorni decorrenti dalla emanazione del decreto di cui al comma 6 dell'articolo 34-*bis*, il sindaco può proporre ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

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

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

10. Nel caso di nomina di un tutore, questi adempie all'ufficio secondo le disposizioni del codice civile sulla tutela dei minori».

#### Art. 4.

##### *(Ex ospedali psichiatrici)*

1. I beni mobili ed immobili degli ex ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici di cui all'articolo 66, primo comma, lettera *b*), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, possono essere utilizzati per le attività dei servizi di salute mentale previsti dalla presente legge, eccetto le attività che si svolgono nelle strutture di cui alla lettera *a*) del comma 2 dell'articolo 34 della predetta legge n. 833 del 1978, come modificato dall'articolo 1, purché il loro uso risulti compatibile con le finalità della presente legge.

2. Nel caso in cui l'utilizzo di cui al comma 1 si rendesse impossibile per ragioni tecniche od economiche, i beni stessi potranno essere alienati con provvedimento della giunta regionale adottato su conforme proposta della unità sanitaria locale sul cui territorio si trovano. Il ricavato dell'alienazione deve essere impiegato per l'allestimento delle strutture previste

alle lettere *b)* e *c)* del comma 2 dell'articolo 34 della citata legge n. 833 del 1978, come modificato dall'articolo 1.

3. Qualora sia l'uso previsto al comma 1, sia l'alienazione prevista al comma 2 risultino impossibili o particolarmente onerosi, i beni di cui al presente articolo possono essere utilizzati per le altre attività delle unità sanitarie locali.

#### Art. 5.

##### *(Rapporti con l'università)*

1. Nei territori regionali in cui hanno sede attività cliniche universitarie, le regioni, con le convenzioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, possono affidare alle singole cliniche la gestione di uno o più servizi di salute mentale.

2. Le predette convenzioni debbono prevedere che la gestione di cui al comma 1 avvenga nel rispetto delle norme della presente legge e dei criteri organizzativi e gestionali stabiliti dalla regione nel piano e nel progetto-obiettivo per la tutela della salute mentale.

3. Sono fatte salve le esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

#### Art. 6.

##### *(Commissione regionale)*

1. La legge regionale disciplina la vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei servizi di tutela della salute mentale, secondo le indicazioni contenute nel piano sanitario e nel progetto-obiettivo permanente.

2. A tali fini la stessa legge regionale prevede la costituzione di una commissione regionale con funzioni consultive di proposta e vigilanza composta dall'assessore regionale alla sanità o suo delegato, che la presiede, dall'assessore regionale ai servizi sociali o suo delegato, da un docente universitario di psichiatria o materia affine, da un medico responsabile di servizi di salute mentale e da un coordinatore di dipartimento, da almeno un rappresentante delle unità sanitarie locali

della regione indicato dall'Associazione nazionale comuni italiani (ANCI), da almeno due rappresentanti dei familiari, indicati dalle associazioni riconosciute e maggiormente rappresentative.

3. La commissione dura in carica tre anni ed i suoi membri possono essere riconfermati.

4. La commissione entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno riferisce alla giunta regionale sulla attività svolta.

5. La mancata trasmissione della relazione comporta la diffida da parte della regione e, in caso di inadempimento per due volte consecutive, lo scioglimento della commissione e la sua ricostituzione entro sessanta giorni.

6. Il Ministro della sanità convoca annualmente, e per i primi tre anni ogni sei mesi, gli assessori regionali alla sanità per conoscere lo stato di attuazione della presente legge, anche al fine dell'esercizio delle funzioni di indirizzo e coordinamento previste dall'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

#### Art. 7.

##### *(Copertura finanziaria)*

1. Al finanziamento della gestione dei servizi di salute mentale di cui all'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1 della presente legge, e delle strutture nelle quali essi si articolano, si provvede mediante l'assegnazione di una somma pari al 6 per cento complessivo degli stanziamenti a destinazione indistinta del fondo sanitario nazionale.

2. Il riparto alle singole regioni della quota di cui al comma 1 viene effettuato con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

3. Le regioni assegnano alle singole strutture le quote spettanti in base al piano sanitario regionale ed al progetto-obiettivo permanente di cui al comma 4 dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, così come modificato dall'articolo 1 della presente legge.

4. Alla copertura delle spese di investimento e di avvio dei servizi di salute mentale, di cui all'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 1 della presente legge, e delle strutture nelle quali essi

si articolano, si provvede, per il primo triennio di applicazione della presente legge, mediante l'assegnazione di una quota non inferiore al 10 per cento degli stanziamenti in conto capitale del fondo sanitario nazionale.

5. La ripartizione alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano viene effettuata con decreto del Ministro della sanità, sentito il Consiglio sanitario nazionale.

6. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono al finanziamento delle singole strutture sulla base del piano sanitario regionale e del progetto-obiettivo permanente, su proposta delle singole unità sanitarie locali competenti.

7. Qualora sussistano le condizioni, in presenza di espressione di volontà della famiglia e di richiesta dell'interessato, l'unità sanitaria locale competente può, su proposta del responsabile del servizio, disporre l'erogazione di sussidi in denaro, alternativi al ricovero nelle strutture di cui alle lettere *c)* e *d)* del comma 2 dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, così come modificato dall'articolo 1 della presente legge, nell'ambito dei finanziamenti di cui al comma 1 del presente articolo.

8. I sussidi, da erogarsi in caso di accertata maggiore utilità terapeutica per il paziente, sono determinati secondo parametri fissati annualmente con decreto del Ministro della sanità e non devono comportare ulteriori oneri aggiuntivi a carico del fondo sanitario nazionale.

9. Qualora i pazienti ricoverati nelle strutture di cui alle lettere *c)*, *d)* ed *e)* del comma 2 dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, così come modificato dall'articolo 1 della presente legge, godano di trattamento pensionistico a carico dello Stato o di altro ente pubblico, l'unità sanitaria locale, sentito il responsabile del servizio di salute mentale, può richiedere un contributo alle spese di mantenimento da parte dell'interessato non superiore complessivamente al 60 per cento della somma riscossa a titolo di pensione.