

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2732

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

CURCI, SARETTA, FACCHIANO, de LORENZO, BRUNI GIOVANNI, ALBERINI, AMODEO, ANSELMI, ARMELLIN, ARTIOLI, AUGELLO, AZZOLINI, BARBALACE, BATTISTUZZI, BIONDI, BOGI, BONFERRONI, BORRA, BREDA, BRUNETTO, BRUNI FRANCESCO, BRUNO ANTONIO, BRUNO PAOLO, BUFFONI, BUONOCORE, CAFARELLI, CAPACCI, CARDETTI, CARELLI, CASINI CARLO, CASTAGNETTI GUGLIELMO, CASTAGNETTI PIERLUIGI, CAVIGLIASSO, CELLINI, CERUTTI, CILIBERTI, CIOCCI CARLO ALBERTO, COBELLIS, COSTA SILVIA, CRISTONI, D'ADDARIO, D'AMATO CARLO, DAL CASTELLO, DE CARLI, DEL MESE, DE ROSE, DI DONATO, FINCATO, FRASSON, FRONZA CREPAZ, FUMAGALLI CARULLI, GEI, IOSSA, LAMORTE, LATTERI, LUSETTI, MACCHERONI, MARTINI, MARTUSCELLI, MASSARI, MASTRANTUONO, MELELEO, MENSORIO, MONGIELLO, MONTALI, MORONI, MUNDO, NENNA D'ANTONIO, NONNE, NUCARA, ORCIARI, PERANI, PIRO, PISICCHIO, RAIS, RICCI, RINALDI, RIVERA, ROTIROTI, SANGUINETI, SAVINO, SERRENTINO, STERPA, TEALDI, TIRABOSCHI, TORCHIO, VAIRO, VITI, VITO, VOLPONI, ZAMBON, ZAMPIERI, ZAVETTIERI

Presentata il 19 maggio 1988

Modifiche ed integrazioni alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, per l'attuazione degli interventi per la tutela della salute mentale

ONOREVOLI COLLEGHI! — Il significato ed i contenuti innovativi della legge 13 maggio 1978, n. 180, successivamente integrati come articoli 33, 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 istitutiva del servizio sanitario nazionale, rappresentò il risultato di un fecondo processo di crescita sociale tesa ad effettuare ed a sostenere in concreto la lotta contro la

emarginazione sociale collegata ai disturbi mentali. Tale normativa venne approvata dal Parlamento con ampi suffragi di tutte le forze politiche più coraggiosamente impegnate sui temi della giustizia sociale, seppure nei tempi ristretti imposti dall'incombenza di un referendum sull'abolizione della passata legge psichiatrica, promosso dal partito radicale.

È tuttavia incontestabile la vastissima partecipazione che il dibattito sulle cause e le forme dell'emarginazione sociale, come pure delle misure per prevenirla e per superarla aveva avviato nella collettività nazionale da oltre un decennio, e ben al di fuori di ambiti scientifici specializzati, anche a differenza di quanto verificatosi in altri paesi, dove pure i grandi temi della sofferenza e del disadattamento sociale collegati in particolare alle condizioni di vita nelle società socioeconomicamente più sviluppate, erano stati affrontati.

È quindi lecito affermare che la riforma dell'assistenza psichiatrica non possa intendersi, come ingiustamente alcuni nostalgici della passata concezione custodialistico-repressiva e scientifico-aristocratica sostennero, un *golpe* legislativo operato da una esigua minoranza di idealisti, cui una classe politica sprovveduta e timorosa di apparire retrograda non ebbe la forza di controbattere le ragioni di un più cauto realismo.

A 10 anni dall'entrata in vigore della legge si registra un moltiplicarsi di iniziative critiche, sotto forma di movimenti di opinione, associazioni di familiari di sofferenti psichici, segnali di scontento raccolti e talvolta amplificati da una informazione giornalistica spesso più attenta alla denuncia ed allo sporadico dato eclatante che a valutazioni di carattere più complessivo e che in alcuni casi si sono espresse in proposte di legge che rappresentano talvolta un dichiarato ed esplicito tentativo di ritornare nei fatti ad impostazioni politico-assistenziali preriformistiche in tema di salute mentale.

Di fronte alla pressione di dette istanze restaurative di un passato regime custodialistico, incoraggiata invero da un più generale indebolimento delle spinte ideali di cambiamento sociale, ma soprattutto giustificata da non pochi e talvolta assai gravi aspetti carenti dell'attuale sistema assistenziale in materia psichiatrica nel paese, è apparso doveroso sottoporre ad un rigoroso esame critico la presente legislazione con il preciso intento di

identificare quali degli aspetti lacunosi attualmente riscontrabili nell'assetto complessivo dei servizi psichiatrici fossero imputabili a carenze legislative, onde porvi sollecito ed efficace rimedio.

Il criterio di trarre dall'analisi delle situazioni concrete l'indicazione per un adeguamento legislativo si presenta in questa occasione assai controverso dal momento che, allo stato attuale, è dato constatare l'avvenuta attivazione dei servizi quanti-qualitativamente adeguati a dare soddisfacente risposta alla multiforme espressione della sofferenza psico-adattiva e conseguente richiesta di assistenza in alcuni contesti, a differenza di altri dove la pretesa di una riforma non avvenuta nei fatti ha reso forse ancora più stridente ed inaccettabile la già drammatica situazione assistenziale di partenza.

Le diverse realtà attuali rappresentano quindi un *test* valutativo non già della legge nei suoi generali principi ispiratori quanto degli strumenti tecnici dalla stessa indicati e che, alla verifica dei fatti, si sono per certi aspetti dimostrati insufficienti laddove insufficiente è risultato lo sforzo congiunto delle competenze tecniche e politico-amministrative a riempire di contenuti realizzativi le indicazioni senza dubbio sommarie di una legge-quadro.

La validità riconosciuta alla legge nei suoi fondamenti non ci autorizza tuttavia a sottacere le già menzionate aree lacunose che, appunto perché perduranti al di là dei limiti fisiologici di un processo di ristrutturazione così radicale e complesso, rimandano all'adozione di interventi correttivi, che tuttavia in alcun modo debbono rappresentare occasioni regressive rispetto agli obiettivi teorico-applicativi previsti dalla legge attuale, ma esserne semmai strumenti di un più sollecito e rispondente perseguimento.

In questa direzione si mossero numerose proposte di legge formulate da vari gruppi politici nella nona legislatura con l'obiettivo di rispondere in maniera più puntuale ed efficiente alla domanda del-

l'utenza psichiatrica essenzialmente in due direzioni:

realizzare in concreto sul territorio un sistema organico di tutela della salute mentale, coordinato con le altre strutture sanitarie delle unità sanitarie locali e basata su una rete di presidi dipartimentali per la prevenzione e la cura della malattia psichica, per la riabilitazione del dimesso dai luoghi di cura e per il suo reintegro nella vita sociale e nell'attività produttiva;

garantire comunque, in questo contesto organizzativo e nella odierna concezione dinamica, curativa e riabilitativa, della malattia mentale, forme appropriate di assistenza ai malati acuti e cronici abbisognevole di trattamenti terapeutici prolungati anche in condizioni di degenza residenziale protratta.

Gli stessi contenuti ulteriormente elaborati e resi più rispondenti alla realtà attuale vengono ora esplicitati con la presente proposta di legge.

L'articolo 1 detta nuove norme sul dipartimento di salute mentale, da istituirsi con legge regionale con il compito di promuovere la salute mentale dei residenti attraverso attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

L'articolo 2 disciplina gli accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori per malattia mentale. Nello spirito del rispetto della persona umana, il trattamento obbligatorio viene circondato da una serie di garanzie e tutele (tentativo di ottenere il consenso, controlli medici incrociati, notifica al giudice tutelare che deve convalidare il provvedimento, proposta motivata al sindaco in caso di necessità di prolungamento delle cure).

L'articolo 3 si occupa della tutela giurisdizionale del malato, disciplinando l'eventuale ricorso contro il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio, anche se convalidato dal giudice tutelare.

L'articolo 4 definisce le funzioni dei servizi residenziali di assistenza socio-sanitaria per soggetti non autosufficienti.

L'articolo 5 determina l'utilizzazione dei beni mobili e immobili degli ex ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e delle relative attrezzature.

L'articolo 6 stabilisce che la regione, con propria legge, definisce l'organico del dipartimento di salute mentale, in cui sono incluse le figure professionali indicate con decreto del Ministro della sanità.

L'articolo 7 autorizza le regioni in cui hanno sede cliniche universitarie ad affidare la gestione di uno o più dipartimenti di salute mentale alle singole università, che godranno in ogni caso di autonomia direzionale, con la possibilità di utilizzare i servizi anche per attività didattica.

L'articolo 8 prevede la costituzione di una Commissione regionale con funzioni consultive, di proposta e di vigilanza, con durata triennale, che semestralmente riferisce all'assessore regionale alla sanità sull'attività svolta.

L'articolo 9, infine, indica analiticamente le fonti di copertura finanziaria per la normale attività dei servizi o centri territoriali di salute mentale, per l'istituzione di nuovi servizi o il potenziamento di quelli già esistenti.

L'articolo autorizza inoltre, a determinate condizioni, l'erogazione di sussidi di denaro, alternativi al ricovero.

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

ART. 1.

(Dipartimento di salute mentale).

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

« ART. 34. — (Dipartimento di salute mentale). — 1. La legge regionale organizza i servizi di salute mentale su base dipartimentale.

2. Il dipartimento di salute mentale ha il compito di promuovere la salute mentale dei cittadini residenti nel territorio attraverso attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

3. Il dipartimento di salute mentale si articola:

a) in un servizio o centro territoriale di salute mentale con compiti di diagnosi e trattamento precoce, di reinserimento di soggetti già ospedalizzati e di prevenzione ed educazione sanitaria;

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

c) in servizi residenziali distinti tra quelli a carattere sanitario e quelli di assistenza socio-sanitaria. Gli ospedali psichiatrici pubblici o privati ad esaurimento ancora presenti nel territorio, fanno parte del dipartimento di salute mentale.

4. Nel rispetto del principio della continuità terapeutica, il dipartimento 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 assicura l'emergenza psi-

chiatrica ventiquattro ore su ventiquattro, anche nei giorni festivi, con orari integrati dalla reperibilità.

5. Su proposta del personale che riveste una posizione funzionale apicale nei servizi di cui al comma 4, il comitato di gestione dell'unità sanitaria locale nomina coordinatore del dipartimento di salute mentale un medico psichiatra scelto fra lo stesso personale ».

2. Entro un anno dalla data di entrata in vigore della presente legge, la regione organizza i servizi di salute mentale di cui al comma 1 dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dal presente articolo.

ART. 2.

(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori 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 richiedono urgenti interventi terapeutici, il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale viene prestato nei servizi di cui alle lettere *a)*, *b)* e *c)* del comma 3 dell'articolo 34, solo dopo aver espletato ogni valido tentativo volto ad ottenere il consenso del paziente o, se minore di anni 14, di chi esercita la patria potestà.

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

vedimento 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 20 giorni, come pure per ogni ulteriore prolungamento, il responsabile del servizio 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 sanita-

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

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 medesimo 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 procedimenti sono esenti da imposte 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.

(Servizio a carattere prevalentemente sociale).

1. I servizi residenziali di assistenza socio-sanitaria svolgono funzioni di lunga assistenza o di riabilitazione indirizzate a soggetti parzialmente autosufficienti o non autosufficienti. Essi, integrandosi funzionalmente all'interno del dipartimento di salute mentale, partecipano alla costituzione di una rete di presidi differenziati le cui tipologie, numero e qualità, vengono definite dalle norme attuative del Piano sanitario nazionale.

ART. 5.

(Ex ospedali psichiatrici).

1. I beni mobili e immobili degli ex ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici di cui alla lettera *b*) del comma 1 dell'articolo 66 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e le relative attrezzature sono utilizzati:

a) in via prioritaria, opportunamente riconvertiti secondo criteri definiti con decreto del Ministero della sanità, sentite le Commissioni parlamentari competenti, per attività dei dipartimenti di salute mentale, eccetto le attività di cura;

b) secondariamente, per essere alienati o trasformati con legge regionale ai sensi del citato articolo 66, settimo comma, vincolando il reimpiego ed il reinvestimento dei capitali ricavati all'allestimento di strutture alternative dei dipartimenti di salute mentale;

c) infine per altre attività delle unità sanitarie locali.

ART. 6.

(Personale).

1. L'organico del dipartimento di salute mentale è definito con legge regionale, tenuto conto della popolazione assi-

stata, dei posti letto e dei programmi di lavoro.

2. 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.

3. I profili professionali e il relativo *curriculum* formativo, ove non siano previsti da altre norme, sono definiti con decreto del Ministro della sanità.

ART. 7.

(Rapporti con l'università).

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

2. Le convenzioni di cui al comma 1 prevedono anche che le università, nello svolgimento di tali attività, si attengano agli stessi profili organizzativi e funzionali stabiliti per i dipartimenti di salute mentale.

3. È assicurata in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi e la possibilità di organizzare gli stessi in modo confacente alla prestazione di assistenza psichiatrica a favore di bacini di utenza multizonale e, ove ricorra il caso, interregionale, nonché alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

ART. 8.

(Commissione regionale).

1. Con legge regionale è disciplinata la vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risultati dei servizi di tutela della salute mentale, secondo le indicazioni contenute in apposito atto di indirizzo e coordinamento da emanarsi ai sensi del-

l'articolo 5 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

2. A tali fini è costituita una commissione regionale con funzioni consultive di proposta e vigilanza composta da: un funzionario del Ministero della sanità, un funzionario della regione, un funzionario del comune capoluogo della regione, un docente universitario, un coordinatore per ogni dieci dipartimenti di salute mentale, due rappresentanti dei familiari, indicati dalle associazioni maggiormente rappresentate. La commissione nomina al suo interno un presidente. Essa è rinnovata ogni tre anni.

3. La commissione entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno riferisce all'assessore regionale alla sanità sulla attività svolta.

4. 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.

5. 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.

ART. 9.

(Copertura finanziaria).

1. Al finanziamento dei servizi o centri territoriali di salute mentale di cui all'articolo 34, comma 3, lettera a), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come sostituito, dall'articolo 1 della presente legge, si provvede con i normali stanziamenti a destinazione indistinta del Fondo sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera.

2. All'istituzione di nuovi servizi o centri territoriali di salute mentale, o al potenziamento di quelli esistenti, si provvede, in ragione del fabbisogno accertato:

a) con i finanziamenti a destinazione vincolata per l'assistenza psichiatrica, sia di parte corrente che in conto capitale,

espressamente enucleati all'interno del Fondo sanitario nazionale;

b) con l'impiego prioritario dei fondi a destinazione finalizzata in conto capitale per le innovazioni e le trasformazioni;

c) con alienazioni, trasformazioni o permuta dei beni immobili degli ex ospedali psichiatrici, ai sensi della lettera b) del comma 1 dell'articolo 5.

3. Al finanziamento dei servizi psichiatrici di diagnosi e cura per il trattamento degli stati di acuzie in regime di ricovero ospedaliero di cui all'articolo 34, comma 3, lettera b) della citata legge n. 833 del 1978, come sostituito dall'articolo 1 della presente legge, si fa fronte con i normali stanziamenti a destinazione indistinta del Fondo sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria ospedaliera, nel rispetto dello *standard* posti letto/abitanti indicato nell'articolo 34, comma 3, lettera b), della legge n. 833 del 1978 come sostituito, dall'articolo 1 della presente legge.

4. Al finanziamento dei servizi psichiatrici residenziali a carattere sanitario, di cui all'articolo 34, comma 3, lettera c), della legge n. 833 del 1978, come sostituito dall'articolo 1 della presente legge, si fa fronte con i fondi a destinazione indistinta del Fondo sanitario nazionale.

5. Alla istituzione o al potenziamento dei servizi di cui al comma 4 si provvede in ragione del fabbisogno accertato, secondo le indicazioni di cui al comma 2, lettere a), b) e c).

6. Al finanziamento delle residenze di assistenza socio-sanitaria di cui all'articolo 34, comma 3, lettera c), della legge n. 833 del 1978, come sostituito dall'articolo 1 della presente legge, si provvede, ad iniziativa delle unità sanitarie locali, per delega degli enti locali, con contabilità separata ai sensi dell'articolo 30 della legge 27 dicembre 1983, n. 730:

a) relativamente agli oneri per la gestione dei servizi e l'erogazione delle prestazioni di assistenza sanitaria, con i fondi a destinazione indistinta del fondo sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria extra-ospedaliera;

b) per le spese in strutture residenziali a carattere prevalentemente sociale, si provvede con imputazione dei relativi oneri a carico del fondo di assistenza del Ministero dell'interno, opportunamente fissato nella legge finanziaria ed utilizzato dai comuni.

7. Ove le prestazioni sanitarie di cui al comma 6, lettera a) siano erogate presso istituzioni sociali pubbliche direttamente gestite dagli enti locali, o presso istituzioni private con *standard* adeguati, i relativi oneri gravano sui fondi a destinazione indistinta del Fondo sanitario nazionale per l'assistenza sanitaria extra ospedaliera, con le modalità di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri dell'8 agosto 1985, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 14 agosto 1985, n. 191.

8. Alla istituzione o al potenziamento delle residenze di assistenza socio-sanitaria di cui al comma 6 il servizio sanitario nazionale può contribuire:

a) assumendo l'iniziativa di destinare strutture disattivate nell'ambito della riorganizzazione ospedaliera dopo aver soddisfatto le prioritarie esigenze sanitarie di cui ai commi 2 e 5 del presente articolo, oppure nel quadro delle iniziative di cui all'articolo 5, comma 1, lettera b), della presente legge;

b) assumendo il compito di organizzare le residenze su delega degli enti locali e con separata contabilità, in caso di inesistenza di altre iniziative ed in presenza di un effettivo bisogno da soddisfare;

c) utilizzando, ove esistano disponibilità residue, i fondi a destinazione vincolata in conto capitale, previa enucleazione dal Fondo sanitario nazionale.

9. Qualora sussistano le condizioni, in presenza di espressione di volontà della famiglia e di richiesta dell'interessato, il dipartimento di salute mentale, su relazione motivata dei responsabili del servizio, firmata dal coordinatore, può disporre l'erogazione di sussidi in denaro, alternativi al ricovero nelle strutture di

cui al punto c), comma 3. articolo 34, della legge n. 833 del 1978, come sostituito dall'articolo 1 della presente legge, nell'ambito dei finanziamenti di cui ai commi precedenti. I sussidi, da erogarsi in caso di 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.

10. Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità provvede con proprio decreto a disciplinare l'attivazione di flussi informativi di rilevazione qualitativa e quantitativa dei sussidi erogati, e della loro incidenza nel contenimento dei ricoveri, ai fini dell'accertamento del fabbisogno di cui al comma 5, e promuove il sistema di monitoraggio della spesa ai fini della sua programmazione.