

SENATO DELLA REPUBBLICA

————— XIII LEGISLATURA —————

N. 1390

DISEGNO DI LEGGE

**d'iniziativa dei senatori NAPOLI Roberto, NAPOLI Bruno,
MINARDO e TOMASSINI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 1° OTTOBRE 1996

Tutela della salute mentale e assistenza psichiatrica

ONOREVOLI SENATORI. - La presente iniziativa legislativa mira a colmare alcune lacune e permette di applicare in maniera più concreta le linee di principio introdotte dalla legge 13 maggio 1978, n. 180, sulla salute mentale. Le proposte riportate sono state elaborate da chi, con decennali esperienze, ha direttamente vissuto con malati mentali.

L'esperienza di chi ha pagato in prima persona, deve essere ascoltata e valutata con estrema attenzione. Gravi fatti e numerose situazioni ingestibili hanno evidenziato ormai da anni la necessità di promulgare una legge che corregga la legge n. 180 del 1978, senza travisarla e che sia in grado di fornire risposte concrete a chi ne ha bisogno. Sono già passati 18 anni dalla riforma: chi pensa che bastino le buone intenzioni per risolvere tanti e gravosi problemi si sbaglia; non si possono lasciar passare altri 18 anni con l'emanazione di altri piani socio-sanitari regionali e nazionali senza affrontare i punti fondamentali che a nostro avviso vanno rivisti.

Modifica del trattamento sanitario obbligatorio (TSO)

La prassi attuale che favorisce la dismissione di responsabilità è farraginosa, complessa e costituisce un calvario per la famiglia e un trauma per l'ammalato; troppo spesso ritardi nella esecuzione di questo tipo di ricovero hanno provocato ulteriori casi e tragedie che potevano essere evitate. Nella attuale legislazione il sindaco, ammesso che si riesca a rintracciarlo, si limita a firmare in fretta il provvedimento che dispone gli accertamenti e i trattamenti sanitari obbligatori non conoscendo la situazione e, quindi, non rappresenta una tutela

preventiva ma soltanto un inutile appesantimento burocratico che non tutela affatto l'ammalato. Nella nostra proposta, il sindaco, tramite i suoi uffici, deve controllare a posteriori l'esecuzione e la legittimità del trattamento sanitario obbligatorio.

La decisione di applicare o meno il trattamento sanitario obbligatorio deve essere affidata al medico con accertamenti di persona e con controllo a posteriori del giudice e del sindaco. In definitiva, con la nostra proposta, vogliamo responsabilizzare in modo preciso e ben definito gli operatori del settore, precisando e chiarendo l'attuale sistema basato su norme vaghe, imprecise ed eccessivamente deresponsabilizzanti. Viene, comunque, mantenuta la possibilità di far ricorso contro il trattamento sanitario obbligatorio.

Obbligatorietà delle visite domiciliari

Poichè il malato mentale psicotico non ammette la sua malattia, rifiuta ed interrompe le cure con facilità, è assolutamente indispensabile che gli operatori del centro di salute mentale siano obbligati ad effettuare visite domiciliari.

Emergenza psichiatrica

È assolutamente indispensabile tutelare sia il malato che la famiglia con l'introduzione di un vero «pronto soccorso psichiatrico» nei casi di crisi acuta ed improvvisa.

Differenziazione delle comunità residenziali

Poichè la malattia mentale può essere suddivisa in molteplici patologie, fortemente diverse tra loro per gravità e manife-

stazioni, è assolutamente necessario istituire delle strutture differenziate.

Tutela dell'ammalato grave e cronico

Diversi motivi, anche ideologici, politici e funzionali hanno portato negli anni '70 e '80 alla negazione della malattia mentale, vista come un disagio sociale frutto del sistema. La conseguenza è stata che gli ammalati gravi e le loro famiglie sono stati e sono tuttora abbandonati e sprovvisti di strutture adeguate cui far riferimento (comunità residenziali terapeutiche e protette).

Il delicato problema del malato psicotico, che non sa di essere ammalato e non vuole curarsi, è ancora da risolvere ed è un problema umano, tecnico, giuridico che andrebbe affrontato con realismo senza la demagogia e il garantismo in nome dei quali i malati sono stati abbandonati, sino ad ora, al proprio destino.

È necessario eliminare interessi che ruotano intorno alle cliniche e alle strutture private, togliere loro i finanziamenti pubblici se non garantiscono l'accesso a tutti i malati inviati dal dipartimento di salute mentale, eliminare la cappa asfissiante delle corporazioni siano esse formate da multinazionali, da movimenti politici-ideologici che hanno «occupato» il settore o da alcuni operatori, i quali sotto le mentite spoglie della difesa del malato in realtà difendono i propri interessi.

È, inoltre, opportuna la trasformazione dell'ospedale psichiatrico giudiziario da stabilimento detentivo e punitivo a luogo di cura e di recupero sociale del malato.

È necessario definire le responsabilità degli operatori psichiatrici, operare un rigido controllo sulle strutture pubbliche e private e un'appesantimento delle sanzioni penali, nonchè precisare i finanziamenti da erogare.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Principi generali)

1. La presente legge detta principi in materia di assistenza psichiatrica e di tutela dei malati di mente di età superiore ai quattordici anni, nel rispetto dei diritti dei cittadini siano essi malati o familiari.

2. Le regioni e le province autonome adeguano la propria legislazione ai principi stabiliti dalla presente legge entro sei mesi dalla data della sua entrata in vigore.

3. Le disposizioni della presente legge si applicano alle regioni a statuto speciale e alle province autonome di Trento e di Bolzano, compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

4. Ogni cittadino ha diritto alla tutela della salute e alla cura anche se non è temporaneamente cosciente del suo stato di malattia.

5. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati dai presidi e servizi psichiatrici territoriali e ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, ivi comprese le strutture private autorizzate e controllate secondo parametri da definire.

Art. 2.

(Dipartimento di psichiatria e servizi per la salute mentale)

1. In ogni area con una popolazione compresa fra i centocinquantamila e i trecentomila abitanti è istituito un dipartimento di psichiatria con il compito di garantire servizi e strutture per le attività di prevenzione, cura e riabilitazione relative alla salute mentale.

2. Il dipartimento di psichiatria:

a) esprime valutazioni e pareri al direttore generale e ai dirigenti delle unità sanitarie locali (USL) sul funzionamento delle strutture private relativamente al servizio psichiatrico, collabora con le associazioni dei familiari e cura i rapporti con i privati cittadini, verifica la corretta esecuzione degli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori;

b) assicura ed organizza, in collaborazione con il più vicino pronto soccorso pubblico, il pronto intervento psichiatrico continuativo 24 ore su 24, dotato di guardia medica psichiatrica e di personale infermieristico tenuti ad intervenire, su chiamata, nei servizi e nelle divisioni dell'ospedale generale, nonché sul territorio e al domicilio del paziente. Nei grandi agglomerati i dipartimenti di più USL possono accordarsi per realizzare un unico pronto intervento psichiatrico ogni 500 mila abitanti;

c) organizza al suo interno attività di ricerca statistica ed epidemiologica, clinica ed organizzativa con informazioni, suggerimenti e statistiche da inviare ai competenti organi locali, regionali e nazionali; organizza corsi specifici per gli operatori, che sono tenuti a partecipare all'aggiornamento, anche didattico-sperimentale, nel campo della salute mentale; cura la promozione dell'educazione sanitaria e sociale sui temi di pertinenza psichiatrica;

d) garantisce la consulenza sulle malattie psicosomatiche e sui problemi inerenti al disagio ed alla sofferenza psichica di pazienti affetti da patologie non psichiatriche, nonché la collaborazione con i servizi adetti alla prevenzione, diagnosi, terapia e riabilitazione dei disturbi psichiatrici della infanzia e della adolescenza, delle patologie involutive cerebrali psicogeriatriche, delle sindromi da alcool, farmaci e tossicodipendenza;

e) assicura i necessari controlli generali sullo stato di salute dei pazienti e si attiva per la ricerca di un impiego compatibile con lo stato del paziente.

3. Il dipartimento di psichiatria, per rispondere con interventi efficaci ai molteppli-

ci problemi posti dalle diverse patologie mentali nei vari stadi della loro evoluzione, si articola nella seguente rete di strutture e servizi per la salute mentale:

a) centro di salute mentale, che collabora con i medici di medicina generale, con i medici di base e con gli specialisti di altre discipline. Gli operatori del centro svolgono attività psichiatrica ambulatoriale e domiciliare, visite specialistiche, attività di consulenza sull'opportunità dei ricoveri, attività di programmazione delle terapie utili al paziente; garantiscono, inoltre, un servizio di informazione, assistenza e sostegno psicoterapico al nucleo familiare del paziente. Il personale del centro deve recarsi obbligatoriamente al domicilio del paziente in caso di bisogno, su richiesta motivata o se il paziente interrompe il progetto di cura e riabilitazione con relativo danno alla sua persona; il mancato intervento configura il reato di omissione di soccorso;

b) servizio semiresidenziale di terapia e risocializzazione, che si articola in:

1) *day hospital*, per quei pazienti che necessitano di controlli e terapie intensive o che partecipano a psicoterapie di gruppo;

2) centro diurno, per quei pazienti che necessitano di attività risocializzanti, occupazionali ed espressive;

c) servizio psichiatrico di diagnosi e cura, che provvede alla cura dei pazienti la cui fase di malattia necessita di trattamento con ricovero in ambiente ospedaliero ed accoglie trattamenti volontari e obbligatori. Il servizio psichiatrico è ubicato obbligatoriamente presso strutture ospedaliere, deve disporre di posti letto divisi in sezione maschile e femminile, deve prevedere posti letto separati dal resto della degenza per i ricoveri in trattamento sanitario obbligatorio; è previsto un posto letto ogni 10.000 abitanti nell'area territoriale di competenza;

d) strutture e servizi residenziali, che devono essere diversificate a seconda dei diversi tipi di patologia mentale, della gravità e dell'evoluzione della malattia;

e) comunità residenziale riabilitativa, che deve essere dotata di spazi adeguati e di specifici strumenti, laboratori e modalità

operative; può ospitare al massimo 18 soggetti in fae di riabilitazione. Sono previsti almeno 1,5 posti letto ogni 10.000 abitanti;

f) comunità residenziale protetta, che deve essere dotata di spazi adeguati per soggetti lungodegenti con costanti alterazioni psichiche, incapaci di provvedere in modo autonomo ai propri bisogni personali e sociali. Può ospitare al massimo 25 persone; sono previsti almeno 2 posti letto ogni 10.000 abitanti;

g) casa alloggio per pazienti parzialmente autosufficienti bisognosi di continuare il percorso terapeutico; può ospitare al massimo nuclei di 8 persone.

4. Per le strutture di cui al comma 3, lettere *a)*, *b)*, *c)* e *d)* devono essere resi di pubblica conoscenza:

a) tipologia, numero e qualifica del personale;

b) modalità di relazione con la famiglia del paziente;

c) natura dei progetti riabilitativi e periodiche verifiche sui risultati e sulla qualità del servizio fornito.

5. In caso di alienazione di ex ospedali psichiatrici o case di salute, il ricavato deve essere utilizzato per finanziare i progetti e le strutture del dipartimento di psichiatria.

6. L'organico del dipartimento di psichiatria, unico e pluriprofessionale, deve essere costituito dalle figure professionali dello psichiatra, dello psicologo, dell'infermiere professionale specializzato in assistenza psichiatrica, dell'assistente sociale, del terapeuta occupazionale, dell'educatore professionale e da personale amministrativo ed ausiliario. Il responsabile del dipartimento di psichiatria viene nominato dal direttore generale della unità sanitaria locale, scelto tra le figure mediche apicali del Servizio sanitario nazionale.

7. Il medico del dipartimento di psichiatria che ha in cura un malato mentale che rifiuta o interrompe le cure deve adoperarsi per riattivare il progetto terapeutico e, comunque, stendere una relazione in caso di persistente situazione negativa da presentare al medico di base, al direttore del dipartimento ed al direttore sanitario.

8. Viene considerato parte del dipartimento di psichiatria anche il medico di base, che è tenuto a mantenere contatti periodici con il dipartimento stesso ed è obbligato a segnalare tempestivamente tutti i casi, a suo giudizio, di competenza psichiatrica.

9. Le università con scuole di specializzazione in psichiatria partecipano alla assistenza psichiatrica pubblica e, nell'ambito dell'autonomia universitaria e delle convenzioni tra università e regioni, possono assumere la responsabilità di un dipartimento di psichiatria, attenendosi ai principi organizzativi e funzionali stabiliti nella presente legge ed impegnandosi ad organizzare la ricerca e la didattica in funzione delle necessità emergenti dal modello di servizio centrato sul dipartimento di psichiatria.

10. Per lo svolgimento delle attività del dipartimento di psichiatria, le regioni e le province autonome possono anche avvalersi, in conformità alla legislazione vigente, degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, degli ospedali, dei presidi e delle case di cura classificati ai sensi dell'articolo 43 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Per la realizzazione e la gestione, anche parziale, delle comunità, delle case alloggio e dei centri diurni, le regioni e le province autonome possono stipulare apposite convenzioni con associazioni riconosciute, cooperative di solidarietà sociale o con enti iscritti ad uno speciale albo regionale da istituire, previa verifica del possesso dei requisiti previsti per legge. Per le attività sociali non sanitarie i dipartimenti di psichiatria possono anche avvalersi della collaborazione delle associazioni di volontariato iscritte nei registri regionali.

Art. 3.

(Accertamento e trattamento sanitario obbligatorio per malattie mentali)

1. In presenza di alterazioni psichiche che richiedono urgenti interventi terapeutici, il trattamento sanitario obbligatorio è attuato dal dipartimento di psichiatria dopo che sia stato espletato ogni valido tentativo

per ottenere il consenso del paziente o, se minore di 14 anni, dei genitori o di chi ne esercita la patria potestà.

2. Il cittadino affetto da disturbo psichiatrico che, in stato di crisi o allorchè ricorrono gli estremi di gravità e urgenza di intervento, rifiuti le necessarie cure è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio.

3. Il trattamento sanitario obbligatorio è disposto da un medico del Servizio sanitario nazionale che accerti di persona le condizioni di cui al comma 2. All'arrivo del paziente nel pronto soccorso, il trattamento sanitario obbligatorio deve essere convalidato da un medico psichiatra.

4. La disposizione di trattamento sanitario obbligatorio è formulata in modo da specificare il motivo, la ricorrenza delle condizioni di disturbo psichiatrico grave, le necessità di intervento sanitario urgente, il rifiuto del soggetto a sottoporsi a cure specialistiche necessarie, la sede in cui queste devono essere effettuate, la eventuale necessità di uso della forza pubblica.

5. Il trattamento sanitario obbligatorio deve essere immediatamente esecutivo per non creare ulteriori danni al paziente, alla famiglia o a terzi, ed è attuato con i mezzi ed il personale del servizio psichiatrico competente per territorio. Il personale si avvale della presenza della forza pubblica solo in caso di necessità.

6. Durante il trattamento sanitario ospedaliero, sia volontario che obbligatorio, deve essere predisposto un progetto terapeutico riabilitativo. Se utile e necessario per la continuità terapeutica, il paziente deve proseguire il trattamento sanitario obbligatorio nei servizi e nelle strutture extra ospedaliere per un periodo limitato e definito.

7. Entro 72 ore dall'inizio del trattamento sanitario obbligatorio, il medico responsabile del servizio in cui è accolto il soggetto è tenuto a presentare al giudice tutelare una relazione in merito alle condizioni cliniche del paziente, alle procedure terapeutiche adottate, alla necessità o meno di prosecuzione del trattamento sanitario obbligatorio, indicandone la prevedibile durata, in base alla persistenza delle condizioni previste dal comma 2.

8. Il giudice tutelare, esaminata la relazione prevista dal comma 7, sentite, se richiesto, le parti interessate ossia malato, medico, familiari o eventuale tutore, entro 72 ore convalida o interrompe la misura del trattamento sanitario obbligatorio, dandone comunicazione alle parti.

9. In qualsiasi momento, dall'inizio del trattamento sanitario obbligatorio, il medico responsabile del servizio che ha accolto il paziente può interrompere la misura del trattamento sanitario obbligatorio dopo aver formulato il progetto di cui al comma 6. Qualora vengano meno le condizioni previste dal comma 2, ne viene data comunicazione motivata al giudice tutelare.

10. Il cittadino che abbia in corso di applicazione il trattamento sanitario obbligatorio può comunicare con chiunque compatibilmente con il suo stato, può fare ricorso avverso il provvedimento al giudice tutelare, il quale si deve pronunciare entro 5 giorni.

11. Entro 24 ore dall'inizio del trattamento sanitario obbligatorio, la relativa documentazione deve pervenire al sindaco, il quale, tramite i suoi competenti uffici, è tenuto ad assumere informazioni riguardanti le motivazioni, le procedure attuate e la durata del trattamento sanitario obbligatorio presso la struttura ove si trova il paziente, segnalando al giudice e alla unità sanitaria locale, eventuali anomalie riscontrate.

Art. 4.

(Concessione di strutture)

1. Per la realizzazione dei servizi di cui all'articolo 2 è prevista la concessione di strutture con le seguenti modalità:

a) con decreto del Ministro delle finanze, di concerto con il Ministro per la solidarietà sociale, possono essere dati in uso ai dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2, edifici, strutture ed aree appartenenti al demanio od al patrimonio dello Stato;

b) le regioni, le province autonome e gli enti locali possono concedere in uso

gratuito ai dipartimenti di psichiatria edifici, strutture ed aree in loro possesso;

c) le regioni possono destinare ai dipartimenti di psichiatria, anche parzialmente, le strutture degli ospedali destinati alla chiusura;

d) i comuni e le province, esercitando il controllo necessario, possono concedere strutture in comodato gratuito alle associazioni riconosciute e alle cooperative di solidarietà sociale.

Art. 5.

(Potere sostitutivo)

1. In caso di inosservanza da parte delle unità sanitarie locali o delle aziende ospedaliere degli obblighi derivanti dalla normativa statale e regionale, le regioni nominano dei commissari *ad acta* per l'adozione dei provvedimenti necessari, trascorsi novanta giorni dalla relativa richiesta.

2. In caso di inosservanza entro il termine di cui al comma 1, da parte delle regioni e delle province autonome, degli obblighi derivanti dalla presente legge si applicano le disposizioni di cui all'articolo 6, comma 2, della legge 23 ottobre 1985, n. 595.

Art. 6.

(Commissione nazionale)

1. È istituita presso il Ministero della sanità la commissione nazionale permanente per la psichiatria, organo di consulenza scientifica che svolge le seguenti attività:

a) acquisizione di elementi specifici di conoscenza sullo stato dell'assistenza psichiatrica, sui programmi regionali e sui risultati ottenuti;

b) indicazione al Ministro della sanità di atti di indirizzo, di consulenza e di proposta alle regioni ed alle province autonome sugli *standard* assistenziali dei servizi psichiatrici e sui criteri di progettazione e di realizzazione dei servizi di cui all'articolo 2;

c) indicazione dei criteri per la diffusione delle conoscenze acquisite e delle esperienze svolte e per la omogeneizzazione delle prassi dei servizi psichiatrici;

d) verifica e coordinamento dei programmi di aggiornamento professionale e delle attività di prevenzione dei servizi psichiatrici;

e) proposizione al Ministro della sanità, entro sei mesi dalla data di istituzione della commissione, di una carta dei diritti del paziente psichiatrico e di un codice di comportamento per gli operatori dei servizi psichiatrici.

2. La commissione nazionale permanente per la psichiatria è presieduta dal Ministro della sanità ed è composta da:

a) il vicepresidente del Consiglio sanitario nazionale;

b) un rappresentante dell'Istituto superiore di sanità;

c) un rappresentante del Consiglio nazionale delle ricerche;

d) tre esperti designati dalle regioni;

e) tre esperti del Ministero della sanità;

f) un esperto del Dipartimento per gli affari sociali;

g) un esperto del Ministero dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica;

h) un esperto del Ministero dell'interno;

i) un esperto del Ministero di grazia e giustizia;

l) un esperto della Società italiana di psichiatria;

m) un esperto della Federazione nazionale dell'ordine dei medici;

n) tre esperti indicati dalle associazioni nazionali di diversa sigla maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichiatrici e che abbiano almeno 10 sezioni con eguale sigla.

3. Il Ministro della sanità, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, provvede, con proprio decreto, alla nomina dei componenti della commissione nazionale permanente per la psi-

chiatria, la quale opera presso la direzione generale degli ospedali, nel cui ambito è istituito, nei limiti delle attuali dotazioni organiche, l'ufficio speciale per la tutela della salute mentale.

4. L'ufficio speciale per la tutela della salute mentale svolge compiti istruttori, di informazione e di supporto alla attività della commissione nazionale permanente per la psichiatria, ed, in particolare:

a) verifica, in termini di efficienza e di efficacia, le attività dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2;

b) raccoglie ed elabora dati statistici e di gestione e dati epidemiologici sull'andamento dell'assistenza e delle patologie psichiatriche;

c) propone *standard* per il funzionamento ottimale dei servizi psichiatrici;

d) promuove studi e ricerche nel campo epidemiologico, clinico ed organizzativo, di concerto con il Ministero della università e della ricerca scientifica e tecnologica;

e) propone criteri per l'aggiornamento del personale;

f) cura i rapporti con gli organismi internazionali e promuove scambi di informazione ed esperienze con altri Paesi.

5. Il Ministro della sanità riferisce, in sede di presentazione annuale al Parlamento della relazione sullo stato sanitario del Paese, in merito all'attuazione della presente legge.

Art. 7.

(Commissione regionale)

1. È istituita, a livello regionale, una commissione per la psichiatria con compiti di vigilanza sulle strutture pubbliche e private, sul funzionamento, sulla professionalità, sulla organizzazione delle attività e sui risultati dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2, con funzioni consultive, propositive e di controllo.

2. La commissione di cui al comma 1 è presieduta dall'assessore regionale alla sanità ed è composta dall'assessore regionale

ai servizi sociali, da tre esperti designati dalla regione, dei quali almeno uno docente universitario, da un primario responsabile di dipartimento di psichiatria ogni dieci esistenti nella regione e da quattro esperti designati dalle associazioni maggiormente rappresentative dei familiari dei pazienti psichiatrici a condizione che siano iscritte al registro regionale, abbiano un minimo di cinque sezioni, siano esistenti nel territorio da almeno tre anni.

Art. 8.

(Disposizioni diverse)

1. È vietata ogni forma di pubblicità che irrida la figura del malato di mente o che lo utilizzi a fini commerciali. I contravventori sono puniti con l'ammenda da lire 200.000 a lire 50.000.000. Estratto della sentenza o del provvedimento sanzionatorio deve essere pubblicato, a spese del committente della pubblicità, sui principali quotidiani locali o nazionali a seconda che si tratti di pubblicità a diffusione locale o nazionale.

2. Il malato o il familiare esercitante la patria potestà od il tutore hanno diritto di scegliere liberamente il medico curante e le eventuali strutture di ricovero e di supporto. Il malato ed i familiari possano costituire associazioni che ne difendano gli interessi e che devono essere preliminarmente ascoltate in tutte le decisioni regionali e nazionali in materia psichiatrica.

3. I pazienti non possono essere rifiutati dalle strutture pubbliche o private convenzionate.

4. Oltre all'aggravamento delle sanzioni penali previsto dall'articolo 36 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, nel caso in cui la persona offesa sia un malato di mente sono aumentate di un terzo le pene previste dagli articoli 600, 643, 644 e 646 del codice penale ed è applicato il procedimento d'ufficio su semplice segnalazione.

5. In ogni regione devono essere organizzate strutture residenziali differenziate di piccole dimensioni protette e con caratteri definiti per accogliere i malati più gravi, pe-

ricolosi a sè ed agli altri. Su richiesta dell'autorità giudiziaria possono essere ricoverati, in queste strutture, malati altrimenti destinati all'ospedale psichiatrico giudiziario.

6. Dopo il completamento delle strutture di cui al comma 5, si deve procedere progressivamente allo smantellamento degli ospedali psichiatrici giudiziari.

Art. 9.

(Finanziamenti)

1. Per l'attuazione di quanto previsto dalla presente legge e per la gestione complessiva dei dipartimenti di psichiatria di cui all'articolo 2 è vincolata una quota di spesa corrispondente a non meno del 6 per cento del Fondo sanitario nazionale; è, altresì, vincolata una quota fissa dello stanziamento di cui all'articolo 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, e successive modificazioni, per interventi di costruzione e di ristrutturazione delle strutture previste dalla presente legge. I finanziamenti vincolati sono attribuiti ad ogni regione ed alle province autonome sotto forma di somme assegnate ai relativi dipartimenti psichiatrici.

2. Entro e non oltre novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della sanità, con apposito decreto, emana un progetto-obiettivo nazionale con allegato un piano finanziario dettagliato.

