

# CAMERA DEI DEPUTATI N. 503

## PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

**REGGIANI, MASSARI, BELLUSCIO, CUOJATI, PRETI, COSTI,  
MADAUDO, AMADEI, DI GIESI, RIZZI, SCOVACRICCHI,  
CARIA, CIOCIA, CORREALE, DE ROSE, GENOVA, GHINAMI**

*Presentata il 21 settembre 1983*

Modifiche ed integrazioni alla legge 23 dicembre 1978, n. 833, concernente l'istituzione del servizio sanitario nazionale. Nuove norme in materia di assistenza psichiatrica

**ONOREVOLI COLLEGHI!** — Nel presentare al Parlamento la presente proposta di legge si intende, innanzitutto, precisare come la stessa si muova nel quadro delle leggi n. 180 del 1978 e n. 833 del 1978, nel senso che fermamente ribadisce il superamento della istituzione manicomiale.

La vivacissima, in molti casi, aspra polemica socio-culturale che ha fatto seguito all'attuazione delle predette leggi e che con la sua tensione ha nettamente diviso gli operatori del settore nella ricerca delle cause che hanno condotto all'attuale situazione di gravissima difficoltà nell'area della psichiatria, deriva dall'assoluta insufficienza degli aspetti attuativi per la maggior parte delle regioni, nonché da una eccessiva carica ideologica data alla legge e, per taluni versi, dalla lacunosa normativa posta in essere. Tanto è avva-

lorato dalla condizione di inadeguatezza con cui, per cause molteplici, le regioni dalla data di istituzione del Servizio sanitario nazionale hanno provveduto a gestire attraverso le unità sanitarie locali le diverse attività di loro competenza, nonché dalle drammatiche vicende, purtroppo anche di cronaca nera, che sono sotto gli occhi di tutti.

E fin troppo ovvio che in una tale condizione di precarietà di indirizzo e di azione, una legge così profondamente innovativa, quale la 180 e che proprio per tanto avrebbe dovuto trovare nel Servizio sanitario nazionale gli indispensabili supporti strutturali in modo del tutto congruo, non poteva non naufragare miseramente, come, infatti, è stato, essendosi instaurato il più avvilente stadio di degrado nel settore, e spesso il caos, oltreché

gettati nella più cupa disperazione gli infermi psichici e i loro familiari.

E, infatti, fuor di ogni logica pensare di porre in essere, nei fatti, un programma così incidente di abbattimento di strutture senza provvedere, nello stesso tempo, alla organizzazione delle nuove: ma la mancanza di professionalità, di impegno, di concretezze, di mezzi e di chiarezza, ha creato la dolorosa situazione richiamata, talché, a distanza di oltre tre anni dalla emanazione della normativa stessa, durante i quali il paese ha dovuto verificare un vero e proprio vuoto nel settore, si è costretti a ritornare su di essa: prevedendo legislativamente un preciso disegno delle strutture di intervento che non possa essere disatteso, introducendo scadenze e misure surrogatorie in caso di inadempienze regionali, esplicitando un regime di maggiori garanzie e tutele per i soggetti interessati, prevedendo nuovi, qualificanti « momenti » di intervento sulla base delle vissute esperienze.

Una proposta, insomma, che dipartendosi dal fondamentale principio del superamento della istituzione manicomiale, è impegnata nel delineare quella che viene ritenuta la più propria strategia negli interventi, in un articolato quadro strutturale di interdipendenze che, con le sue specificità, tiene con accortezza conto delle istanze e delle motivazioni di ordine vario raccolte nell'ultimo triennio.

Per soddisfare la domanda che viene dagli infermi psichici, dai loro familiari e dalla società, i proponenti hanno definito il « Dipartimento di salute mentale » esplicitandone fini ed incombenze, da prevedersi presso ogni unità sanitaria locale e con articolazione, almeno, sulle seguenti strutture: a) servizi ambulatoriali di igiene mentale aventi anche proiezioni domiciliari; b) servizi di diagnosi e cura presso gli ospedali generali, le cliniche e gli istituti universitari psichiatrici; c) istituti di psicoriabilitazione; d) comunità terapeutiche; e) comunità terapeutiche riabilitative; f) servizi sociali.

Alla luce delle esigenze drammatiche vissute in questi ultimi tre anni è, infatti, impossibile confermare il presupposto

ideologico-culturale che fu acriticamente accettato da tutte le forze politiche che vararono la legge n. 180 del 1978. Una più riflessuta meditazione, invero, senza voler parteggiare per l'una o per l'altra corrente dottrina, conduce a far considerare l'infermo affetto da malattia mentale come un soggetto che, pur garantito giuridicamente con la maggiore pienezza, ha necessità di essere curato, guarito e socialmente reinserito proprio per la tutela di un suo preciso diritto e nell'interesse della collettività. Tanto, in aderenza all'articolo 32 della Costituzione.

La proposta di legge ribadisce l'indirizzo della capillarizzata funzionalità sul territorio di « Servizi ambulatoriali di igiene mentale » da prevedersi operanti nel rispetto del tasso di morbilità psichiatrica, per la durata massima giornaliera consentita dalle possibilità attuative e con la presenza costante di psichiatri e psicologi. In tali strutture, sempre per lo stesso orario di funzionamento, è anche garantita l'attività per le eventuali esigenze connesse a terapie domiciliari.

La proposta ravvisa in detti servizi ambulatoriali un « momento » essenziale a livello della prevenzione, della cura, della riabilitazione, dell'educazione sanitaria, nonché per l'assicurazione di ogni possibile continuità terapeutica, nel senso che risultano strettamente coordinati con le altre istituzioni operanti sul territorio. La proposta stessa individua ancora nell'attività dei medesimi servizi ambulatoriali una essenziale funzione di « filtro » a monte del ricovero ospedaliero, con contemporanea attivazione di tutti i necessari interventi terapeutici.

La delicatezza e la particolarità dell'impegno operativo di specie hanno, altresì, suggerito la previsione di ulteriori, specifici orari di funzionamento, disciplinati in modo tale da assicurare in ogni ora del giorno e della notte i richiesti interventi. Ciò identifica l'attività di « Pronto soccorso psichiatrici », disponibili 24 ore su 24, ed ubicati presso gli ospedali generali, le cliniche ed istituti universitari psichiatrici, le strutture per i trattamenti prolungati.

Il porre l'accento sulle concretezze dell'attività extra ospedaliera nei puntuali termini che precedono — a tale proposito si sottolinea il contenuto dell'articolo 34-bis laddove richiama che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati, di norma, dai presidi e servizi territoriali extra ospedalieri — vuole essere, in sintesi, inoppugnabile conferma di un indirizzo più generale che prevede il ricovero, nelle articolate forme in cui viene disposto, esclusivamente per gli stati di assoluta esigenza, investano essi la fase acuta che quella della psicoriabilitazione, nei differenziati « momenti di intervento ».

Relativamente alla fase acuta, l'articolo conferma per gli infermi in trattamento sanitario obbligatorio (t.s.o.) e volontario, la previsione di brevi, ben definiti periodi di degenza (10 giorni, prorogabili una sola volta se indispensabile) in « specifici servizi di diagnosi e cura » negli ospedali generali, dotati anche di aree protette. I periodi di degenza e gli interventi da prestarsi sono tali da consentire, in genere, il superamento dell'acuzie stessa prima del dimissionamento ed il successivo affidamento dei pazienti ai servizi ambulatoriali del territorio. Tuttavia i sanitari interessati qualora sussista una reale, perdurante impossibilità clinica, di affidare gli infermi a detti servizi, provvedono, con le dovute garanzie, al loro successivo trasferimento in diversa finalizzata struttura di ricovero per il trattamento prolungato, denominata « Istituto di psicoriabilitazione ».

Per assicurare adeguate condizioni di ricettività, il numero dei posti letto per acuti nei richiamati « Servizi di diagnosi e cura » degli ospedali generali, è stato previsto in un rapporto non inferiore a 1/10.000 con i cittadini residenti nel territorio regionale. Il dimensionamento dei posti letto risulta sancito in 20-30 per ogni struttura individuata, con un massimo di 4 per ogni camera di degenza e con la contemporanea previsione di spazi adeguati per la vita sociale e di relazione degli infermi.

La proposta interviene pure nel colmare una grave lacuna nella legislazione in essere, prevedendo modalità e termini di impegno delle cliniche e degli istituti universitari psichiatrici, attese in special modo, le loro finalità didattiche, scientifiche e di ricerca.

In proposito saranno da attivarsi convenzioni con le istituzioni anzidette le quali pur nell'ambito di una autonomia direzionale e gestionale, si atterranno nello espletamento delle relative attività, agli stessi profili funzionali previsti per i « Servizi di diagnosi e cura » negli ospedali generali.

In particolare, per gli « Istituti universitari psichiatrici » le convenzioni da stipularsi dovranno prevedere la richiesta di collaborazione a fini didattici, scientifici e di ricerca, anche nei confronti degli psichiatri operanti in istituzioni di ricovero ubicati in diverso « Dipartimento » nell'ambito regionale.

Nella proposta di legge vi è l'articolazione di altre strutture, identificate negli « Istituti di psicoriabilitazione », nelle « Comunità terapeutiche » e nelle « Comunità terapeutiche riabilitative » e si propone di intervenire in modo altamente finalizzato nei confronti dei trattamenti prolungati.

In sintesi, tale articolazione vuole all'evidenza manifestare lo sforzo concreto di provvedere per i diversi stadi e condizioni della malattia mentale, altrettante correlate espressioni di intervento mirato per l'attuazione di terapie, per quanto maggiormente possibile, psicoriabilitative e di reinserimento sociale.

In situazioni di accertata impossibilità di affidare i pazienti a servizi di cura ambulatoriali, stante la caratterizzazione della loro perdurante condizione clinica, la previsione di strutture articolate nei termini che precedono, che si avvalgono sul piano psicoterapeutico delle più moderne acquisizioni scientifiche e che risultino, più in generale, strutturalmente organizzate per fronteggiare, in maniera quanto più possibile consona, la domanda di assistenza psichiatrica, rappresenta un disegno organizzativo di superamento delle esistenti, gravissime carenze che

scaturisce dalla attenta e sofferta valutazione delle molteplici realtà di continuo emergenti al riguardo.

Qui il portato degli interventi psicoterapeutici differenziati si pone in tutta la sua estrinseca evidenza. Infatti la cura con cui l'articolato si è impegnato ad esplicitare nei dettagli i profili organizzativi ed i contenuti di ogni singola struttura è la dimostrazione primaria che, ben lungi dal riproporre assurde mimetizzazioni delle per sempre superate istituzioni manicomiali, (presso le quali emergeva per i pazienti il prevalente aspetto della custodia in una irripetibile condizione di promiscuità e di assoluta inadeguatezza dell'azione terapeutica), si è, invece, attivamente perseguito l'intento di legare in un rapporto altamente sensibile e di profonda umanità sempre finalizzato al reinserimento sociale, gli aspetti più propri dell'assistenza, della sicurezza laddove necessario, della sistemazione logistica dei ricoverati.

Per le tre citate strutture l'articolato prevede, così, un massimo di 60 posti letto distinti per sesso negli « Istituti di psicoriabilitazione » e servizi di 25 posti letto per gli uomini ed altrettanti per le donne, nelle « Comunità terapeutiche » e nelle « Comunità terapeutiche riabilitative »; per tutte, sono da realizzarsi un massimo di 4 posti letto per camera di degenza, nonché adeguati spazi per la vita sociale e di relazione dei pazienti.

Agli « Istituti di psicoriabilitazione » accederanno i pazienti abbisognevoli di terapia psichiatrica in trattamento sanitario obbligatorio e volontario, con avviamento dai « Servizi di diagnosi e cura » degli ospedali generali e dalle « Cliniche e Istituti universitari psichiatrici ».

Sempre in detti « Istituti di psicoriabilitazione », dei 60 posti letto da prevedersi, 10, in area protetta, saranno riservati ai pazienti in trattamento sanitario obbligatorio ed i rimanenti a quelli in ricovero volontario.

Alle « Comunità terapeutiche » faranno, invece, capo gli infermi necessitanti di trattamenti prolungati che, per essere realizzati nella società presentino il bisogno

di una ulteriore spinta in termini psicot dinamici per ottenerne il reinserimento. La permanenza degli ammalati potrà qui realizzarsi — sulla base delle specifiche necessità — anche attraverso forme di ospedale diurno o notturno, da disciplinarsi opportunamente.

L'accesso dei pazienti avverrà attraverso i « Servizi di diagnosi e cura » degli ospedali generali, dalle « Cliniche e istituti universitari psichiatrici », dagli « Istituti di psicoriabilitazione » e dai « Servizi ambulatoriali ». I relativi ricoveri debbono intendersi esclusivamente come volontari.

Alle « Comunità terapeutiche riabilitative » accederanno gli infermi psichici abbisognevoli di trattamento prolungato, anche con ricovero a tempo parziale (ospedale diurno), i quali, terminata la fase più strettamente terapeutica, hanno necessità di essere inseriti in una attività lavorativa prima del loro dimissionamento e conseguente riaffidamento ai « Servizi ambulatoriali », per avviare un reale momento di concreto reinserimento sociale. Pure qui ci si trova in presenza di pazienti in trattamento volontario che pervengono dai « Servizi di diagnosi e cura » degli ospedali generali, dalle « Cliniche ed istituti universitari psichiatrici », dagli « Istituti di psicoriabilitazione », dalle « Comunità terapeutiche » e dai « Servizi ambulatoriali ».

Per tutte le strutture menzionate dall'articolato, siano esse per acuti o previste per i trattamenti prolungati, lo stesso ha prefigurato anche l'organico del personale da adibirvisi nelle diverse interprofessionalità e con riferimento alle varie situazioni di intervento. Rilevano così accanto alle figure degli psichiatri, quelle di altri specialisti, degli psicologi, dei sociologi, dei psicoterapisti, degli assistenti sociali, dei maestri d'arte e di mestiere oltre, ovviamente, ai « quadri » paramedici.

Per le varie strutture interessate ai trattamenti prolungati, il parametro riferito al numero dei posti letto è stato previsto dall'articolato su base non inferiore a 5/10.000 cittadini residenti nel territorio regionale.

La configurazione del richiamato « Dipartimento di salute mentale » dell'USL prevede la integrazione di tutte le anzidette strutture extra ospedaliere ed ospedaliere con il funzionamento di « Servizi sociali »; siano essi prestati presso gli ambulatori che a domicilio, aventi compiti di prevenzione, di recupero familiare, sociale e nel lavoro ed avvalentisi pur essi di specifiche interprofessionalità da porre a disposizione degli infermi (sociologi, psicologi, assistenti sociali).

L'articolato ha ritenuto di definire entro linee più puntuali di riferimento le condizioni in cui è clinicamente ravvisabile l'esigenza del trattamento sanitario obbligatorio ed ha introdotto, fra l'altro ulteriori garanzie per l'infermo, sancendo che la convalida per tale trattamento sia effettuata, di norma, da uno psichiatra o da uno specialista in malattie nervose e mentali del servizio di accettazione ospedaliero unitamente al medico di guardia.

Ad evitare inoltre l'attuale, drammatica spola degli infermi in attesa di ricovero da un ospedale ad un altro, la proposta precisa altresì che l'ospedale di destinazione dotato di servizi psichiatrici, è tenuto ad accettare il paziente, colà inviato da altra struttura con circostanziato referto per ogni adeguata, approfondita osservazione in periodo di ricovero, rinviandolo, alla struttura di avviamento, solo nel caso in cui la sua competenza possa, motivatamente, ritenersi esclusa.

Ma la tutela dell'infermo in trattamento sanitario obbligatorio in costanza di ricovero, si manifesta ancora in modo più garantistico, allorquando, protraendosi nel tempo la degenza, è stata prevista una speciale commissione che sistematicamente, (ogni 60-90 giorni), accerta e sancisce tramite un collegio espresso da tre sanitari ed alla presenza di un familiare dell'ammalato, il perdurare delle condizioni cliniche che impongono il trattamento sanitario obbligatorio.

Ai già previsti provvedimenti urgenti da adottarsi a cura del giudice tutelare, in caso di necessità, per l'amministrazione del patrimonio dell'infermo, la propo-

sta aggiunge quelli per la tutela degli eventuali altri interessi familiari dello stesso. Ancora la proposta, nell'ipotesi in cui il trattamento sanitario obbligatorio in stato di degenza ospedaliera si protragga oltre il sessantesimo giorno, fa richiamo in particolare alle disposizioni sulla tutela del minore di cui al Libro I, Titolo X, Capo I del codice civile.

In via provvisoria e fino a quando la situazione delle strutture pubbliche non sarà tale da offrire le dovute garanzie sul piano della completezza della rete di servizi, l'articolato ha sancito la possibilità, per gli organi regionali, del convenzionamento di strutture private fornite dei dovuti requisiti, limitatamente, però, agli interventi su pazienti in trattamento volontario. È stata contemporaneamente prevista l'esecuzione di una specifica attività di vigilanza su tutte le istituzioni private impegnate nell'espletamento di attività psichiatrica.

L'articolato ha, pure, affrontato il tema degli ospedali psichiatrici giudiziari, demandando al Governo il compito di emanare, nel termine di sei mesi dalla data di approvazione della presente legge, nuove norme riferite sia alla realizzazione di speciali strutture di ricovero per l'assistenza, la cura e la vigilanza degli imputati prosciolti a norma degli articoli 88, 95 e 96 del codice penale, nonché dei ricoverati presso gli attuali manicomi giudiziari, sia al trattamento riservato a quel particolare tipo di pazienti.

La norma da porsi in essere dovrà contenere previsioni di pieno intervento terapeutico, riabilitativo e di reinserimento sociale.

Un « momento » normativo di rilievo ha rappresentato la disciplina della fase transitoria, con l'affidamento alle regioni ed alle province autonome di Trento e Bolzano, di adempimenti tempificati in materia di predisposizione dei programmi di interesse e del loro conseguente sviluppo attuativo. In tale contesto si colloca il graduale processo di riconversione e ristrutturazione degli stabili disponibili — pure per non disperdere un ingente patrimonio immobiliare — nonché l'acquisto

di nuovi suoli ed edifici da destinare alle strutture psichiatriche da realizzarsi sul territorio. Il processo in argomento deve essere realizzato nel termine massimo di un triennio e prevede, nei casi di inadempimento ai livelli regionali, l'attivazione di misure surrogatorie da parte del governo, attivate dal Ministro della sanità. Si è voluta così sancire una diretta interazione fra la massima struttura centrale della sanità nel paese e gli organismi regionali, entro linee di congiunta responsabilità, per il sistematico perseguimento delle iniziative e degli obiettivi, in tal modo colmando i vuoti espressi dal manifesto disimpegno fino ad oggi determinatosi.

Riassumendo, l'articolato sviluppa le sue tematiche con la sequenza di cui in appresso:

l'articolo 34 delinea il profilo della struttura dipartimentale;

l'articolo 34-bis precisa il quadro clinico e le condizioni in presenza delle quali si determina il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale;

l'articolo 34-ter puntualizza la procedura di ricovero ed alcuni aspetti di organizzazione che vi si riconnettono conseguenti agli accessi degli infermi psichici presso il pronto soccorso ospedaliero;

l'articolo 34-quater tratta del ricovero negli specifici servizi degli ospedali generali da parte di infermi acuti in trattamento sanitario obbligatorio o volontari, ed identifica le principali caratteristiche di tali servizi;

l'articolo 34-quinquies definisce il ruolo delle cliniche e degli istituti universitari psichiatrici nell'area operativa di interesse;

l'articolo 35, nella nuova formulazione prevede modi e tempi dei raccordi fra proposta per il trattamento sanitario obbligatorio, relativa convalida, interventi del sindaco e del giudice tutelare;

l'articolo 35-bis stabilisce il termine massimo di permanenza degli infermi psichici presso gli speciali servizi negli ospedali generali e sancisce le modalità per il loro passaggio in casi di assoluta ne-

cessità a diverso tipo di struttura di ricovero;

l'articolo 35-ter statuisce la costituzione della speciale commissione che opera sistematicamente nell'area dei trattamenti prolungati quale espressione di massima garanzia per la tutela dell'infermo psichico. L'articolo stesso porta anche la sua disciplina sulla tutela giurisdizionale attinente la sfera degli interessi dei medesimi infermi;

l'articolo 35-quater espone i contenuti dei vari servizi e strutture dipartimentali per l'assistenza psichiatrica;

l'articolo 35-quinquies prevede la nullità di ogni norma contrastante con quelle di cui alla presente proposta;

l'articolo 64-bis affronta in prosieguo all'articolo 64, numerosi aspetti della normativa transitoria con particolare riferimento ai termini entro i quali dovrà realizzarsi il piano di completa attuazione del dipartimento di salute mentale nell'ambito di ogni singola USL, alla disciplina organizzativa da prevedersi nei confronti degli attuali ricoverati presso gli esistenti manicomi giudiziari, al problema degli ospedali giudiziari psichiatrici, alla possibilità di realizzare convenzioni con istituzioni private limitatamente ai ricoveri volontari, all'impegno operativo richiesto alle regioni per il perseguimento dell'intero programma attuativo, agli interventi del Ministero della sanità presso la Presidenza del Consiglio dei ministri nei casi di inadempienza delle regioni stesse ed ai conseguenti aspetti surrogatori, al reperimento dei fondi necessari per l'attuazione del programma per il 1984.

Da ultimo, si ritiene dover precisare essere naturalmente impensabile la sistemazione in termini razionali di un'area di intervento così sensibile e significativa senza un correlato, congruo, sforzo finanziario. Ciò si afferma, ovviamente, non tanto per la entità degli oneri da sostenersi immediatamente, in questo scorcio di anno, quanto, invece per la spesa che si renderà necessaria nel corso del triennio previsto per l'integrale attuazione del programma.

**PROPOSTA DI LEGGE**

PAGINA BIANCA



## PROPOSTA DI LEGGE

### ART. 1.

*(Struttura dipartimentale).*

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

« La legge regionale ed il piano sanitario regionale, nell'ambito della unità sanitaria locale e nel complesso dei servizi generali per la tutela della salute, disciplinano l'istituzione di servizi a struttura dipartimentale che svolgono funzioni preventive, curative e riabilitative relative alla salute mentale.

I servizi a struttura dipartimentale di cui al comma precedente dovranno essere articolati garantendo, almeno, i presidi di cui appresso:

- a) servizi ambulatoriali di igiene mentale, aventi anche proiezioni domiciliari;
- b) servizi di diagnosi e cura presso gli ospedali generali, le cliniche e gli istituti universitari psichiatrici;
- c) istituti di psico-riabilitazione;
- d) comunità terapeutiche;
- e) comunità terapeutiche-riabilitative;
- f) servizi sociali.

A dirigere la struttura dipartimentale nel suo complesso è chiamato un primario psichiatra con lo scopo di assicurare le più opportune interrelazioni e l'efficienza finalizzata dei servizi ».

### ART. 2.

*(Accertamenti e trattamenti sanitari volontari ed obbligatori per malattia mentale).*

Dopo l'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo 34-bis:

« Le misure di cui al secondo comma dell'articolo 33 possono essere disposte nei confronti di persone affette da malattia mentale.

Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati, di norma, dai servizi e presidi territoriali extra-ospedalieri facenti parte della struttura dipartimentale di cui all'articolo 34 lettera a).

Il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera viene prestato agli infermi affetti da malattia mentale qualora il quadro clinico imponga urgenti ed indispensabili interventi terapeutici. Il trattamento di cui innanzi può essere attuato nei confronti di infermi che presentino alterazione delle loro funzioni psichiche, tale da renderli incapaci alla cura dei propri bisogni ed alla tutela della propria sicurezza, costituendo, in pari tempo, grave pericolo per quella degli altri.

Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al terzo comma del richiamato articolo 33, oltreché da parte del medico di guardia, da uno specialista psichiatra o in malattie nervose e mentali o, in mancanza, da altro sanitario, facenti parte del servizio di accettazione dell'ospedale presso cui si è verificato l'accesso dell'infermo, e deve essere motivato dettagliatamente in relazione a quanto previsto nel precedente comma ».

#### ART. 3.

*(Compiti del pronto soccorso ospedaliero nelle situazioni di urgenza psichiatrica).*

Dopo l'articolo 34-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo 34-ter:

« Per tutte le situazioni di urgenza in cui si sia reso necessario porre l'infermo a disposizione del pronto soccorso ospedaliero, lo specialista psichiatra o in malattie nervose e mentali o, in mancanza, altro sanitario, ed il medico di guardia, visitato congiuntamente l'infermo, propongono motivatamente, sulla base di quanto previsto dall'articolo 34-bis, secondo comma, se, dopo le cure d'urgenza, possa es-

sere affidato agli specifici servizi sanitari ambulatoriali facenti capo all'USL interessata, o debba, invece, essere assunto in carico quale degente in trattamento sanitario volontario od obbligatorio dalle strutture ospedaliere pubbliche.

Le strutture di cui al precedente comma sono tenute a realizzare un costante raccordo fra di loro per la eventualità in cui, per motivazioni diverse, non fossero nella condizione di poter assicurare la degenza dell'infermo; in tali situazioni prestategli le prime cure e sussistendo l'esigenza del trattamento sanitario obbligatorio, dovranno direttamente provvedere al suo più idoneo, urgente trasferimento presso la più vicina struttura di ricovero dotata di servizio psichiatrico, garantendo, anche in tale circostanza, la dovuta assistenza.

Per le situazioni di necessità riferite agli accompagnamenti in ospedale ed agli eventuali trasferimenti di infermi in regime di trattamento sanitario obbligatorio, soccorre — qualora strettamente indispensabile — l'intervento ausiliario della polizia comunale.

Il ricovero in trattamento sanitario obbligatorio, disposto con circostanziato referto da un servizio di pronto soccorso ospedaliero, deve essere in ogni caso accettato dal servizio psichiatrico della eventuale, successiva struttura di destinazione dell'infermo; quest'ultimo, qualora necessario, può essere rinviato all'ospedale di provenienza, solo dopo adeguata ed approfondita osservazione svolta in periodo di ricovero dalla struttura di destinazione, da concludersi con dettagliata e motivata relazione che escluda la competenza della stessa ».

#### ART. 4.

*(Servizi psichiatrici di diagnosi e cura negli ospedali generali).*

Dopo l'articolo 34-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo 34-quater:

« Nei casi di cui all'articolo 34-ter il ricovero deve essere attuato presso gli

ospedali generali in specifici servizi psichiatrici di diagnosi e cura. I servizi stessi sono forniti di posti letto nel numero massimo di 20-30 per ciascuna struttura a tal fine identificata e, comunque, con un rapporto per l'intero ambito regionale non inferiore a 1/10.000 cittadini residenti nella regione stessa, secondo indicazioni da sancirsi nel piano sanitario regionale.

I servizi di cui al comma precedente, oltre agli infermi in trattamento sanitario obbligatorio, assicureranno i trattamenti volontari nei confronti di quei soggetti che manifestino una condizione psichica richiedente l'intervento dei servizi medesimi.

Il periodo di degenza non può superare i 10 giorni, eventualmente prorogabili per lo stesso tempo e per una sola volta, in caso di assoluta esigenza.

Qualora gli infermi psichici ricoverati presentino pure una diversa patologia che richieda un intervento interdisciplinare, quest'ultimo deve, possibilmente, attuarsi nella stessa struttura di degenza, senza il loro trasferimento in altro servizio. In casi eccezionali in cui tale tipo di intervento non potesse essere così realizzato, gli infermi interessati dovranno continuare ad essere assistiti anche da uno psichiatra.

Agli infermi psichici ricoverati presso i servizi di diagnosi e cura deve essere altresì assicurata, in modo continuativo, una consulenza internistica.

Superato il periodo di acuzie con il trattamento ospedaliero, l'infermo deve essere affidato per le ulteriori terapie ai servizi territoriali ambulatoriali dell'unità sanitaria locali ovvero alle strutture di cui alle lettere c), d) ed e) dell'articolo 34, qualora se ne sia ravvisata la necessità.

La strutturazione dei servizi di cui al primo comma dovrà articolarsi in camere di degenza aventi non più di 4 posti letto ciascuna, prevedere opportuni spazi per la vita sociale e di relazione degli infermi, nonché ambienti adeguatamente protetti per i soggetti in trattamento sanitario obbligatorio.

Attesi i compiti di terapia intensiva, il servizio deve essere diretto da un primario psichiatra con la collaborazione di

aiuti ed assistenti nella proporzione di cui all'ultimo comma dell'articolo 17 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, ed in numero tale da assicurare sia la presenza continuativa di almeno uno psichiatra nell'arco delle 24 ore che l'espletamento delle altre competenze del servizio stesso.

Gli psicologi coadiutori e collaboratori con competenze di riabilitazione e reinserimento sociale, saranno nel rapporto di una unità ogni 5 posti letto; le assistenti sociali nel rapporto di una unità ogni 10 posti letto.

La dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve prevedere posti di caposala ed infermiere professionali in numero tale da assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per degente pari a 420 minuti nelle 24 ore.

La previsione dei quadri di cui al presente articolo e di quelli che seguiranno deve essere recepita dal piano sanitario regionale ».

#### ART. 5.

##### *(Cliniche ed istituti universitari psichiatrici).*

Dopo l'articolo 34-*quater* della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo 34-*quinquies*:

« Nei casi di cui all'articolo 34-*ter* il ricovero può avvenire pure presso le cliniche ed istituti universitari psichiatrici sulla base di apposite convenzioni da stipularsi fra le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano e le università.

Nell'espletamento della relativa attività, le istituzioni di cui al precedente comma — pur nell'ambito di una autonomia direzionale e gestionale — devono attenersi agli stessi profili organizzativi e funzionali già previsti dall'articolo 34-*quater* per i servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali.

In particolare, per gli istituti universitari psichiatrici, le convenzioni di cui al primo comma devono sancire la richiesta di collaborazione per fini didattici, scienti-

fici e di ricerca, anche nei confronti degli psichiatri operanti in istituzioni di ricovero di altri dipartimenti dell'ambito regionale ».

#### ART. 6.

*(Procedimento relativo agli accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori in condizione di degenza ospedaliera per malattia mentale - Tutela giurisdizionale).*

I primi 7 commi dell'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono sostituiti dai seguenti:

« Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34-bis, terzo comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui al terzo comma dell'articolo 33 e dalla suddetta convalida, deve essere notificato entro 48 ore dal ricovero, tramite messo comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

In attesa del provvedimento del sindaco, il medico responsabile del servizio interessato ospedaliero, è autorizzato ad adottare ogni intervento di carattere clinico suggerito dalle esigenze terapeutiche.

Il giudice tutelare entro le successive 48 ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, provvede con decreto motivato a convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco. In caso di mancata convalida, il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera.

Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è disposto dal sindaco di un comune diverso da quello di residenza dell'infermo, ne va data comunicazione al sindaco di questo ultimo comune, nonché al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune di residenza. Se il provvedimento di cui al primo comma del presente articolo è adottato nei confronti di cittadini stranie-

ri o di apolidi, ne va data comunicazione al Ministero dell'interno, e al consolato competente, tramite il prefetto.

Qualora ne sussista la necessità, il giudice tutelare adotta i provvedimenti urgenti che possono occorrere per amministrare il patrimonio dell'infermo e per tutelare gli eventuali altri interessi peculiari dello stesso ».

#### ART. 7.

*(Procedure di trasferimento dei pazienti in trattamento sanitario obbligatorio dai servizi psichiatrici di diagnosi e cura degli ospedali generali in altre strutture).*

Dopo l'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo 35-bis:

« Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il ventesimo giorno, il sanitario responsabile del servizio presso gli ospedali generali e le cliniche e istituti universitari psichiatrici è tenuto a presentare al sindaco che ha disposto il ricovero, non oltre il diciottesimo giorno dal suo inizio, una motivata proposta di trasferimento dell'infermo nelle apposite strutture richiamate all'articolo 34.

La proposta di cui al precedente comma dovrà, in ogni caso, menzionare la diagnosi clinica, i termini prognostici, il substrato della patologia, nonché le varie motivazioni che propongono la protrazione della degenza in regime di trattamento sanitario obbligatorio in diversa struttura. Il sindaco ne dà comunicazione al giudice tutelare con le modalità e per gli adempimenti di cui al primo e terzo comma dell'articolo 35, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Tutte le anzidette modalità, con l'osservanza delle dovute garanzie connesse al materiale trasferimento degli infermi in trattamento sanitario obbligatorio in altra struttura, dovranno essere del pari osservate anche nelle ipotesi in cui il trasferimento stesso avvenga prima del ventesimo giorno di ricovero per la continuazione delle dovute terapie ».

**ART. 8.**

*(Funzionamento della speciale commissione presieduta dal giudice tutelare - Tutela dell'infermo).*

Dopo l'articolo 35-bis della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo 35-ter:

« I soggetti in trattamento sanitario obbligatorio nelle strutture di cui alla lettera c) dell'articolo 34 e per i quali il medico responsabile del servizio preveda l'ulteriore protrazione della degenza, a partire da 60 giorni e non oltre i 90 dalla data della loro presa in forza, e successivamente con la medesima periodica cadenza, dovranno essere esaminati previa procedura attivata dallo stesso medico responsabile, da una commissione formata dal giudice tutelare che la presiede, dal responsabile del servizio medico e dal sanitario addetto alla cura dei singoli pazienti, nonché dal medico di parte, qualora richiesto, alla presenza di un congiunto dell'infermo. Il medico di parte sarà designato dall'infermo stesso o, nell'impossibilità di costui, dal congiunto più prossimo nell'ordine di parentela previsto dal codice civile, ovvero, dal tutore.

La decisione della commissione di cui al precedente comma, presa all'unanimità o a maggioranza (in caso di parità di voti prevale quello del giudice tutelare), è comunicata al sindaco a cura del giudice tutelare, entro le successive 48 ore, per la presa d'atto ai fini della cessazione o meno del provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio.

Il Presidente della regione provvede entro un mese dalla data di entrata in vigore della presente legge alla istituzione della commissione di cui al primo comma. La commissione si può articolare in sottocommissioni in relazione all'estensione dell'area di riferimento; la stessa ha giurisdizione sul territorio del tribunale dove ha sede l'istituto di psicoriabilitazione.

Il responsabile del servizio è tenuto a comunicare al sindaco in caso di dimis-



sione dell'infermo prima del 60° giorno dal suo ingresso nell'istituzione di ricovero, la cessazione delle condizioni che richiedono l'obbligo del trattamento sanitario; comunica, altresì, la eventuale, sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, ne dà notizia al giudice tutelare.

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera si protragga oltre il sessantesimo giorno, si applicano nei riguardi degli infermi le disposizioni sulla tutela del minore di cui al Libro I, Titolo X, Capo I, del codice civile.

L'omissione delle comunicazioni di cui al primo comma dell'articolo 35, al primo e terzo comma dell'articolo 35-bis ed al secondo e quarto comma del presente articolo, determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio ».

#### ART. 9.

##### *(Caratterizzazione dei servizi psichiatrici e sociali).*

Dopo l'articolo 35-ter della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente articolo 35-quater:

« I servizi a struttura dipartimentale di cui all'articolo 34 devono attagliarsi alle seguenti caratterizzazioni:

a) servizi ambulatoriali di igiene mentale: sono svolti nelle sedi extra ospedaliere delle unità sanitarie locali, presso gli ambulatori ospedalieri delle cliniche ed istituti universitari psichiatrici, nonché in quelli degli istituti per trattamento prolungato ed hanno proiezioni domiciliari per le terapie e gli interventi di eventuale necessità. Assicurano la continuità terapeutica nel campo della diagnosi, della cura precoce delle affezioni trattabili ambulatoriamente e nella fase di reinserimento sociale successiva al ricovero. Eserci-

tano anche compiti di prevenzione, di riabilitazione e di educazione sanitaria oltreché di filtro verso le spedalizzazioni.

I servizi di cui innanzi operano per l'orario massimo giornaliero realizzabile e giustificato dal tasso di morbidità psichiatrica, con la costante presenza di psichiatri e psicologi. A livello degli ambulatori degli ospedali generali, delle cliniche e istituti universitari psichiatrici e delle strutture per il trattamento prolungato, è, altresì, previsto il funzionamento di pronto soccorso psichiatrici, con orario di attività di 24 ore su 24, per assicurare un servizio permanente a disposizione dell'utenza interessata;

b) servizi di diagnosi e cura presso gli ospedali generali: sono disciplinati dall'articolo 34-*quater*;

c) cliniche ed istituti universitari psichiatrici: sono disciplinati dall'articolo 34-*quinqüies*;

d) istituti di psicoriabilitazione: l'accesso per il trattamento sanitario obbligatorio si realizza tramite gli speciali servizi di diagnosi e cura degli ospedali generali, e le cliniche e gli istituti universitari psichiatrici; per il trattamento volontario, anche attraverso i servizi ambulatoriali. L'accesso stesso è da prevedersi per gli infermi abbisognevole essenzialmente di terapia psichiatrica che necessitino di un trattamento prolungato. È da realizzarsi in ogni istituto un massimo di 60 posti letto complessivi per uomini e donne, da destinarsi in numero di 10 ai degenti in trattamento sanitario obbligatorio in ambienti protetti, ed i restanti a quelli in trattamento volontario, secondo le indicazioni del piano sanitario regionale.

La distribuzione dei posti letto nelle camere di degenza non potrà essere superiore a quattro per ciascuna di esse. È da realizzarsi una idonea previsione di spazi per la vita sociale e di relazione degli infermi.

I "quadri" da prevedersi per ogni struttura tipo vengono così determinati per il personale specialistico: 1 primario psichiatra, 5 aiuti psichiatri, 5 assistenti

psichiatri, 4 psicoterapisti di cui 2 coadiutori e 2 collaboratori. I quadri del personale professionale e paramedico saranno così costituiti: 4 assistenti sociali; unità infermieristiche in un rapporto di una ogni tre infermi per turno relativamente ai 10 posti letto in trattamento sanitario obbligatorio, ed una a tre per i restanti posti letto;

e) comunità terapeutiche: l'accesso è riferito solo ad infermi in trattamento volontario che per essere realizzati nella società manifestino ancora il bisogno di una ulteriore spinta in termini psicodinamici atta a favorirne il reinserimento. La permanenza degli infermi stessi può dar luogo pure a forme di ospedalizzazione diurna o notturna da disciplinarsi opportunamente dalla legge regionale.

L'accesso degli infermi avviene attraverso le strutture di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo 34.

Sono da realizzarsi per ogni comunità terapeutica servizi di 25 posti letto per gli uomini e altrettanti per le donne. Per ciò che concerne la distribuzione dei posti letto nelle camere di degenza e le esigenze di spazi per la vita sociale e di relazione degli infermi valgono le indicazioni sancite alla lettera d) del presente articolo.

I "quadri" da prevedersi vengono così identificati a livello di personale specialistico: ogni 2 comunità terapeutiche - una maschile e l'altra femminile - 1 primario psichiatra, 2 aiuti psichiatri, 2 assistenti psichiatri, 8 psicologi psicoterapisti di cui 4 coadiutori e 4 collaboratori. I quadri del personale professionale e paramedico saranno così costituiti: 4 assistenti sociali, 4 unità infermieristiche per turno;

f) comunità terapeutiche riabilitative: vi accedono soltanto pazienti in trattamento volontario i quali, ultimata la fase terapeutica presentino necessità di essere inseriti in una attività lavorativa prima del loro dimissionamento e conseguente riaffidamento prevenzionale ai servizi territoriali, per avviare un reale momento di concreto reinserimento sociale.

L'accesso dei pazienti è da prevedersi attraverso le strutture di cui alle lettere a), b), c) e d) dell'articolo 34.

Nei confronti delle comunità terapeutiche riabilitative la permanenza dei degenti può dar luogo anche a forme di ospedalizzazione solo diurna, opportunamente da disciplinarsi con legge regionale.

Anche per dette comunità terapeutiche riabilitative, per ciò che concerne la distribuzione dei posti letto e le esigenze di spazi per la vita sociale e di relazione si fa riferimento alla previsione di cui alla lettera d) del presente articolo.

I quadri da prevedersi vengono così identificati per il personale specialistico: ogni 2 comunità terapeutiche riabilitative — una maschile e l'altra femminile — 1 consulente psichiatra, 4 psicologi psicoterapisti di cui 2 coadiutori e 2 collaboratori. I quadri del personale professionale e paramedico sono così costituiti: 2 assistenti sociali, 5 maestri d'arte e di mestiere, 2 unità infermieristiche per turno.

Le strutture di cui alle lettere d) ed e) del presente articolo dovranno possedere i requisiti previsti dall'articolo 17 della legge 23 dicembre 1978, n. 833.

Gli infermi presso le strutture di cui alle lettere d) ed e) del presente articolo che dovessero improvvisamente manifestare aspetti di acuzie tali da non poter essere curati nelle strutture stesse, devono essere rinviiati agli specifici servizi di diagnosi e cura degli ospedali generali.

Per le strutture di cui alle lettere c), d) ed e) del presente articolo, il rapporto parametrico di posti letto per l'intera area regionale non può essere inferiore a 5 ogni 10.000 cittadini residenti nell'area stessa, secondo previsioni da sancirsi nel piano sanitario regionale;

g) servizi sociali: espletano attività presso gli ambulatori e a domicilio risultando inseriti nei presidi extra ospedalieri ed ospedalieri delle unità sanitarie locali. Sono tesi alla prevenzione ed al recupero familiare, sociale, e nel lavoro pure mediante proposte di interventi economici. Collegati con i servizi sanitari si avvalgo-

no di sociologi, psicologi, assistenti sociali e svolgono la loro funzione secondo gli organici del piano sanitario regionale e con le modalità di cui alla legge regionale ».

ART. 10.

*(Abrogazione di eventuali norme in contrasto).*

Dopo l'articolo 35-*quater* della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è inserito il seguente articolo 35-*quinquies*:

« Tutte le norme riferite alla materia dell'assistenza psichiatrica, in contrasto con quelle di cui alla presente legge, sono da considerarsi abrogate ».

ART. 11.

*(Norme transitorie per l'assistenza psichiatrica).*

Il primo, il secondo, il terzo ed il sesto comma dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, sono abrogati.

ART. 12.

*(Ulteriori norme transitorie).*

Dopo l'articolo 64 è inserito il seguente articolo 64-*bis*:

« Gli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici esistenti nelle regioni e nelle province autonome di Trento e Bolzano sono soppressi. In tale tassativo quadro programmatico le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sono impegnate a rendere gradualmente funzionanti per l'utenza - entro tre anni dalla data di entrata in vigore della presente legge - tutti i servizi dipartimentali di cui all'articolo 34 e ciò anche attraverso un piano di radicale, finalizzata revisione e riconversione delle strutture già esistenti.

Per la realizzazione delle opere di cui al precedente comma, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano pos-

sono acquisire anche nuovi suoli od edifici. L'approvazione dei progetti equivale a dichiarazione di pubblica utilità e di indifferibilità ed urgenza dei lavori.

Nella programmazione della rete istituzionale dei servizi dipartimentali di cui al primo comma dell'articolo 34, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sono, in particolare, impegnate nella ricerca di condizioni che agevolino, per quanto maggiormente possibile, la loro fruibilità da parte degli utenti, pure in rapporto ai tempi di percorrenza e ai mezzi di trasporto.

Conformemente a quanto previsto dall'articolo 18 della presente legge in materia di servizi e presidi multizonali, potrà essere realizzata sul territorio di utenza di una singola unità sanitaria locale, la convergenza di limitrofe aree territoriali appartenenti ad unità sanitarie locali diverse.

La disciplina di cui agli articoli precedenti si applica, per quanto compatibile, anche agli infermi in atto ricoverati presso gli esistenti istituti psichiatrici. Gli infermi stessi sono immediatamente sottoposti al procedimento di cui all'articolo 35-ter.

Il Governo della Repubblica entro sei mesi dalla data di approvazione della presente legge è delegato all'emanazione di nuove norme sia per la realizzazione di speciali strutture di ricovero per l'assistenza, la cura e la vigilanza degli imputati prosciolti ai sensi degli articoli 88, 95, 96 del codice penale e dei ricoverati presso gli attuali manicomi giudiziari, sia per la definizione del trattamento terapeutico, riabilitativo e di risocializzazione da riservarsi agli stessi.

Le norme di cui al presente comma dovranno aderire ai principi di tutela della personalità del malato di mente e perseguire in pari tempo il fine della sua guarigione, riabilitazione e reinserimento sociale.

Le dotazioni del personale medico, degli psicologi, degli assistenti sociali, nonché di quello infermieristico devono assicurare una effettiva assistenza.

In via transitoria e fino a quando nell'arco del previsto triennio la situazione delle strutture pubbliche non abbia raggiunto condizioni di piena aderenza al programma di riassetto dell'intera area dell'assistenza psichiatrica, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono attivare convenzioni sulla base di schema tipo, con istituzioni private di ricovero, esclusivamente per l'assistenza non in trattamento sanitario obbligatorio, purché le stesse siano in possesso dei requisiti correlativamente previsti per le strutture pubbliche.

La legge regionale sancisce le forme e le modalità di vigilanza su tutte le istituzioni private interessate all'espletamento di assistenza psichiatrica.

Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano hanno l'obbligo di trasmettere al Ministero della sanità, che ne prende atto, il piano di realizzazione delle strutture di cui all'articolo 34, comprendente anche la indicazione degli eventuali nuovi suoli ed edifici da acquisire.

Il Ministro della sanità, entro sei mesi dalla data di ricezione di tutti i piani regionali, provvede ad assegnare a ciascuna regione ed alle province autonome di Trento e Bolzano, la proporzionale quota di finanziamento, tolta dall'apposita previsione del Fondo sanitario nazionale per ciascun esercizio, fino alla totale copertura della spesa prevista dai piani stessi che dovranno essere approvati dal Governo.

Il Ministro della sanità, ove le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano non adempiano entro il previsto termine all'inoltro del piano di realizzazione delle strutture, propone, subito, al Governo, per la conseguente immediata adozione, il provvedimento di cui all'articolo 126 della Costituzione.

Al termine di ogni anno, nell'arco del triennio, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sulla base degli indirizzi contenuti nella legge regionale di cui al primo comma dell'articolo 34, devono relazionare al Ministero della sanità

sugli esatti termini dello stato di graduale attuazione del riassetto della rete istituzionale di intervento psichiatrico nonché sull'attività svolta e sui risultati dei servizi di tutela della salute mentale.

Il Ministro della sanità propone i provvedimenti necessari per l'assunzione delle iniziative surrogatorie nella eventualità in cui, entro tre mesi dall'approvazione del piano regionale, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano non adempiano, totalmente o parzialmente, alle conseguenti incombenze. Uguale provvedimento attiverà, nell'arco del triennio, qualora le stesse omettano di realizzare le iniziative di competenza. In tali ipotesi, tutti gli oneri legati all'espletamento dell'intervento sostitutivo, verranno detratti dalle quote di ripartizione del Fondo sanitario nazionale da attribuirsi alle regioni stesse.

#### ART. 13.

##### *(Norme finanziarie).*

Per il 1984 l'onere derivante dall'applicazione della presente legge da prevedersi in 500 miliardi graverà quale aumento del Fondo sanitario nazionale - capitolo 5941 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro.

Dello stesso importo di 500 miliardi si provvede in pari tempo a contrarre il capitolo 6856 dello stato di previsione della spesa del Ministero del tesoro, ridimensionando l'accantonamento denominato « Conferimento ai fondi di dotazione degli enti di gestione delle partecipazioni statali ».

Il Ministero del tesoro è autorizzato ad apportare, con suoi decreti, le necessarie variazioni di bilancio.