CAMERA DEI DEPUTATI N. 244

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

FOSCHI, VAIRO, ZOPPI, RIGHI, FRASSON, CORSI, BORTOLAMI, BRUNETTO, SILVESTRI, CARRUS, FERRARI BRUNO, BRUNI FRANCESCO, SAPIENZA, BORRA, ARMELLIN, VOLPONI, RABINO, DEL MESE, ANDREOLI, SANGALLI, GELPI, PORTATADINO, FUMAGALLI CARULLI, STEGAGNINI, NAPOLI, GRIPPO, PERANI, SINESIO, SAVIO, VITI, LUCCHESI, VISCARDI, TANCREDI, GOTTARDO, CURSI, FERRARI WILMO, PATRIA, ORSENIGO, ANSELMI, PERRONE, ROJCH, AZZARO, COLONI, NICOTRA, RINALDI, DUCE, CRESCENZI, ALESSI, MENSORIO, CASINI CARLO

Presentata il 2 luglio 1987

Modifica degli articoli 33, 34 e 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e norme di indirizzo in materia di servizi di salute mentale

ONOREVOLI COLLEGHI ! — L'inserimento nella legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale 23 dicembre 1978, n. 833, dei problemi relativi all'assistenza psichiatrica attraverso gli articoli 17, 33, 34, 35 e 64 ha eliminato ogni atto legislativo separato, collegando in modo integrato i problemi dei malati psichici al quadro generale della tutela della salute dei cittadini.

A tale affermazione di principio e alle conseguenti innovazioni normative generali quali potevano essere contenute in una legge-quadro come la n. 833 non sono seguiti atti fondamentali, come il piano sanitario nazionale di attuazione della legge; tali carenze che hanno inciso negativamente sull'attuazione della riforma sanitaria in generale, ancor più hanno inciso sulla organizzazione dei servizi psichiatrici innovata in modo radicale con la stessa legge n. 833.

In particolare la mancanza di una norma di indirizzo con cui individuare l'articolazione strutturale e operativa di tali servizi ha fatto si che nelle varie regioni fossero date interpretazioni diverse dei princìpi generali della n. 833 nell'attuazione e organizzazione dei servizi psichiatrici.

A tutto ciò, considerate anche le grosse carenze di personale preesistenti al 1978 e la mancata assegnazione di un fondo finanziario per la nuova dotazione di personale e soprattutto delle strutture atte a funzionare come strutture intermedie fra l'attività di assistenza ambulatoriale o domiciliare ed il ricovero ospedaliero, la quasi generale mancanza di tali strutture, l'impossibilità per i pazienti già

ricoverati negli ospedali psichiatrici prima del 15 maggio 1978 a rientrarvi per soggiorni più o meno brevi (in genere si trattava di medio-lungo degenti o lungo assistiti), risale forse la maggiore responsabilità dei reali vuoti assistenziali che si sono creati.

Ma è mancata anche una uniforme, corretta interpretazione della indicazione legislativa: sulla continuità terapeutica che deve essere assicurata ai malati psichici; sulla struttura dipartimentale dei servizi territoriali ed ospedalieri.

Da ciò la necessità di dare delle norme di indirizzo attraverso una legge nazionale cui possano far riferimento le leggi regionali tenendo conto delle particolari esigenze demografico-territoriali locali. D'altronde è chiaramente prevedibile che tali norme possano essere suscettibili di una qualche integrazione o modificazione futura in base a quanto c'è da esperire in tale campo non solo in Italia; nello stesso tempo è necessario che esse non incidano, con le loro caratteristiche settoriali, sull'impostazione di una legge-quadro come la n. 833. Ne discende che l'articolato di legge che recepirà tali norme di indirizzo deve assumere una sistemazione legislativa al di fuori della n. 833 che è una legge-quadro.

Appare opportuno invece un aggiustamento tecnico degli articoli 33, 34 e 35 per rimediare ad alcume lacune che sono emerse nell'applicazione della legge in questi cinque anni.

Infatti i trattamenti sanitari obbligatori in base all'articolo 33 possono essere fatti in strutture non ospedaliere che possono essere rappresentate dalla struttura protetta di cui un paziente, non necessariamente psichiatrico, può usufruire più o meno a lungo. Appare allora opportuno che anche in tale situazione siano applicate le norme di tutela giurisdizionale previste agli articoli 34 e 35 per i trattamenti sanitari obbligatori per malati mentali in particolare per quanto riguarda la durata del provvedimento.

Inoltre un motivo di conflittualità di competenze, con dirette conseguenze sull'immediatezza di un intervento pur necessario, è rappresentato dal fatto che gli operatori psichiatrici negli interventi domiciliari o comunque territoriali non hanno poteri o funzioni di polizia sanitaria; ma non appare neanche corretto attribuirglieli se si vuol conservar loro l'attributo fondamentale di persone intese esse stesse come strumenti terapeutici.

Su tutte queste premesse si fonda l'articolato di legge che qui si propone.

All'articolo 1 viene proposta una formulazione dell'articolo 33 della legge n. 833 nella quale vengono anticipate a favore di qualsiasi forma di trattamento sanitario obbligatorio le norme di tutela giurisdizionale nei confronti anche del sindacoautorità sanitaria previste per i trattamenti obbligatori per i malati mentali negli attuali articoli 34 e 35 della legge n. 833.

All'articolo 2 viene proposta una rielaborazione dell'attuale articolo 34 che contiene le seguenti modifiche:

al secondo comma si dà una indicazione di massima, ma comprensiva anche della spedalità residenziale protratta, della strutturazione dipartimentale dei servizi di salute mentale;

al terzo comma si precisa la necessità di assicurare la sorveglianza sanitaria del malato in costanza di ricovero, nel suo interesse e nei suoi rapporti con l'ambiente familiare e sociale;

al quinto comma si prevede che la convalida del trattamento sanitario obbligatorio per degenza ospedaliera sia affidata ad uno psichiatra;

al sesto comma si precisa che nei casi di necessità, ove non sia possibile l'intervento specificamente tecnico dei servizi di salute mentale e non potendo e non dovendo gli operatori psichiatrici assumere funzioni di polizia sanitaria, sia l'autorità pieposta alla pubblica sicurezza in genere a provvedere all'accompagnamento dell'infermo al più vicino centro ospedaliero dotato di servizio psichiatrico di diagnosi e cura, laddove cioè deve es-

sere sempre assicurata la presenza di uno psichiatra;

al settimo comma, ad evitare ogni dubbio interpretativo circa la liceità di interventi sanitari in attesa dell'ordinanza sindacale si specifica che i medici del servizio psichiatrico di diagnosi e cura adottano tutti gli interventi di urgenza prettamente necessari nell'interesse dell'infermo.

All'articolo 3 viene proposta una stesura dell'attuale articolo 35 contenente come modifica un prolungamento della durata del trattamento sanitario obbligatorio da 7 a 15 giorni e la disposizione che quando il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale superi 30 giorni il giudice tutelare può applicare all'interessato le norme di tutela previste per i minori, soprattutto per la salvaguardia patrimoniale.

All'articolo 4 sono previste invece le norme di indirizzo per l'istituzione dei Servizi di salute mentale di cui al secondo comina dell'articolo 34 nella nuova stesura prevista all'articolo 2 della presente proposta di legge. Tali norme di indirizzo per quanto detto in precedenza devono rimanere come articolato a parte rispetto alla legge n. 833 per poter rispondere a possibili aggiustamenti legati alla ulteriore esperienza di attuazione della riforma psichiatrica senza con questo dover intervenire sulla impostazione quadro dei servizi sanitari prevista in generale dalla legge istitutiva del servizio sanitario nazionale.

Ad evitare ambiguità di collocamento nell'ambito delle strutture sanitarie e sociali si precisa anzitutto che i servizi di salute mentale sono strutture sanitarie specialistiche di cui tutte le USL devono dotarsi. Tali servizi, comprendenti un centro diurno, devono provvedere comunque all'assistenza domiciliare e ambulatoriale territoriale.

La dotazione o meno anche di un servizio di diagnosi o cura ospedaliera è programmata su disposizione regionale in base a determinate, specifiche necessità terapeutiche ad evitare le frequenti ed assurde collocazioni di fortuna attuate dopo la riforma del 1978 ma tuttora in funzione quasi ovunque in Italia.

È previsto un limite minimo di dotazione di un posto letto per centomila abitanti rispetto alla popolazione servita, essendo chiaro per il disposto dell'ultimo comma dell'articolo 36 della legge n. 132 del 1968 che nessun servizio di diagnosi e cura può superare i 30 posti-letto.

Accanto a tali strutture per malati acuti che, è opportuno sottolinearlo, non sono necessariamente dei brevi degenti, è previsto che la legge regionale disciplini l'istituzione di servizi sanitari psichiatrici presso strutture per spedalità residenziale protratta gestite anche da più USL in modo consortile.

Però i ricoveri presso questi servizi devono essere autorizzati dal servizio di salute mentale competente per territorio, che diviene corresponsabile del programma assistenziale, terapeutico e riabilitativo, al fine di garantire la continuità dell'intervento terapeutico.

Con riferimento poi all'articolo 39 della legge n. 833 e al decreto interministeriale 9 novembre 1982 si prevede che le regioni sedi di cliniche universitarie possano affidare a queste uno o più servizi di cui al secondo comma dell'articolo 2 della presente proposta di legge. L'organizzazione di detti servizi affidati a personale universitario deve essere del tutto analoga a quella dei servizi gestiti da personale non universitario.

La legge regionale deve stabilire l'organico base della *équipe* multiprofessionale e multidisciplinare del servizio di salute mentale.

Si prevede inoltre l'affidamento ad un primario psichiatra della responsabilità del servizio di salute mentale quando questi comprenda il servizio di diagnosi e cura ospedaliera. È previsto però che la responsabilità di un servizio di salute mentale dotato solo di servizi territoriali e non ospedalieri possa essere affidata ad un aiuto responsabile.

Si stabiliscono infine 60 giorni come termine entro il quale le regioni devono comunicare al Ministero della sanità i provvedimenti attuati relativamente al superamento degli ospedali psichiatrici.

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

PAGINA BIANCA

PROPOSTA DI LEGGE

—

ART. 1.

1. L'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è sostituito dal seguente:

« ART. 33. — 1. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari sono di norma volontari.

2. Nei casi di cui alla presente legge ed in quelli previsti da leggi dello Stato possono essere disposti dall'autorità sanitaria accertamenti e trattamenti sanitari obbligatori, secondo l'articolo 32 della Costituzione, nel rispetto della dignità della persona e dei diritti civili e politici, compreso, per quanto possibile, il diritto alla libera scelta del medico e del luogo di cura.

3. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono disposti con provvedimento del sindaco nella sua qualità di autorità sanitaria su proposta motivata di un medico, convalidata da un medico dipendente dell'unità sanitaria locale, nel cui territorio si trova la persona da sottoporre al trattamento.

4. Il provvedimento del sindaco deve essere motivato in riferimento alla necessità concreta di imporre il trattamento e, corredato dalla proposta medica e dalla convalida del medico dell'unità sanitaria locale, deve essere notificato, entro quarantotto ore, tramite inesso comunale, al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune.

5. Il giudice tutelare entro le successive quarantotto ore, assunte le informazioni e disposti gli eventuali accertamenti, anche a carattere peritale, provvede con decreto motivato a convalidare o non convalidare il provvedimento e ne dà comunicazione al sindaco.

6. Nei casi di urgente necessità il medico provvede al trattamento e lo comunica quindi al sindaco entro ventiquattro ore.

7. In caso di mancata convalida il sindaco dispone la cessazione del trattamento sanitario obbligatorio.

8. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori sono attuati dai presìdi e servizi sanitari pubblici territoriali e, ove necessiti, in regime di ricovero nelle strutture pubbliche o convenzionate a tal fine preposte.

9. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari obbligatori di cui ai precedenti commi devono essere accompagnati da iniziative rivolte ad assicurare il consenso e la partecipazione da parte di chi vi è obbligato. L'unità sanitaria locale opera per ridurre il ricorso ai suddetti trattamenti sanitari obbligatori, sviluppando le iniziative di prevenzione e di educazione sanitaria ed i rapporti organici tra servizi e comunità.

10. Nel corso del trattamento sanitario obbligatorio l'infermo ha diritto di comunicare con chi ritenga opportuno.

11. Chiunque può rivolgere al sindaco richiesta di revoca o di modifica del provvedimento con il quale è stato disposto o prolungato il trattamento sanitario obbligatorio.

12. Sulle richieste di revoca o di modifica il sindaco decide entro dieci giorni. I provvedimenti di revoca o di modifica sono adottati con lo stesso procedimento del provvedimento revocato o modificato ».

ART. 2.

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

« ART. 34. — 1. Gli accertamenti ed i trattamenti sanitari di cui all'articolo 33 possono essere disposti nei confronti di persone affette da malattia mentale.

2. La legge regionale, uniformandosi ai criteri indicati dagli atti di indirizzo e coordinamento adottati ai sensi dell'articolo 5, primo comma, della presente legge, disciplina, nell'ambito delle unità sanitarie locali e nel complesso dei ser-

vizi generali per la tutela della salute, l'istituzione di servizi dipartimentali di salute mentale con funzioni preventive, curative e riabilitative; essi sono articolati, in rapporto alle necessità, in servizi di assistenza sanitaria domiciliare e ambulatoriale territoriale, servizi di assistenza sanitaria attuata presso residenze apposite, servizi psichiatrici di diagnosi e cura presso gli ospedali generali o policlinici universitari e servizi sanitari psichiatrici presso strutture per spedalità residenziale protratta.

3. Gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati nei servizi di cui al precedente comma, assicurando in costanza di ricovero la sorveglianza sanitaria del malato nel suo interesse e nei suoi rapporti con l'ambiente familiare e sociale, nonché la necessaria continuità terapeutica.

4. Il trattamento sanitario obbligatorio viene prestato in condizioni di ricovero quando esistano alterazioni psichiche che richiedono la necessità di interventi terapeutici se gli stessi vengono rifiutati dall'infermo o, qualora si tratti di minore, dal suo legale rappresentante e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adottare tempestivi ed idonel trattamenti extra-ospedalieri.

5. Il provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di ricovero deve essere preceduto dalla convalida della proposta di cui al comma 3 dell'articolo 33 da parte di un medico psichiatra dell'unità sanitaria locale e deve essere motivato in relazione a quanto previsto nel presente comma.

6. Nei casi di urgente necessità, che richiedano l'immediata protezione dell'infermo, ed ove non sia possibile l'intervento del servizio di salute mentale, l'autorità preposta alla pubblica sicurezza provvede all'accompagnamento dell'infermo stesso ad un vicino centro ospedaliero dotato di servizio psichiatrico di diagnosi e cura. Nei casi predetti l'attestazione della necessità del trattamento in condizioni di degenza ospedaliera emessa dal medico del servizio psichiatrico di

diagnosi e cura tiene luogo, agli effetti del provvedimento del sindaco, della proposta e della convalida di cui al comma 3 dell'articolo 33.

7. In attesa del provvedimento del sindaco i medici del servizio psichiatrico di diagnosi e cura adottano gli interventi di urgenza strettamente necessari nell'interesse dell'infermo ».

ART. 3.

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

« ART. 35. — 1. Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di ricovero è assunto secondo le modalità ed i tempi previsti dall'articolo 33.

2. 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 quest'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 stranieri o di apolidi, ne va data comunieazione al Ministero dell'interno ed al consolato competente, tramite il prefetto.

3. Nel caso in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il quindicesimo giorno ed in quelli di ulteriore prolungamento, il medico responsabile del servizio è tenuto a formulare, in tempo utile, una proposta motivata al sindaco che ha disposto il ricovero, il quale ne dà comunicazione al giudice tutelare, con le modalità e per gli adempimenti di cui al comma 5 dell'articolo 33, indicando la ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

4. Il medico di cui al comma 3 è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato sia in continuità di degenza, 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 quarantotto ore dal ricevimento della comunicazione del medico, ne dà notizia al giudice tutelare.

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

6. Nel caso in cui il prolungamento del trattamento sanitario obbligatorio superi i trenta giorni il giudice tutelare, qualora ne ravvisi la necessità, applica le disposizioni sulla tutela dei minori di cui al libro I, titolo X, capo I del codice civile.

7. Le omissioni delle comunicazioni di cui ai precedenti commi 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 d'ufficio.

8. Chi è sottoposto a trattamento sanitario obbligatorio e chiunque vi abbia interesse, può proporre al tribunale competente per territorio ricorso contro il provvedimento convalidato dal giudice tutelare.

9. Entro il termine di trenta giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al comma 5 dell'articolo 33, il sindaco può proporre analogo ricorso avverso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

10. Nel processo avanti al tribunale le parti possono stare in giudizio senza ministero di difensore e farsi rappresentare da persona munita di mandato scritto in calce al ricorso o in atto separato.

11. Il ricorso può essere presentato al tribunale mediante raccomandata con avviso di ricevimento.

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

13. Il presidente del tribunale, acquisito il provvedimento che ha disposto il

trattamento sanitario obbligatorio e sentito il pubblico ministero, può sospendere il trattamento medesimo anche prima che sia tenuta l'udienza di comparizione.

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

15. Il tribunale provvede in camera di consiglio, sentito il pubblico ministero, dopo aver assunto le informazioni e raccolto le prove disposte d'ufficio o richieste dalle parti.

16. I ricorsi ed i successivi procedimenti sono esenti da imposta di bollo. La decisione dal processo non è sottoposta a registrazione ».

ART. 4.

(Norme di indirizzo per l'istituzione dei servizi di salute mentale).

1. I servizi di salute mentale, di cui al secondo comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 2 della presente legge, sono strutture sanitarie specialistiche dipartimentali e devono essere istituiti in ogni unità sanitaria locale in modo da garantire la gestione unitaria dci compiti sanitari relativi alla salute mentale in stretto collegamento con gli altri servizi sanitari della unità sanitaria locale.

2. I servizi di salute mentale devono almeno essere dotati di un servizio di assistenza sanitaria domiciliare ed ambulatoriale territoriale e di un centro diurno per interventi terapeutici ed assistenziali.

3. I servizi di salute mentale sono dotati anche di specifici servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura, realizzati in spazi strutturalmente definiti ed adeguati alle specifiche necessità terapeutiche ed ordinati secondo quanto previsto per i servizi specialistici ospedalieri dal decreto dal Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, ai sensi dell'articolo 64 dalla legge 23 dicembre 1978, n. 833.

4. La legge regionale individua le unità sanitarie locali e le strutture ospedaliere dove devono essere istituiti i servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura e ne determina il numero dei posti letto in rapporto alla popolazione servita in modo che il loro numero non sia inferiore ad un posto letto per diecimila abitanti.

5. La legge regionale stabilisce i bacini di utenza di ciascun servizio psichiatrico ospedaliero e regola i rapporti e le modalità di collegamento tra i diversi servizi di salute mentale afferenti al servizio psichiatrico ospedaliero in modo da garantire la continuità dell'intervento terapeutico.

6. La legge regionale indica le strutture residenziali per interventi terapeutici, assistenziali e riabilitativi, anche ad utenza sovrazonale, che devono essere realizzate nell'ambito delle varie unità sanitarie locali.

7. La legge regionale disciplina l'istituzione di servizi sanitari psichiatrici presso strutture per spedalità residenziale protratta, per quegli infermi che necessitano di trattamento prolungato in regime di ricovero, da realizzare nel territorio regionale.

8. I ricoveri presso i servizi sanitari psichiatrici, di cui al comma 7, devono essere autorizzati dal servizio di salute mentale competente per territorio, che è corresponsabile del programma assistenziale, terapeutico e riabilitativo, al fine di garantire la continuità dell'intervento terapeutico.

9. Nei territori regionali in cui hanno sede cliniche universitarie le regioni possono affidare, con le convenzioni di cui all'articolo 39 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e al decreto ministeriale 9 novembre 1982, alle singole unità operative di salute mentale a direzione universitaria, su loro richiesta, uno o più servizi di cui al secondo comma dell'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, come modificato dall'articolo 2 della presente legge.

10. La legge regionale deve indicare i servizi di salute mentale che hanno i re-

quisiti necessari per poter essere utilizzati per le esigenze di ricerca e di insegnamento della facoltà di medicina, ai sensi del decreto ministeriale 9 novembre 1982, con particolare riguardo alla loro utilizzazione anche ai fini delle scuole di specializzazione.

11. La legge regionale stabilisce l'organico della *équipe* unica, multiprofessionale e multidisciplinare del servizio di salute mentale.

12. La *équipe* del servizio di salute mentale dotato di un servizio psichiatrico ospedaliero è diretta da un primario psichiatra nominato ai sensi dell'articolo 19 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761, con la normativa disposta dal decreto ministeriale 30 gennaio 1982.

13. La *équipe* del servizio di salute mentale dotato di soli servizi territoriali può essere diretta da un medico psichiatra, con specifica qualificazione professionale, nella posizione di aiuto responsabile.

14. Il primario psichiatra del servizio di salute mentale è responsabile del servizio psichiatrico ospedaliero ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, e dirige l'attività territoriale dell'*équipe*, che deve svolgersi con mobilità degli operatori, nelle diverse strutture territoriali e ospedaliere, secondo le attribuzioni della sua qualifica professionale ai sensi del quinto, sesto, settimo, ottavo comma dell'articolo 63 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

15. Le regioni per quanto riguarda l'assegnazione del personale per la costituzione degli organici dei servizi di salute mentale devono tener conto di quanto disposto dal quinto comma dell'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, e dell'articolo 66 del decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n. 761.

16. Le regioni entro il termine perentorio di 60 giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge sono tenute a comunicare al Ministero della sanità i

provvedimenti attuati in merito agli adempimenti previsti dall'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, relativamente al superamento degli ospedali psichiatrici o neuro-psichiatrici e alla loro diversa utilizzazione.

17. Le regioni entro il termine perentorio di centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge devono emanare i provvedimenti relativi alla istituzione dei servizi di salute mentale, di cui alla presente legge. In caso di persistente inattività degli organi regionali, il Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità, dispone il compimento degli atti relativi.

18. Il finanziamento per la realizzazione dei servizi di cui alla presente legge è assicurato, in via urgente, dal fondo sanitario nazionale.