

# CAMERA DEI DEPUTATI <sup>N. 1429</sup>

---

## **DISEGNO DI LEGGE**

PRESENTATO DAL MINISTRO DELLA SANITÀ  
(DEGAN)

DI CONCERTO COL MINISTRO DELL'INTERNO  
(SCALFARO)

COL MINISTRO DI GRAZIA E GIUSTIZIA  
(MARTINAZZOLI)

COL MINISTRO DEL TESORO  
(GORIA)

COL MINISTRO DELLA PUBBLICA ISTRUZIONE  
(FALCUCCI)

E COL MINISTRO DEI LAVORI PUBBLICI  
(NICOLAZZI)

---

Modifiche degli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre  
1978, n. 833, relativi all'assistenza psichiatrica

---

*Presentato il 15 marzo 1984*

---

ONOREVOLI DEPUTATI! — Il Governo nel corso della passata legislatura ha presentato un apposito disegno di legge (Atto Senato n. 2006), con il quale ha proposto delle modifiche agli articoli 34, 35 e 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del Servizio sanitario nazionale, disposizioni per effetto delle quali la legge 13 maggio 1978, n. 180, concernente gli « Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori », è entrata a far parte del complesso organico della riforma sanitaria.

È noto che con tale normativa è stato completamente innovato il sistema degli accertamenti e dei trattamenti sanitari delle malattie mentali, passando da una concezione statica e custodialistica del malato di mente — quale era quella che aveva informato la normativa precedentemente vigente e risalente all'inizio del secolo — ad una concezione dinamica, curativa, riabilitativa della malattia mentale.

In linea con tale concezione gli accertamenti ed i trattamenti sanitari per le malattie mentali sono stati suddivisi in volontari, costituenti la norma, e obbligatori, disposti dall'autorità sanitaria nel rispetto dell'articolo 32 della Costituzione.

È stato inoltre previsto che gli accertamenti ed i trattamenti volontari per malattia mentale vengano attuati di norma nei servizi territoriali extraospedalieri.

Per effetto di tale disciplina le regioni, nell'ambito dei singoli piani sanitari regionali, avrebbero dovuto provvedere, entro il 31 dicembre 1981, al graduale superamento degli ospedali psichiatrici o neuropsichiatrici, alla diversa utilizzazione delle strutture rese disponibili, alla risoluzione delle convenzioni con gli istituti di cura privati svolgenti esclusivamente attività psichiatrica, ad una risoluzione del problema del residuo psichiatrico, e cioè

all'inserimento dei ricoverati negli ospedali psichiatrici prima del 16 maggio 1978.

A distanza di vari anni dall'entrata in vigore di tale legislazione, non si può non constatare come le difficoltà riscontrate nell'attuazione pratica delle nuove norme abbiano generalmente creato una situazione di incerta ed insufficiente organizzazione ed attivazione dei servizi extraospedalieri psichiatrici di diagnosi e cura.

Conseguentemente si sono determinati vuoti assistenziali che, in taluni casi, hanno determinato evidentissimi scompensi organizzativi, con conseguenti riflessi negativi sul trattamento dei malati di mente.

Il quadro della situazione, peraltro, non è uniforme, in quanto sostanziali differenze sussistono tra i servizi di salute mentale organizzati dalle diverse regioni; e ciò sia per la diversa interpretazione data dalle singole leggi regionali ai principi generali contenuti nella legge nazionale, sia per la diversa capacità attuativa, anche sul piano finanziario, manifestata dalle diverse regioni. Differenziazioni, queste, che derivano anche da talune difficoltà obiettive identificabili nelle diverse interpretazioni della nozione di dipartimento, dei criteri di coordinamento dell'assistenza psichiatrica con l'assistenza sanitaria in genere e con quella non sanitaria e nella carenza di indicazioni e di modelli di riferimento di carattere generale per le strutture intermedie o alternative, di un preciso obbligo di adottare tali strutture, di una voce di spesa del Fondo sanitario nazionale specificamente destinata all'assistenza psichiatrica.

Al di là delle giuste articolazioni differenziate nell'organizzazione dei servizi, in rapporto alle diversificate condizioni delle singole realtà regionali, si rilevano difformità significative anche per quanto concerne elementi di fondo quali la deromi-

## IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

nazione dei servizi e delle strutture psichiatriche, il collegamento del servizio di salute mentale con il territorio e il concetto stesso di struttura dipartimentale. Differenze sostanziali sussistono per quanto concerne la questione dell'individuazione di un unico responsabile del servizio di salute mentale, che alcune regioni identificano nel sanitario che riveste la qualifica apicale nell'ambito del servizio stesso, altre nel sanitario posto al vertice della struttura ospedaliera. Altre ancora prevedono una sorta di corresponsabilità limitata tra il capo del servizio ed il sanitario responsabile della struttura ospedaliera.

Altra importante questione, sulla quale da parte delle diverse regioni non è stata adottata una soluzione uniforme, è quella relativa ai rapporti con le cliniche universitarie, in quanto generalmente le regioni tendono a considerare la clinica psichiatrica unicamente come una struttura territoriale assistenziale di cui avvalersi nella programmazione del settore, inglobandola quindi a tutti gli effetti nella rete dipartimentale delle Unità sanitarie locali, con conseguenze negative per quanto concerne i rapporti tra i clinici preposti alle varie strutture, alla identificazione della normativa da applicare per quanto riguarda il numero massimo dei posti letto utilizzabili, alla vigilanza sulla adeguatezza delle funzioni assistenziali, alla riutilizzazione del personale dei vecchi servizi psichiatrici; ciò a scapito delle precipue funzioni istituzionali delle cliniche universitarie psichiatriche, che, in quanto organi dell'apparato statale, devono svolgere attività di insegnamento e di ricerca scientifica, oltre che di assistenza ai malati.

Ugualmente non risolti in maniera univoca nelle varie legislazioni regionali sono taluni particolari punti della disciplina generale sui trattamenti obbligatori, quali quello relativo all'individuazione del medico della struttura pubblica competente alla convalida della proposta di ricovero del medico di base; quello relativo al pronto soccorso psichiatrico con accompagnamento d'urgenza ai servizi psichia-

trici di diagnosi e cura, in assenza di una proposta di un medico di base.

Le considerazioni sopra esposte determinarono, quindi, il Governo — nella passata legislatura — ad intervenire legislativamente proponendo alcune modifiche alla vigente normativa.

Il provvedimento non è stato ripresentato immediatamente all'inizio di questa legislatura riservandosi il Governo un ulteriore approfondimento della problematica al fine di presentare al Parlamento un testo eventualmente aggiornato che, sempre in linea con i principi ispiratori della legge 13 maggio 1978, n. 180, e tenendo conto anche delle esigenze operative ulteriormente emerse e delle nuove esperienze, disegnasse un assetto possibilmente definitivo del grave problema sociale.

La realizzazione di tale più ampio progetto comportava, peraltro, necessariamente tempi lunghi e quindi un differimento della soluzione del problema che, invece, riveste carattere d'urgenza per le motivazioni sociali ben note, oggetto anche di particolare attenzione da parte del Parlamento, come attesta la presentazione di varie proposte di legge che, pur nella loro eterogeneità, evidenziano l'interesse vivo e costante che anche le forze politiche hanno per la psichiatria e per le istituzioni deputate alla sua gestione.

Il Governo, sensibile, quindi, alle istanze politiche, sociali, degli interessati e delle loro famiglie, non intende venir meno alle aspettative e ripresenta — come base del dibattito parlamentare — il presente testo che riflette fundamentalmente quello già all'esame del Parlamento nella passata legislatura, assicurando nel contempo la più completa disponibilità ad offrire, anche mediante la costituzione di una apposita Commissione d'esperti, ogni supporto tecnico alla definizione di una valida regolamentazione della materia.

\* \* \*

Di seguito si riportano i contenuti del testo che si ripropone.

L'articolo 1 — che modifica l'articolo 34 della legge n. 833 del 1978 — in par-

## IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

ticolare stabilisce la strutturazione uniforme del dipartimento di salute mentale, di cui vengono indicate le articolazioni essenziali, diretto da un medico psichiatra di qualifica apicale; prevede, poi, la sorveglianza sanitaria del malato nel suo interesse e nei suoi rapporti con l'ambiente familiare e sociale, nonché, in presenza di specifici presupposti, il trattamento sanitario obbligatorio deve prestarsi in condizioni di degenza ospedaliera, con le procedure già in atto. In caso che l'interessato sia un minore di anni quattordici la norma dispone che il mancato assenso al trattamento deve essere manifestato dal suo rappresentante legale. È previsto, inoltre, che il ricovero possa essere effettuato anche presso le cliniche universitarie.

La istituzione di posti letto per i malati di mente non dovrà essere inferiore ad un posto letto per ogni diecimila abitanti.

È prevista poi la costituzione di una commissione regionale di tutela e vigilanza, con funzioni consultive, con una rappresentanza dei familiari dei malati.

L'articolo 2 (che modifica l'articolo 35 della legge n. 833 del 1978) prevede sostanzialmente la possibilità di proseguire la degenza, in regime di trattamento sanitario obbligatorio, in strutture socio-sanitarie psichiatriche ospedaliere per ospedalità residenziale protratta, demandando al piano sanitario regionale la determinazione del numero e dell'indicazione di tali strutture.

Nell'articolo 3 (che modifica alcune disposizioni dell'articolo 64 della legge n. 833

del 1978) è prevista, tra l'altro, la possibilità di riconversione delle attuali strutture psichiatriche e neuropsichiatriche in istituti di riabilitazione per i lungodegenti attualmente ricoverati. Ove le caratteristiche di tali strutture lo consentano, queste saranno finalizzate all'attivazione dei servizi di assistenza socio-sanitaria.

All'articolo 4 (che è aggiuntivo all'articolo 64 della legge n. 833 del 1978), si stabilisce infine che gli interventi connessi alla tutela della salute mentale devono trovare copertura nell'ambito delle disponibilità del fondo sanitario regionale.

Tuttavia, essendo prioritaria l'esigenza che si provveda, da parte delle regioni, al riordinamento straordinario del dipartimento di salute mentale, tenendo conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale o — in mancanza di approvazione del piano stesso — di quelle del CIPE, è prevista l'utilizzazione delle quote aggiuntive a destinazione vincolata qualora non sia possibile provvedere con le risorse di parte corrente.

\* \* \*

Si tratta, dunque, di un complesso di disposizioni innovative intese a realizzare lo spirito della riforma del 1978 in termini più aderenti alla realtà delle esigenze sociali e tecniche messe in evidenza, nella loro concretezza, dal quinquennio di riflessioni pratiche intercorso a partire dalla emanazione della legge n. 180.

## DISEGNO DI LEGGE

## ART. 1.

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

« 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 servizi generali per la tutela della salute, l'istituzione di un dipartimento di salute mentale coordinato da un medico psichiatra di qualifica apicale, con funzioni preventive, curative e riabilitative ed articolato come segue:

1) servizi di assistenza sanitaria domiciliare ed ambulatoriale territoriale, con funzioni prevalentemente preventive e di terapia non intensiva;

2) servizi psichiatrici di diagnosi e cura presso gli ospedali generali, con funzioni prevalentemente curative dei malati acuti;

3) servizi di assistenza socio-sanitaria attuata presso strutture e residenze apposite per i trattamenti protratti.

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

Il trattamento sanitario obbligatorio per malattia mentale viene prestato in condizioni di degenza ospedaliera quando esistano alterazioni psichiche che richiedano la necessità di urgenti interventi terapeutici se gli stessi non vengano accettati dall'infermo o, qualora trattasi di minore di anni 14, dal suo legale rappresentante e se non vi siano le condizioni e le circostanze che consentano di adot-

tare tempestivi ed idonei trattamenti extraospedalieri. 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 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.

I servizi psichiatrici di diagnosi e cura presso gli ospedali sono dotati di posti letto nel numero fissato dal piano sanitario regionale, che non può essere inferiore ad uno per ogni diecimila abitanti residenti nel territorio della regione.

Nei casi di urgente necessità, che richiedano l'immediata protezione dell'infermo, ed ove non sia possibile l'intervento tempestivo del dipartimento di salute mentale, si provvede al suo accompagnamento alla più vicina struttura sanitaria per le sole cure di pronto soccorso. Nei casi predetti l'attestazione della necessità del trattamento in condizioni di degenza ospedaliera emessa dal sanitario del servizio psichiatrico tiene luogo, agli effetti del provvedimento del sindaco, della proposta e della convalida di cui al terzo comma.

Nei territori regionali in cui hanno sede cliniche universitarie le regioni, con le convenzioni di cui all'articolo 39, possono affidare alle singole università la gestione di uno o più servizi territoriali per la tutela della salute mentale. Le predette convenzioni devono anche prevedere che le università nello svolgimento di tali attività si attengano agli stessi profili organizzativi e funzionali del dipartimento di salute mentale. Deve essere assicurato in ogni caso alle università l'autonomia direzionale e gestionale dei servizi e la possibilità di organizzare gli stessi in modo confacente alla prestazione di assistenza psichiatrica a favore di bacini di utenza multizonale e, ove ricorra il caso, interregionale nonché alle esigenze dell'attività didattica, di formazione e specializzazione professionale e di ricerca scientifica.

Con la legge regionale di cui al primo comma è altresì disciplinata la vigilanza sull'organizzazione, sull'attività e sui risul-

## IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

tati dei servizi di tutela della salute mentale, secondo le indicazioni contenute in apposito atto di indirizzo e coordinamento da emanarsi ai sensi dell'articolo 5 della presente legge. A tali fini è costituita anche una commissione regionale con funzioni consultive di tutela e vigilanza nella quale deve essere prevista una rappresentanza dei familiari dei malati. La stessa commissione entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno riferisce all'assessorato regionale alla sanità e al Ministero della sanità inviando una relazione sull'attività svolta. La mancata comunicazione della relazione comporta la diffida da parte della regione e, in caso di inadempienza per due volte consecutive, lo scioglimento della commissione e la sua ricostituzione entro sessanta giorni ».

## ART. 2.

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

« Il provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera, da emanarsi entro 48 ore dalla convalida di cui all'articolo 34, terzo comma, corredato dalla proposta medica motivata di cui all'articolo 33, terzo comma, e dalla suddetta convalida ovvero dalla attestazione di cui al quinto comma dell'articolo 34, 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 i sanitari del servizio psichiatrico di diagnosi e cura adottano gli interventi d'urgenza strettamente necessari nell'interesse dell'infermo.

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

## IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

bligatorio in condizioni di degenza ospedaliera e, su conforme parere del responsabile del servizio di salute mentale, dispone per l'adozione di misure sanitarie extraospedaliere con ordinanza soggetta a convalida.

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

Nei casi in cui il trattamento sanitario obbligatorio debba protrarsi oltre il quindicesimo giorno ed in quelli di ulteriore prolungamento, il sanitario responsabile del servizio di salute mentale 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 primo e secondo comma del presente articolo, indicando l'ulteriore durata presumibile del trattamento stesso.

Il sanitario indicato al comma precedente è tenuto a comunicare al sindaco, sia in caso di dimissione del ricoverato che in continuità di degenza, la cessazione delle condizioni che richiedono il trattamento sanitario obbligatorio; comunica altresì la eventuale sopravvenuta impossibilità a proseguire il trattamento stesso. Il sindaco, entro 48 ore dal ricevimento della comunicazione del sanitario, dà notizia al giudice tutelare.

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

Qualora si debba proseguire la cura, il trattamento sarà attuato presso un idoneo servizio di assistenza socio-sanita-

ria che, ove è necessario, può chiedere un nuovo trattamento obbligatorio in condizione di degenza ospedaliera. In tal caso il sindaco ne informa in tempo utile il giudice tutelare, il quale sentito il sanitario responsabile dispone la prosecuzione della degenza ospedaliera nel servizio di diagnosi e cura. Il numero e la ubicazione di tali strutture è fissato dal piano sanitario regionale.

Le strutture di cui al comma precedente, cui possono essere ammessi infermi in trattamento volontario, sono inserite per il settore psichiatrico nel complesso dei servizi dipartimentali di salute mentale e devono rispondere ai requisiti previsti dall'articolo 17 della presente legge.

In ogni caso ai lungodegenti psichiatrici devono essere garantite adeguata assistenza sanitaria e situazioni tali da stimolare o consolidare livelli di autosufficienza e possibilità di reinserimento sociale. Il sanitario responsabile del servizio psichiatrico è tenuto mensilmente alle comunicazioni di cui al quinto comma.

Il giudice tutelare, quando dispone la prosecuzione della degenza in strutture sanitarie ospedaliere, nomina all'infermo un tutore provvisorio, il quale adempie all'ufficio secondo le disposizioni sulla tutela dei minori stabilite nel codice civile.

La omissione delle comunicazioni di cui al primo, quarto, quinto e settimo comma del presente articolo determina la cessazione di ogni effetto del provvedimento, e fatti salvi i trattamenti sanitari necessari al paziente fino all'adozione del successivo provvedimento ove occorra, configura, purché non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

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.

Entro il termine di 30 giorni, decorrente dalla scadenza del termine di cui al secondo comma del presente articolo, il sindaco può proporre analogo ricorso av-

verso la mancata convalida del provvedimento che dispone il trattamento sanitario obbligatorio.

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

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

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

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.

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

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

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

### ART. 3.

L'articolo 64 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, è modificato come segue.

Il primo comma è sostituito dal seguente:

« La regione disciplina il graduale superamento degli ospedali psichiatrici e neuropsichiatrici e la loro trasformazione in istituti di riabilitazione per lungodegenti che opereranno fino al totale esaurimento dei lungodegenti attualmente ricoverati. In quanto le caratteristiche dei predetti ospedali lo consentano ne può

essere altresì preordinata l'utilizzazione ai fini dell'attivazione dei servizi di cui al primo comma, numero 3, dell'articolo 34 ».

Il secondo comma è sostituito dal seguente:

« È fatto divieto di stipulare nuove convenzioni tra enti pubblici e istituti di cura privati ai fini di trattamenti sanitari obbligatori ».

Il sesto comma è sostituito dal seguente:

« Sino all'adozione dei piani sanitari regionali i servizi di cui al quarto comma dell'articolo 34 sono organizzati secondo quanto previsto dal decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1969, n. 128, al fine di garantire la continuità dell'intervento sanitario a tutela della salute mentale, e sono dotati di un numero di posti letto non inferiore a 15 e non superiore a 30 ».

#### ART. 4.

Dopo l'articolo 64 della legge 12 dicembre 1978, n. 833, è aggiunto il seguente:

« ART. 64-bis. — Gli interventi di carattere socio-sanitario relativi alla tutela della salute mentale costituiscono priorità da finanziare con le risorse di cui all'articolo 53 della presente legge indicate nel fondo sanitario nazionale, per quanto concerne le spese di parte corrente, e con gli appositi stanziamenti in conto capitale previsti dal piano sanitario nazionale 1984-1986, per quanto concerne le opere edilizie e le attrezzature.

Per il 1984 le regioni provvedono al riordinamento del dipartimento di salute mentale, anche a stralcio dei piani sanitari regionali, con facoltà di trasformazione e concentrazione dei servizi che risultino eccedenti o non essenziali rispetto alle indicazioni del piano sanitario nazionale o del CIPE ai sensi dell'articolo 51 della presente legge.

## IX LEGISLATURA — DISEGNI DI LEGGE E RELAZIONI — DOCUMENTI

Per le esigenze del riordinamento straordinario indicate al comma precedente e riguardanti gli anni successivi al 1984, cui non possa farsi fronte con gli stanziamenti di parte corrente, le regioni provvedono alle relative spese, per la durata dei primi due piani triennali, con le quote a destinazione vincolata a loro disposizione.

I piani sanitari regionali, od organiche deliberazioni consiliari adottate a stralcio e nelle more dell'elaborazione dei piani stessi, definiscono le misure di intervento previste in ciascuna regione, e precisano il fabbisogno finanziario occorrente per provvedere per le opere edilizie, gli arredi e le attrezzature necessarie per i servizi e le strutture del dipartimento di salute mentale.

Sulla base di tali indicazioni organiche delle regioni, il CIPE, su proposta del Ministro della sanità e sentito il Consiglio sanitario nazionale, definisce il fabbisogno nazionale, per la parte da riservare alla psichiatria all'interno del fondo sanitario nazionale nel quadro delle compatibilità economiche e delle indicazioni del piano sanitario nazionale, e, limitatamente al periodo di durata dei primi due piani triennali, vincola all'interno degli stanziamenti in conto capitale la quota da destinare alle opere sopra indicate. In detto periodo le regioni sono autorizzate ad affidare l'esecuzione di complessi organici di opere e di lavori ad imprese idonee anche a mezzo di trattativa privata, previa gara esplorativa. Dette opere sono dichiarate ad ogni effetto di pubblica utilità nonché urgenti ed indifferibili.

Sull'attuazione degli interventi di cui al presente articolo e sull'uso delle somme a destinazione vincolata all'uopo stanziato, le regioni sono tenute a fornire, entro il 31 gennaio ed il 31 luglio di ogni anno, appositi rapporti al Ministero della sanità e al Ministero del bilancio e della programmazione economica, che ne riferiscono annualmente al Parlamento ».