



Senato della Repubblica  
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter  
**DDL S. 116**

Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia

17/12/2022 - 23:23

# Indice

1. DDL S. 116 - XVIII Leg. ....	1
1.1. Dati generali . . . . .	2
1.2. Testi . . . . .	3
1.2.1. Testo DDL 116. . . . .	4
1.3. Trattazione in Commissione . . . . .	10
1.3.1. Sedute . . . . .	11
1.3.2. Resoconti sommari . . . . .	13
1.3.2.1. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') . . . . .	14
1.3.2.1.1. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 38 (pom.) del 05/12/2018 . . . . .	15
1.3.2.1.2. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 40 (pom.) dell'11/12/2018 . . . . .	18
1.3.2.1.3. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 68 (ant.) del 14/02/2019 . . . . .	46
1.3.2.1.4. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 59 (ant.) del 20/02/2019 . . . . .	47
1.3.2.1.5. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 74 (pom.) del 12/03/2019 . . . . .	49
1.3.2.1.6. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 78 (pom.) del 19/03/2019 . . . . .	50
1.3.2.1.7. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 72 (pom.) del 10/04/2019 . . . . .	51
1.3.2.1.8. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 73 (ant.) dell'11/04/2019 . . . . .	54
1.3.2.1.9. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 76 (pom.) del 07/05/2019 . . . . .	58
1.3.2.1.10. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 82 (pom.) dell'11/06/2019 . . . . .	72
1.3.2.1.11. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 87 (pom.) del 02/07/2019 . . . . .	115
1.3.2.1.12. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 113 (pom.) del 15/01/2020 . . . . .	121
1.3.2.1.13. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 118 (pom.) dell'11/02/2020 . . . . .	125
1.3.2.1.14. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 142 (ant.) del 18/06/2020 . . . . .	127
1.3.2.1.15. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 143 (pom.) del 23/06/2020 . . . . .	131
1.3.2.1.16. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (pom.) del 30/06/2020 . . . . .	142
1.3.2.1.17. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 147 (pom.) del 07/07/2020 . . . . .	148
1.3.2.1.18. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 148 (ant.) dell'08/07/2020 . . . . .	197
1.3.2.1.19. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (ant.) del 13/01/2021 . . . . .	203
1.3.2.1.20. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 210 (ant.) dell'08/04/2021 . . . . .	210
1.3.2.1.21. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 284 (pom.) del 15/02/2022 . . . . .	213
1.3.2.1.22. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 303 (ant.) del 04/05/2022 . . . . .	220
1.4. Trattazione in consultiva . . . . .	225
1.4.1. Sedute . . . . .	226
1.4.2. Resoconti sommari . . . . .	227

1.4.2.1. 8^ Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni) . . . . .	228
1.4.2.1.1. 8^Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni) - Seduta n. 146 (pom.) del 07/07/2020 . . . . .	229
1.4.2.1.2. 8^Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni) - Seduta n. 148 (pom.) del 14/07/2020 . . . . .	235

## **1. DDL S. 116 - XVIII Leg.**

# 1.1. Dati generali

---

---

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge  
Atto Senato n. 116  
**XVIII Legislatura**

---

Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia

---

Iter

**4 maggio 2022:** in corso di esame in commissione

**Successione delle letture parlamentari**

**S.116**

**in corso di esame in commissione**

---

Iniziativa Parlamentare

[Antonio De Poli](#) ( [FI-BP](#) )

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **23 marzo 2018**; annunciato nella seduta n. 1 del 23 marzo 2018.

Classificazione TESEO

EPILESSIA , MALATTIE SOCIALI

**Articoli**

COMMISSIONI CONSIGLI E COMITATI AMMINISTRATIVI (Art.3), MINISTERO DELLA SALUTE (Artt.3-5), INFORMAZIONE (Art.4), AGGIORNAMENTO (Art.4), REGIONI (Art.5), ASSISTENZA SANITARIA (Art.5), CURE MEDICHE E CHIRURGICHE (Art.5), CERTIFICATI E REFERTI SANITARI (Art.6), PATENTE (Art.6)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Pierpaolo Sileri](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 5 dicembre 2018)

.

Sostituito da Sen. [Elisa Pirro](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 15 gennaio 2020) .

Assegnazione

Assegnato alla [12<sup>a</sup> Commissione permanente \(Igiene e sanita'\)](#) in sede redigente il 21 giugno 2018.

Annuncio nella seduta n. 14 del 26 giugno 2018.

Pareri delle commissioni 1<sup>a</sup> (Aff. costituzionali), 5<sup>a</sup> (Bilancio), 7<sup>a</sup> (Pubbl. istruzione), 8<sup>a</sup> (Lavori pubblici), 11<sup>a</sup> (Lavoro), Questioni regionali (aggiunto il 23 gennaio 2019; annunciato nella seduta n. 82 del 23 gennaio 2019)

## **1.2. Testi**

## 1.2.1. Testo DDL 116

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 116

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa del senatore **DE POLI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 23 MARZO 2018

Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia

Onorevoli Senatori.-Il disegno di legge in esame scaturisce dalla necessità di fare fronte a un problema di enorme rilevanza sociale, l'epilessia, una patologia cronica e invalidante che coinvolge circa l'1 per cento dei cittadini italiani. L'intento che si vuole raggiungere è assicurare il miglioramento della qualità di vita alle persone affette da epilessia e alle loro famiglie, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci ed adeguate terapie.

Dalle recenti rilevazioni si evince che, nei Paesi industrializzati, l'epilessia interessa circa 1 persona su 100: si stima che in Europa circa 6 milioni di persone abbiano un'epilessia in fase attiva (cioè con crisi persistenti o tuttora in trattamento) e che la malattia interessi in Italia circa 500.000 persone.

I maggiori picchi di incidenza si hanno nei bambini, nei giovani adulti e negli anziani. Nei Paesi in via di sviluppo l'incidenza dell'epilessia è verosimilmente maggiore, anche se non vi sono dati epidemiologici sicuri.

Dalle rilevazioni effettuate dalla Lega italiana contro l'epilessia (LICE), che ha diffuso i risultati di un'indagine dedicata agli insegnanti delle scuole primarie e secondarie di primo grado, per verificare l'approccio della scuola italiana al problema, emergono risultati preoccupanti e deludenti. Nonostante la quasi totalità degli insegnanti conosca a grandi linee l'esistenza della patologia, sono in realtà pochi quelli che hanno familiarità con gli aspetti più delicati. La maggioranza degli interpellati è convinta che si tratti di una malattia ereditaria e dalla quale non si può guarire, mentre davvero inquietante risulta il fatto che oltre il 60 per cento non sappia come comportarsi in presenza di una crisi.

L'indagine effettuata dalla LICE dimostra che nei tre quarti dei casi l'esordio dell'epilessia avviene prima dei venti anni di età, in particolare nei bambini e negli adolescenti.

Quello che vogliamo trasmettere attraverso il presente disegno di legge è che il bambino colpito da epilessia non è assolutamente un diverso e che tale non deve essere considerato! Per fare in modo che questa «normalità» sia rispettata, si ritengono indispensabili corsi di informazione attraverso campagne di formazione in famiglia e nelle scuole.

È importante evidenziare che il primo approccio alla cura dell'epilessia è sempre farmacologico, basato quindi sull'utilizzo di farmaci specifici (antiepilettici). Fino al 1990 si avevano a disposizione soltanto pochi farmaci antiepilettici (che ora sono definiti «tradizionali»), mentre in seguito sono entrate in commercio numerose altre molecole (farmaci antiepilettici di nuova generazione). L'obiettivo della ricerca farmacologica applicata alla clinica è sempre quello di trovare il farmaco antiepilettico ideale che dovrebbe possedere due caratteristiche fondamentali:

- 1) essere efficace su gran parte delle forme di epilessia;
- 2) indurre meno effetti collaterali possibili.

Ovviamente i farmaci si devono somministrare solo quando la diagnosi è stata posta correttamente, da ciò l'importanza di effettuare controlli diagnostici accurati e periodici.

Premesse fondamentali per la buona riuscita del trattamento sono l'affidabilità e la collaborazione del paziente e dei suoi familiari, la cosiddetta «*compliance*». Per avere una buona *compliance* il neurologo esperto di epilessia deve spiegare con chiarezza le basi fondamentali della cura antiepilettica: si tratta di una terapia molto lunga, generalmente per molti anni, che non deve essere mai interrotta e che deve essere assunta spesso anche in 2-3 dosi giornaliere, a intervalli di norma regolari.

È opportuno, inoltre, che il paziente conosca gli effetti dei farmaci somministrati, sia quelli positivi sia quelli negativi (ogni farmaco ne induce qualcuno) e le eventuali interazioni con altri farmaci che sta assumendo.

Un passo importante verso il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia è stato fatto con il decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59, in materia di patente di guida. Si tratta, a prescindere dalle applicazioni pratiche del decreto legislativo, di una grande novità nel campo della clinica dell'epilessia, poiché finalmente, e dopo non pochi analoghi tentativi non andati a buon fine, il paziente affetto da epilessia ha acquisito il «diritto alla guarigione».

Infatti, a prescindere dai pregiudizi storici e da ipotesi nate quando la malattia non era spiegabile dalle conoscenze scientifiche, circa l'80 per cento delle epilessie vanno incontro a guarigione. Era dunque giusto che se ne tenesse conto anche in sede di concessione e di rinnovo dell'autorizzazione alla guida. Finalmente il paziente può staccare l'etichetta «epilessia» e presentarsi alla commissione per la revisione delle patenti di guida certo che, ove ricorrano le condizioni richieste, la sua patente tornerà ad avere una durata collegata all'età e alle condizioni generali senza più essere condizionata dalla pregressa diagnosi di epilessia.

Il decreto legislativo n. 59 del 2011 prevede tempi e criteri più adeguati per la concessione e per il rinnovo della patente e per la definizione delle eventuali limitazioni, accogliendo le norme previste dalla direttiva 2006/126/CE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 20 dicembre 2006.

Chi ha avuto una sola crisi comiziale in tutta la sua vita, e parliamo del 5 per cento della popolazione sana, non è più classificabile come epilettico e quindi potrà essere titolare anche di patenti di guida di tipo professionale.

Non bisogna trascurare, inoltre, che l'epilessia è più frequente nell'età pediatrica, in cui la malattia generalmente esordisce, magari in forme benigne, che dipendono dallo sviluppo neurologico del bambino e che scompaiono con la crescita, oppure in forme più gravi che condizionano in modo importante l'apprendimento e lo sviluppo del bambino. Per questo riteniamo necessario che il Ministro della salute possa garantire un'adeguata informazione e la promozione di interventi in grado di incentivarne la prevenzione. La prevenzione è estremamente rilevante, spesso accade però che la diagnosi si ha solo quando il bambino ha una crisi e i genitori si recano al pronto soccorso. La diagnosi, infatti, è inizialmente clinica e, poiché il medico non vede il bambino nel momento della crisi, è basata sull'anamnesi riportata dai genitori o dai familiari che hanno assistito alle crisi o al singolo episodio. Dopo queste valutazioni si decideranno gli esami strumentali da eseguire.

Il presente disegno di legge in esame dà una rilevanza fondamentale alla promozione dell'informazione sulle diverse caratteristiche che la malattia può assumere, dal momento che chi è affetto da epilessia risente anche delle caratteristiche di gravità della malattia e della rispondenza alla terapia. Oggi più di due terzi di quanti soffrono del «mal caduco» possono tenere sotto controllo le crisi con una terapia farmacologica precoce e continuativa e con un adeguato monitoraggio dei farmaci. Inoltre, il trattamento farmacologico è volto sempre più non solo al controllo clinico delle crisi, ma anche alla diminuzione dei possibili effetti collaterali con relativo miglioramento delle prestazioni cognitive e della qualità della vita dei piccoli pazienti e delle loro famiglie. In questo senso occorre individuare un trattamento che tenga sotto controllo le crisi senza però compromettere la qualità della vita: non è pensabile, infatti, che il controllo delle crisi sia ottenuto accettando che gli effetti collaterali dei farmaci compromettano sensibilmente capacità e potenzialità individuali o di vita sociale. Alcune forme di epilessia idiopatica con esordio proprio nel corso dell'infanzia e dell'adolescenza sono assolutamente benigne. Esse si verificano tipicamente in soggetti per altro completamente sani e spesso guariscono o si attenuano nell'adulto.

Nonostante il bambino o il ragazzo con epilessia abbia la possibilità, nella maggior parte dei casi, di

condurre una vita normale, spesso il contesto sociale in cui egli vive e si confronta è caratterizzato da pregiudizi sulla malattia e sul malato. Circondata da un contesto con queste caratteristiche anche la famiglia rischia di sviluppare uno stile parentale che fatica a promuovere nel figlio atteggiamenti di autonomia. I rischi maggiori sono legati al fatto di mettere in atto stili iperprotettivi con forti limitazioni dell'autonomia, oppure fondati su pretese eccessive e sulla svalutazione delle prestazioni scolastiche o, infine, caratterizzati da stati di tensione e di conflitto, in cui la famiglia può favorire nel figlio atteggiamenti fatalistici o rinunciatari.

Purtroppo pregiudizi ed errate generalizzazioni dell'epilessia spesso sono causati da una non esatta conoscenza della malattia che si può presentare sotto diverse manifestazioni e con differenti livelli di gravità. Infatti, oltre alla classificazione delle crisi epilettiche esiste una classificazione ulteriore delle sindromi epilettiche:

- 1) le epilessie generalizzate (tra cui l'epilessia mioclonica giovanile, ad esordio nell'adolescenza, che ha un'incidenza del 10 per cento su tutte le epilessie) rappresentano il 40 per cento di tutte le sindromi epilettiche, e generalmente hanno un'eziologia genetica;
- 2) il piccolo male epilettico, che colpisce spesso i bambini, è un'improvvisa perdita di coscienza (circa 5-10 secondi) con arresto improvviso dell'attività, sguardo fisso e spesso rotazione in alto degli occhi, a cessazione improvvisa; spesso dopo l'assenza il soggetto si rende conto dell'accaduto dallo sguardo attonito e interrogativo dei presenti; le assenze possono essere semplici (solo perdita di coscienza) o complesse (accompagnate da contrazioni cloniche, ipotonia muscolare e ipertonìa dei muscoli assiali);
- 3) il grande male epilettico è una varietà di epilessia più drammatica e teatrale e infatti spesso rappresenta l'immaginario comune della sindrome epilettica. È caratterizzato da un'iniziale forte spasmo di tutti i muscoli scheletrici (fase tonica denominata «aura epilettica») seguito dopo poche decine di secondi da contrazioni muscolari rapide, più o meno regolari, con movimenti ampi e veloci (scosse cloniche sincrone, denominate «fase clonica»). Infine abbiamo una transitoria perdita di coscienza di 5-10 minuti con perdita di urina (fase *post accessuale*).

Un'adeguata informazione in materia arrecherebbe un vantaggio non solo a chi ne soffre e alle loro famiglie, ma all'intera collettività ed è per questo motivo che riteniamo di fondamentale importanza promuovere una maggiore conoscenza attraverso corsi di medicina specialistica oltre che corsi di informazione e di prevenzione attraverso il ricorso ai centri di riferimento.

Il presente disegno di legge intende porre una soluzione alle problematiche evidenziate, pur non avendo alcuna pretesa di essere esaustiva in merito. Il testo dispone inoltre che, previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida per tutte le categorie di veicoli.

Un passo importante verso quanti, pur essendo affetti da questa malattia, sono in grado di divenire autosufficienti al pari degli altri, superando i numerosi preconcetti in merito, è stato già raggiunto, oltre che con il citato decreto legislativo n. 59 del 2011, con il precedente decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti 30 novembre 2010, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 301 del 27 dicembre 2010, con cui risulta recepita la direttiva 2009/112/CE della Commissione, del 25 agosto 2009, che disciplina le norme sulla idoneità alla guida per persone affette da epilessia, disabilità visiva e diabete mellito. Per chi soffre di epilessia, le nuove norme portano da due anni ad uno il periodo di libertà da crisi necessario per la guida ad uso privato. Inoltre sono riconosciute situazioni differenziate che permettono la guida dopo periodi di tempo inferiori o addirittura senza proibizioni. È questo il caso, ad esempio, di persone con sole crisi notturne, con crisi non accompagnate a perdita di coscienza o con crisi provocate da fatti acuti a carico del sistema nervoso senza tendenza a ripresentarsi.

Il decreto citato ha consentito di rimuovere una discriminazione anticostituzionale che ha rappresentato per molto tempo un ingiusto preconcetto verso gli oltre 300.000 italiani che sono affetti da questa patologia, per altro articolata in innumerevoli sindromi e in altrettante numerose manifestazioni cliniche.

Per superare ogni altra discriminazione in merito, il presente disegno di legge in esame rileva la necessità del riconoscimento dei casi di guarigione, condizione scontata per alcune sindromi, più o meno frequente in altre, tuttora irraggiungibile in altre ancora. Si evidenzia la necessità di garantire l'accesso ai percorsi integrativi per i casi di farmaco-resistenza e di migliorare le questioni legate alla patente di guida e alle agevolazioni alla mobilità per chi la patente non possa ottenerla, con un adeguamento alle indicazioni europee, finora variamente recepite dalle normative nazionali.

Il testo si compone di sette articoli.

L'articolo 1 stabilisce la finalità della legge, che è quella di consentire e di assicurare la piena integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone affette da epilessia e delle loro famiglie.

L'articolo 2 definisce i destinatari.

L'articolo 3 istituisce la Commissione nazionale per la lotta contro l'epilessia atta a garantire al paziente affetto da epilessia un'assistenza ottimale, organizzata in relazione ai particolari bisogni terapeutici.

L'articolo 4 dispone in merito alla promozione dell'informazione e della formazione.

L'articolo 5 individua centri di riferimento mediante i quali possa essere assicurato un trattamento specifico profilattico e sintomatico, anche domiciliare, ai soggetti affetti da epilessia, in collaborazione con le organizzazioni di volontariato e dei familiari.

L'articolo 6 prevede disposizioni in materia di rilascio della patente di guida in favore delle persone affette da epilessia.

L'articolo 7 specifica la copertura finanziaria.

## DISEGNO DI LEGGE

### Art. 1.

#### *(Finalità)*

1. La presente legge ha la finalità di consentire e di assicurare la piena integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone affette da epilessia e delle loro famiglie, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci e adeguate terapie.

### Art. 2.

#### *(Destinatari)*

1. La presente legge si applica:

- a) alle persone affette da epilessia certificata da un medico specialistico;
- b) alle persone affette da epilessia farmaco-resistenti;
- c) alle persone di cui è stata certificata la guarigione dall'epilessia.

### Art. 3.

#### *(Istituzione della Commissione nazionale per la lotta contro l'epilessia)*

1. Allo scopo di garantire al paziente affetto da epilessia un'assistenza ottimale, organizzata in relazione ai particolari bisogni terapeutici, è istituita presso il Ministero della salute la Commissione nazionale per la lotta contro l'epilessia che predispone, nell'ambito dell'apposito piano ministeriale, l'attuazione di interventi atti a garantire:

- a) il monitoraggio delle percentuali di invalidità stabilite per le epilessie e il conseguente aggiornamento, sulla base della classificazione internazionale dell'Organizzazione mondiale della sanità, della nuova tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti, di cui al decreto del Ministro della sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale*, n. 47 del 26 febbraio 1992;
- b) la predisposizione di interventi formativi e informativi atti al riconoscimento della diagnosi di epilessia e del conseguente stato invalidante;
- c) la programmazione di ogni utile iniziativa atta a superare i pregiudizi sulle epilessie e a favorire la promozione della ricerca e della cura nonché l'integrazione sociale delle persone affette da epilessia e

delle loro famiglie.

Art. 4.

*(Promozione dell'informazione e della formazione)*

1. Il Ministro della salute, in collaborazione con le regioni e con gli enti locali, con le scuole, con le organizzazioni di volontariato e di interesse collettivo, con le società scientifiche, con le aziende sanitarie locali e ospedaliere, con i medici di medicina generale e con le strutture sanitarie pubbliche e private, promuove campagne di informazione e di formazione dirette a:

- a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge;
- b) divulgare tra i cittadini una corretta informazione sui contenuti della presente legge, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;
- c) promuovere la realizzazione e la divulgazione di messaggi ed attivare canali di sensibilizzazione ed informazione sull'epilessia attraverso i mezzi di comunicazione di massa tenendo conto delle indicazioni della Commissione nazionale per la lotta contro l'epilessia;
- d) favorire interventi nei confronti dei medici neurologi istituendo a livello *post* laurea corsi specializzati nella cura e nella prevenzione dell'epilessia infantile;
- e) assicurare una capillare distribuzione di materiale di informazione sull'epilessia a livello delle strutture sanitarie preposte alla diagnosi e alla cura della patologia;
- f) rafforzare la collaborazione e il dialogo tra famiglie e corpo insegnante al fine di supportare le famiglie stesse nell'affrontare la patologia e, in particolare, di ridurre il senso di disagio che induce a non informare gli organi scolastici dello stato patologico;
- g) migliorare l'accoglienza del bambino o del ragazzo con epilessia nelle scuole;
- h) istituire corsi di aggiornamento per docenti sulle problematiche relative all'epilessia nell'età infantile e in quella adulta e sulle rispettive specificità.

Art. 5.

*(Centri di riferimento)*

1. Il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, istituisce, presso ogni regione, centri di riferimento che provvedono ad assicurare un trattamento specifico profilattico e sintomatico, anche domiciliare, ai soggetti affetti da epilessia, in collaborazione con le organizzazioni di volontariato e dei familiari, nonché a garantire forme di assistenza specifica, integrativa degli interventi svolti dal servizio sanitario regionale, finalizzate all'ottimale inserimento sociale dei malati.

Art. 6.

*(Norme in materia di rilascio della patente di guida in favore delle persone affette da epilessia)*

1. I costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti speciali di guida non possono superare, per identici periodi di tempo, i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti ordinarie di guida.
2. Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi e comunque non superiore a cinque anni.
3. I benefici riguardanti la scelta della sede di lavoro e il trasferimento, previsti dall'articolo 21 e dall'articolo 33, comma 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, al fine di promuovere e di realizzare la piena integrazione nel mondo del lavoro delle persone disabili riconosciute invalide, sono estesi a tutti i soggetti che, a causa della loro condizione patologica, non sono abilitati alla guida di un veicolo.
4. Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di

guida per tutte le categorie di veicoli.

Art. 7.

*(Copertura finanziaria)*

1. All'onere derivante dall'attuazione della presente legge si provvede, per l'anno 2018 mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2018-2020, nell'ambito del programma «Fondi di riserva e speciali» della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2018, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute, e a decorrere dall'anno 2019, mediante corrispondente riduzione della dotazione organica del Fondo per interventi strutturali di politica economica, di cui all'articolo 10, comma 5, del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito, con modificazioni, dalla legge 27 dicembre 2004, n. 307.

## **1.3. Trattazione in Commissione**

## 1.3.1. Sedute

---

---

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge  
Atto Senato n. 116  
**XVIII Legislatura**

---

Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia

---

Trattazione in Commissione

### **Sedute di Commissione primaria**

Seduta

12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 38 \(pom.\)](#)

5 dicembre 2018

12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)

[N. 40 \(pom.\)](#)

11 dicembre 2018

12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 68 \(ant.\)](#)

14 febbraio 2019

### **Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi**

12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)

[N. 59 \(ant.\)](#)

20 febbraio 2019

12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 74 \(pom.\)](#)

12 marzo 2019

### **Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi**

[N. 78 \(pom.\)](#)

19 marzo 2019

### **Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi**

[N. 72 \(pom.\)](#)

10 aprile 2019

[N. 73 \(ant.\)](#)

11 aprile 2019

[N. 76 \(pom.\)](#)

7 maggio 2019

[N. 82 \(pom.\)](#)

11 giugno 2019

[N. 87 \(pom.\)](#)

2 luglio 2019

[N. 113 \(pom.\)](#)

15 gennaio 2020

[N. 118 \(pom.\)](#)

11 febbraio 2020

12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)

[N. 142 \(ant.\)](#)

18 giugno 2020

[N. 143 \(pom.\)](#)

23 giugno 2020

12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 145 \(pom.\)](#)

30 giugno 2020

[N. 147 \(pom.\)](#)

7 luglio 2020

[N. 148 \(ant.\)](#)

8 luglio 2020

[N. 195 \(ant.\)](#)

13 gennaio 2021

[N. 210 \(ant.\)](#)

8 aprile 2021

[N. 284 \(pom.\)](#)

15 febbraio 2022

[N. 303 \(ant.\)](#)

4 maggio 2022

## **1.3.2. Resoconti sommari**

## **1.3.2.1. 12<sup>^</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita')**

## 1.3.2.1.1. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 38 (pom.) del 05/12/2018

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12ª)  
MERCOLEDÌ 5 DICEMBRE 2018  
38ª Seduta

Presidenza del Presidente  
[SILERI](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Bartolazzi.*

*La seduta inizia alle ore 14,15.*

### *SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI*

Il [PRESIDENTE](#) informa che è pervenuta, da parte del senatore Faraone, la richiesta, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento, della pubblicità dei lavori dell'odierna seduta della Commissione, con diretta audiovisiva anche sui canali *web*.

Constatato l'unanime consenso della Commissione, avverte che verrà immediatamente inviata la prescritta richiesta al Presidente del Senato e che per il prosieguo dei lavori sarà attivata la diretta audiovisiva.

### *IN SEDE REDIGENTE*

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**  
**(716) ERRANI e Loredana DE PETRIS. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**  
(Discussione congiunta e rinvio)

Il [PRESIDENTE](#), relatore, illustra i disegni di legge in titolo, ponendo in risalto le analogie e le differenze tra i due provvedimenti.

Al termine dell'esposizione, propone di adottare come testo base il disegno di legge n. 716, nonché di svolgere un breve ciclo di audizioni informali, limitando ad un massimo di tre il numero di richieste che potranno essere avanzate in proposito da ciascun Gruppo.

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le proprie richieste di audizione entro le ore 14 del prossimo mercoledì 12 dicembre.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

**(733) SILERI ed altri. - Norme in materia di disposizione del proprio corpo e dei tessuti post mortem a fini di studio, formazione e di ricerca scientifica**

**(122) DE POLI e CASINI. - Disposizioni in materia di donazione del corpo post mortem e di utilizzo dei cadaveri a fini di studio, di ricerca scientifica e di formazione**

**(176) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disposizioni in materia di donazione del corpo post mortem e di utilizzo a fini di studio, di ricerca scientifica e di formazione**

**(697) Paola BINETTI. - Disposizioni in materia di donazione del corpo post mortem e di utilizzo dei cadaveri a fini di studio, di ricerca scientifica e di formazione**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 21 novembre.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti. Informa che l'emendamento 4.6 a sua firma è stato riformulato in un testo 2 (pubblicato in allegato): scopo della riformulazione è quello di omogeneizzare l'emendamento in questione, sul piano lessicale, al titolo del disegno di legge, per ciò che attiene all'individuazione dei fini dell'utilizzo delle salme ("di studio, di formazione o di ricerca scientifica").

Comunica, infine, che la Commissione bilancio non si è ancora pronunciata sul testo base e sugli emendamenti ad esso riferiti, sottolineando l'impossibilità, in difetto di tale parere obbligatorio, di procedere alle votazioni.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

**(299) Paola BOLDRINI e PARRINI. - Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia**

**(485) Isabella RAUTI ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante**

**(672) VESCOVI. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante**  
(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 28 novembre.

Il **PRESIDENTE** ricorda che i tre disegni di legge oggetto di discussione congiunta sono stati illustrati dal relatore e che si è svolto il ciclo di audizioni informali a suo tempo deliberato.

Ribadisce che risulta presentato, ma ancora da assegnare, un ulteriore disegno di legge concernente la fibromialgia: l'Atto Senato n. **899** (Gaudiano e altri).

Propone pertanto di dare avvio alla discussione generale congiunta e di rinviare ad una fase successiva l'individuazione del testo base, rammentando come in sede informale sia tuttavia già emerso un orientamento favorevole al disegno di legge a prima firma della senatrice Boldrini.

La senatrice **BOLDRINI** (PD) ritiene opportuno adottare una determinazione in ordine al testo base solo a seguito della congiunzione e illustrazione del summenzionato disegno di legge n. **899**.

Nessun altro chiedendo di intervenire, constatato dunque il consenso unanime della Commissione sulla sua proposta, il **PRESIDENTE** dichiara aperta la discussione generale congiunta.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 14,30.*

#### EMENDAMENTO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [733](#)

Art. 4

#### **4.6 (testo 2)**

##### SILERI

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«1-bis. Ognuno dei centri di riferimento di cui al comma 1 si avvale del comitato etico indipendente territorialmente competente, individuato ai sensi del decreto legislativo 24 giugno 2003, n. 211, dell'articolo 12, commi 10 e 11, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito in legge, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e dell'articolo 2 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, al quale spetta la valutazione dei fini di studio, di formazione o di ricerca scientifica che richiedono il ricorso al corpo di cadavere o ai suoi organi o tessuti».

## 1.3.2.1.2. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 40 (pom.) dell'11/12/2018

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**MARTEDÌ 11 DICEMBRE 2018**  
**40<sup>a</sup> Seduta (pomeridiana)**

*Presidenza del Presidente*  
**SILERI**

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Bartolazzi.*

*La seduta inizia alle ore 14,10.*

*SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI*

Il **PRESIDENTE** ricorda che nella seduta antimeridiana si è convenuto di rendere pubblici i lavori odierni della Commissione mediante attivazione dell'impianto audiovisivo, con trasmissione anche sui canali *web*. Fa presente che il Presidente del Senato ha autorizzato tale forma di pubblicità.

Non essendovi obiezioni, si procede con il regime di pubblicità anzidetto.

*IN SEDE CONSULTIVA*

**(981 e 981-bis)** *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021 e relativa Nota di variazioni*, approvato dalla Camera dei deputati  
- **(Tabb. 14 e 14-bis)** Stato di previsione del Ministero della salute per l'anno finanziario 2019 e per il triennio 2019-2021  
(Rapporto alla 5a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nell'odierna seduta antimeridiana.

Il **PRESIDENTE**, dopo aver ricordato che nella seduta antimeridiana il provvedimento è stato oggetto di illustrazione, informa che sono stati presentati 27 ordini del giorno (pubblicati in allegato).

Prende atto la Commissione.

La senatrice **BINETTI** (*FI-BP*), intervenendo in discussione generale, dà preliminarmente atto alla relatrice della precisione e puntualità dell'esposizione svolta.

Nel merito, mentre esprime soddisfazione per la disposizione relativa agli *screening* neonatali obbligatori, si duole della mancata attenzione accordata ai farmaci orfani e alle malattie rare: non sono

state adottate le necessarie misure di sostegno alle piccole aziende farmaceutiche impegnate nella ricerca in tale delicato settore. Più in generale, sottolinea l'assenza di risorse aggiuntive (essendo quelli disposti dal provvedimento meri spostamenti di fondi), nonché di un piano organico di innovazione e sviluppo, nel campo della ricerca sanitaria.

Altra lacuna del disegno di legge in esame, ad avviso dell'oratrice, è rappresentata dalla mancanza di interventi a sostegno delle disabilità: fatta eccezione per una misura relativa alle minorazioni visive, il testo presenta solo formule vaghe e non presta la necessaria attenzione alle prospettive di inserimento lavorativo e a quelle di sostegno alle famiglie delle persone disabili.

Per ciò che concerne la formazione in medicina, plaude alla disposizione che incrementa le risorse finanziarie per la formazione specialistica, ma rileva la perdurante mancanza di risposta al problema del cosiddetto numero chiuso per l'accesso alle università: a suo giudizio occorrerebbe un intervento di sistema che leghi il numero dei posti universitari al numero delle borse di studio per la successiva formazione specialistica. Sempre in tema di medici specializzandi, sottolinea che l'ammissione di questi ultimi alle procedure concorsuali per l'accesso alla dirigenza del ruolo sanitario è un fatto positivo, a patto che siano garantiti i successivi sbocchi lavorativi.

Quanto infine alla disposizione che sana la posizione dei medici palliativisti privi dei necessari titoli di specializzazione, osserva che quest'ultima è condivisibile nella misura in cui sia specificato che si tratta di una misura transitoria e non di una disciplina a regime: ove tale aspetto non fosse chiaro, si rischierebbe di minare la credibilità del sistema delle cure palliative.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) rileva preliminarmente che la manovra finanziaria in esame, essendo tutta in *deficit*, è sottoposta alla spada di Damocle della procedura d'infrazione europea. Ciò posto, rileva che ai numerosi proclami dell'attuale maggioranza hanno fatto seguito poche iniziative concrete, anche per ciò che attiene al settore sanitario.

Nel merito, in riferimento alla disposizione che consente alle lavoratrici di astenersi dal lavoro solo dopo l'evento del parto, osserva che tale apparente ampliamento della libertà di scelta potrebbe ritorcersi contro le donne, specie quando esse versano in una condizione di particolare fragilità nell'ambito del rapporto di lavoro.

In tema di liste d'attesa, evidenzia che il disegno di legge in esame si limita a prefigurare interventi, pure opportuni, per l'ammodernamento delle infrastrutture tecnologiche legate ai sistemi di prenotazione elettronica, quando sarebbe stato necessario consentire nuove assunzioni di personale.

Riguardo ai *ticket* sanitari, sottolinea che nel testo non vi è traccia della promessa abolizione ma ci si limita a prevedere la revisione del sistema di compartecipazione, nell'ambito di una futura intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

Quanto al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, pone in rilievo che per l'anno 2019 non sono previsti aumenti delle risorse ma il mero mantenimento dello stanziamento già precedentemente disposto, mentre gli incrementi previsti per gli anni successivi sono subordinati alla sottoscrizione del nuovo Patto per la salute.

In riferimento al settore dell'emergenza urgenza, plaude allo stanziamento di fondi per l'estensione del Servizio 112 Numero Unico Europeo (NUE) a tutte le regioni, ma segnala che tale previsione avrebbe dovuto essere completata dall'introduzione di misure mirate alla formazione del personale.

In conclusione, preannuncia la presentazione di un rapporto di minoranza, nel quale le considerazioni testé svolte saranno ulteriormente dettagliate.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (FI-BP), ringraziata la relatrice per l'analitica esposizione svolta, premette che la manovra finanziaria è allo stato difficile da valutare, stante l'incertezza che aleggia sul testo.

In termini generali, osserva che il disegno di legge, per ciò che attiene al settore sanitario, non reca interventi di programmazione sistemica e si limita a introdurre piccole misure di carattere settoriale, talora anche condivisibili.

Quanto al tema del finanziamento del sistema sanitario, rileva che, dopo la perdita di circa 37 miliardi registratasi nel corso degli ultimi anni, la manovra in esame, diversamente da quanto promesso, non adegua gli stanziamenti per il 2019 e subordina gli incrementi per il biennio 2020-2021 alla stipula del nuovo Patto per la salute.

Soggiunge che non si affronta minimamente, nell'ambito dell'articolato, il problema dei riconoscimenti economici dovuti, in base alla normativa europea, ai medici specializzandi (anni dal 1982 al 1992): tale omissione è particolarmente grave, se si pensa che il Paese è stato sottoposto a procedura d'infrazione e che sono numerosi i casi di controversia giudiziaria in cui i medici in questione hanno visto riconosciute le proprie ragioni.

Osserva che mancano interventi relativamente al tema del nomenclatore tariffario, mentre i pur previsti stanziamenti per l'edilizia sanitaria sono addirittura scadenzati fino al 2033, ciò che le fa dubitare della tempestività della relativa fase di implementazione.

Lamenta la mancanza di chiarezza rispetto alle problematiche connesse ai farmaci innovativi e si associa alle considerazioni già svolte in merito al carattere solo apparente degli stanziamenti per gli enti di ricerca: si tratta in realtà non di nuove risorse, ma di meri spostamenti contabili.

Trova condivisibile la disposizione che consente alle donne di restare al lavoro fino all'evento del parto, nell'auspicio che vi siano medici disposti a farsi carico del rilascio delle prescritte attestazioni circa l'assenza di rischi.

Quanto alle liste d'attesa, fa proprie alcune delle osservazioni già formulate: sono opportuni gli stanziamenti per l'ammodernamento infrastrutturale ma mancano interventi, che pure sarebbero necessari, di investimento sul personale, specie a fini di formazione.

Esprime apprezzamento per la disposizione che estende l'ambito degli *screening* neonatali obbligatori, ma rileva al contempo che in alcune regioni non si effettuano neppure quelli attualmente previsti, ancorché inseriti all'interno dei LEA.

Dopo aver ribadito che servirebbero misure per il sostegno della ricerca italiana, assenti nel testo in esame, e rimarcato che le disposizioni sulla *governance* farmaceutica appaiono alquanto fumose, si sofferma sulla prevista implementazione del numero unico d'emergenza 112: ritiene si tratti di una previsione discutibile, avendo il numero unico dimostrato in diverse occasioni di essere disfunzionale, specie nel settore sanitario (vi è il problema dell'impreparazione dell'operatore laico e dei tempi accresciuti di intervento), e trattandosi di una modalità organizzativa non imposta dal diritto europeo.

Dopo aver sottolineato che gli stanziamenti previsti dalle tabelle A e B appaiono insufficienti per ciò che concerne il Ministero della salute, conclude esprimendo forte preoccupazione per la tenuta del Servizio sanitario nazionale.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) premette che il disegno di legge in esame appare effettivamente lacunoso per ciò che attiene agli interventi nel settore sanitario.

Ritiene che occorrerebbe focalizzare l'attenzione su almeno due problemi, a suo giudizio enormi e ineludibili: le implicazioni sul *welfare* dell'andamento demografico e la correlata necessità di un ripensamento del sistema sanitario, a partire dalla configurazione del cosiddetto secondo pilastro e del rapporto tra pubblico e privato. Rileva, in proposito, che occorrerebbe prendere in considerazione una sanità integrativa di carattere universale, seguendo l'esempio di diversi Paesi. Tra le criticità da affrontare, annovera le crescenti diseguaglianze tra il Nord e il Sud del Paese, ben rappresentate dalla differenza tra le aspettative di vita (che si attesta attualmente in cinque anni).

Quanto al tema del congedo dal lavoro delle donne, in relazione all'evento del parto, ritiene assai discutibile l'approccio del disegno di legge in esame, che si sofferma su un aspetto marginale e trascura di considerare le diverse misure che occorrerebbe mettere in campo per tutelare chi decide di procreare, a fronte di quello che, è a suo giudizio, un fenomeno di vera e propria sostituzione etnica, che desta profonda preoccupazione.

Riguardo infine al tema della *governance* del settore farmaceutico, paventa che gli interventi prefigurati dal Ministero della salute in tale settore, da ultimo con il documento reso pubblico nella

giornata di ieri, non siano stati attentamente ponderati.

La senatrice [STABILE](#) (*FI-BP*) manifesta preoccupazione per la tenuta del sistema sanitario, associandosi alle considerazioni già svolte in proposito dalla senatrice Rizzotti.

Dà atto che alcune delle misure introdotte dal provvedimento in esame sono condivisibili: si riferisce a quelle in materia di liste d'attesa (che andrebbero però completate con la previsione di assunzioni mirate), a quelle in favore dei medici specializzandi, a quelle volte ad incentivare la permanenza dei medici all'interno del Servizio sanitario nazionale, e a quelle concernenti le risorse per gli investimenti in edilizia sanitaria.

In riferimento al personale del settore sanitario, lamenta tuttavia la mancata introduzione di norme volte a preservare la retribuzione individuale di anzianità dei medici, nonché di disposizioni per superare i limiti attuali in materia di assunzioni.

Con riguardo al numero unico d'emergenza 112, segnala che quest'ultimo ha talora dato prova, là dove già adottato, di essere disfunzionale, a causa del cosiddetto doppio passaggio telefonico e della insufficiente preparazione degli operatori laici: in proposito, ritiene che sarebbe indispensabile un'accurata verifica di efficacia prima di finanziare l'estensione di un sistema così controverso.

Seguono interventi sull'ordine dei lavori della senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) (che chiede lumi sulle convocazioni nella giornata di domani, segnalando che nella stessa giornata è prevista una riunione pomeridiana del proprio Gruppo, durante la sospensione dei lavori d'Aula) e del senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) (che domanda quale sia la sede di presentazione degli emendamenti all'articolato del disegno di legge di bilancio).

Il [PRESIDENTE](#), intervenendo in replica, avverte che, nella rimodulazione delle convocazioni che sarà adottata in relazione al mutato calendario dell'Assemblea, si terrà conto di quanto comunicato dalla senatrice Boldrini. Quanto alla domanda del senatore Zaffini, fa presente che gli emendamenti alla prima sezione del disegno di legge di bilancio devono essere presentati in 5ª Commissione.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*), prendendo la parola sul merito del provvedimento, ritiene degni di considerazione tutti gli interventi svolti nel corso del dibattito, ma invita al contempo gli oratori ad un'attenta lettura dell'articolato, che a suo avviso non merita alcuni dei giudizi sommari espressi. Saggiunge che nell'ambito del rapporto alla Commissione di merito potranno essere eventualmente inserite indicazioni, sotto forma di osservazioni o raccomandazioni, per evidenziare linee di intervento - ad esempio in tema di riqualificazione della spesa - utili al mantenimento del carattere universalistico del Servizio sanitario nazionale.

Il [PRESIDENTE](#) avverte che l'esame proseguirà nella seduta antimeridiana di domani, che sarà probabilmente anticipata alle ore 8,30, in relazione ai lavori dell'Assemblea.

Prende atto la Commissione.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

#### *SUL TERMINE PER LA PRESENTAZIONE DELLE PROPOSTE DI AUDIZIONE INFORMALE SUI DISEGNI DI LEGGE IN MATERIA DI EPILESSIA*

In risposta a una richiesta di delucidazioni avanzata dalla senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*), il [PRESIDENTE](#) ribadisce che le proposte in titolo dovranno pervenire entro le ore 14 di domani, mercoledì 12 dicembre.

*La seduta termina alle ore 15,10.*

ORDINI DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [981](#)

**G/981/1/12**

[STABILE](#), [RIZZOTTI](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

il comma 586 dell'articolo 1 istituisce un Fondo unico a sostegno dell'operatività del numero unico europeo 112 al fine di completare l'estensione dell'operatività del numero unico europeo;

l'Italia ha introdotto il numero unico 112 adottando il modello organizzativo di *call center* «laico», verso il quale sono convogliate tutte le chiamate effettuate dai numeri di emergenza 112, 113, 115 e 118: dopo aver effettuato un'intervista telefonica e localizzato il chiamante, l'operatore «laico» indirizza la chiamata alla centrale operativa di competenza (forze dell'ordine, Vigili del fuoco o emergenza sanitaria). Il doppio passaggio della chiamata di soccorso allunga i tempi almeno del doppio, ma anche del triplo o più, e costringe chi chiama a sottoporsi a due interviste, la prima da parte del centralista 112 e la seconda con l'operatore del servizio competente, 113, 115 o 118;

l'impiego nelle centrali 112 di personale cosiddetto «laico», ovvero senza adeguata conoscenza o esperienza delle situazioni di emergenza, e spesso privo di conoscenza del territorio, è frequente causa di errori, sia nella valutazione delle situazioni, sia nella localizzazione dell'evento e conseguente invio del soccorso;

nelle regioni in cui è stato attivato il NUE 112 si susseguono numerose segnalazioni di disservizi derivanti da allungamento dei tempi di risposta, localizzazioni errate, inoltro delle chiamate ai servizi sbagliati, episodi anche gravi ed è probabile che vi siano stati esiti letali;

il documento «Scheda Integrazioni al Disciplinare Tecnico Standard» del 19 gennaio 2018 del Ministero dell'interno dispone alcune misure con l'obiettivo dichiarato di migliorare efficienza e efficacia delle risposte alle richieste di soccorso: definisce una tempistica massima per le risposte alle chiamate da parte delle centrali uniche 112 e per il trasferimento di queste alle centrali di competenza, dispone l'adozione di procedure di certificazione a norma ISO 9001, istituisce un sistema di monitoraggio centrale e periferico che si prevedeva potesse andare a regime a settembre 2018 e prevede alcune soluzioni temporanee, quali ad esempio risponditori automatici per far fronte a casi eccezionali di iperafflusso di chiamate;

con l'adozione di tali misure è in ogni caso mantenuto il sistema che utilizza il doppio passaggio di chiamata, che di per sé è causa di allungamento dei tempi e che aumenta il rischio di perdita del contatto con il richiedente soccorso, e l'affidamento della prima risposta in evenienze delicate e di possibile pericolo per la vita a personale privo di esperienza specifica;

nell'attuale contingenza economica va evidenziato l'incremento di spesa che il modello organizzativo adottato ha comportato e ancor più comporterà nel futuro, sia in conto capitale sia in spesa corrente, visto che alle Centrali operative di II° livello di polizia, carabinieri, vigili del fuoco ed emergenza sanitaria si aggiungono quelle del NUE, con i relativi ingenti costi per la logistica, per le tecnologie e per il personale. Quest'ultimo è calcolato a regime in 2.000 unità (DL 20 febbraio 2017, n. 14) che sono aggiuntive e non sostitutive degli operatori delle Centrali operative di II° livello;

impegna il Governo:

a valutare una revisione del modello di risposta alle chiamate di emergenza attualmente adottato, attraverso la reintroduzione dei numeri di emergenza precedentemente utilizzati che garantirebbero personale qualificato e risparmio di risorse.

## G/981/2/12

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

in Italia il tumore al seno metastatico colpisce attualmente circa trentamila pazienti. Il 5-10 per cento dei cinquantamila nuovi casi annui di tumore al seno è in fase metastatica al momento della diagnosi, e circa il 30 per cento delle pazienti cui è stato diagnosticato un tumore al seno in fase precoce dovrà poi affrontare questa evoluzione;

gli stili di vita, i farmaci innovativi con un potere selettivo di azione sempre maggiore, la prevenzione, con gli screening sempre più puntuali ed efficaci, l'attività di diagnosi precoce hanno complessivamente creato le condizioni per invertire il quadro epidemiologico delle patologie oncologiche, determinando così un destino meno infausto, un destino più rassicurante, al punto tale che oggi si dice che si muore non più con il tumore, ma di tumore, a voler proprio significare che la patologia neoplastica, ancorché diagnosticata, non rappresenta più la causa della morte;

il numero delle *breast unit*, attualmente operative su tutto il territorio nazionale italiano, è sensibilmente inferiore rispetto al numero dei centri attivabili secondo i requisiti previsti dalle vigenti direttive europee,

impegna il Governo:

ad attivare le *breast unit* che dovrebbero avere il valore di un riferimento certo e sicuro dove fare approdare le donne per effettuare i percorsi di diagnosi e di cura, in tutto il territorio nazionale;

a porre in essere iniziative che consentano di ridurre l'età in cui si può svolgere l'attività di *screening*;

a potenziare le iniziative di prevenzione e diagnosi con campagne di informazione e incentivare la tecnica dell'autopalpazione fin dalle scuole secondarie di secondo grado, al fine di promuovere la consapevolezza dell'autodiagnosi come elemento introduttivo di un percorso che può consentire la diagnosi precoce.

## G/981/3/12

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

20 anni di ricerche nella genetica hanno reso possibile applicare la Consulenza Genetica Oncologica (CGO) per un numero crescente di soggetti e nuclei familiari attraverso l'individuazione di geni responsabili di numerose forme di ereditarietà che interessano vari tipi di tumore, comuni e rari;

la consulenza genetica oncologica viene offerta a una persona o a persone di una stessa famiglia che sono a rischio di sviluppare un tumore per la presenza di una predisposizione di tipo ereditario;

sono dunque numerosi i processi assistenziali e sanitari che devono tener conto di questa

tematica. Sappiamo che Paesi quali Francia, Germania e Regno Unito hanno promosso degli specifici piani di genetica oncologica, affrontando il problema in modo strategico;

la gestione dei tumori ereditari potrebbe avere una seria svolta se il tema venisse affrontato in modo sistematico;

la problematica potrebbe essere affrontata sia attraverso specifiche linee guida per la Consulenza Genetica Oncologia sia grazie alla creazione di un Osservatorio dedicato a questo tipo di neoplasie;

premessi, inoltre, che:

un documento della Società italiana di genetica umana afferma che la disponibilità di test genetici ha portato alla messa a punto di percorsi di prevenzione primaria e/o diagnosi precoce di provata efficacia; è necessario altresì assicurare una notevole qualità nell'esecuzione dei test oltre a precisi strumenti di raccolta della storia familiare;

nello stesso documento si fa riferimento a linee guida internazionali patologia-specifiche, stilate seguendo i criteri dell'*Evidence Based Medicine*, che affrontano il tema dei tumori ereditari e alle quali si dovrebbe fare riferimento nella definizione dei percorsi assistenziali e dei programmi di sanità pubblica;

si afferma inoltre che la complessità dei soggetti ad alto rischio oncologico deriva dalla necessità di gestire un «rischio multi organo» durante un lungo periodo di tempo (dai 20 ai 25 anni ai 70 anni) caratterizzato da problematiche diverse nelle varie fasi della vita;

considerato che:

la gestione clinica dei soggetti ad alto rischio oncologico dovrebbe essere affrontata in modo organico ed integrato, all'interno di un percorso diagnostico-assistenziale Aziendale e/o Regionale completo e sottoposto a verifiche;

ad oggi non è previsto alcun specifico codice di esenzione dal pagamento delle prestazioni per i pazienti a rischio di tumore ereditario;

preso atto che:

le informazioni genetiche sono impiegate anche per meglio definire il percorso terapeutico dei pazienti;

si prevede un aumento esponenziale di disponibilità sul mercato di test genetici e genomici di comprovata utilità;

per la migliore gestione della CGO occorrerebbe avvalersi di un team multidisciplinare di professionisti fra cui specialisti in medicina preventiva, diagnosi e cura dei tumori, psicologi, genetisti;

è necessario che il paziente riceva informazioni esaurienti su tutte le opzioni disponibili al fine di consentirgli di poter assumere una decisione consapevole;

è necessario che al paziente ad alto rischio sia assicurato il miglior livello di organizzazione e di offerta sanitaria,

impegna il Governo:

a promuovere la creazione di un Osservatorio Nazionale che sia il punto di riferimento e di raccolta delle informazioni sulla CGO al fine di disegnare una strategia ed una pianificazione valide a livello nazionale;

ad attivarsi per definire Linee Guida Nazionali in grado di identificare i criteri di appropriatezza dei test genetici e dei programmi di gestione dei soggetti ad alto rischio di tumori ereditari;

a promuovere lo sviluppo di modelli assistenziali che includano indirizzi organizzativi dei team multidisciplinari, un piano di formazione e di comunicazione ad ampio spettro sui tumori ereditari, la gestione integrata dei soggetti ad alto rischio di sviluppare un tumore ereditario e la realizzazione di una rete di centri che assicurino lo stato dell'arte della CGO;

a promuovere la valorizzazione del ruolo delle associazioni dei pazienti sia nella fase di raccolta che nella fase di valutazione dei dati di familiarità oncologica;  
a stimolare l'avvio di ricerche cliniche di livello internazionale sui tumori ereditari.

**G/981/4/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

la famiglia, istituzione fondamentale della nostra società, riveste un ruolo importantissimo non solo riguardo la procreazione, l'allevamento e l'educazione dei figli, ma anche riguardo la produzione e il consumo di beni e servizi e la diffusione delle tradizioni culturali;

secondo il rapporto Istat, infatti, l'Italia è al penultimo posto, fra i Paesi europei, per quantità di risorse destinate alle famiglie sotto forma di benefici e di sostegno del reddito a tutela della maternità e della paternità, delle famiglie numerose, di assegni familiari e altri trasferimenti ovvero per asili nido o strutture residenziali per l'assistenza a minori o anziani;

le famiglie sono gravate, in particolare, da problematiche relative agli elevati costi di mantenimento dei figli, alle difficoltà di conciliare la vita lavorativa con quella familiare (soprattutto per le donne), agli elevati costi delle abitazioni, in affitto o in proprietà, nonché al sistema fiscale che, non tenendo in conto il numero dei componenti il nucleo familiare, non ne comprende le esigenze;

le trasformazioni demografiche e sociali degli ultimi anni ci hanno consegnato una società caratterizzata da una popolazione anziana sempre più numerosa e caratterizzata da un tasso di natalità sempre più esiguo;

detta dinamica demografica ha generato, a sua volta, importanti ripercussioni, oltre che sul piano sociale, anche sul piano economico concorrendo a causare una conseguente riduzione del Prodotto Interno lordo (PIL) e un aumento del debito pubblico; un calo degli investimenti, nazionali e internazionali, e un indebolimento delle politiche monetarie;

oggi la nostra società è pervasa, oltre che ad una crisi economica molto grave, anche ad una crisi dei valori fondanti di ogni comunità - quali l'assunto che una famiglia è costituita da un padre e da una madre cui spetta il compito di cura ed educazione dei figli; ciò provoca ulteriori e maggiori difficoltà allo sviluppo delle famiglie;

la modernizzazione dello Stato e l'allargamento dei diritti legittimi di ciascuno non possono essere attuati mediante documento ai diritti costituzionalmente riconosciuti alle famiglie;

preso atto che:

in Italia, nonostante risulti essere molto forte il desiderio di maternità, le nascite all'interno di coppie giovani si sono attestate su un solo figlio, generato in età tardiva;

detto tasso di natalità, il più basso in Europa, potrebbe compromettere il naturale ricambio generazionale nel nostro Paese;

le dinamiche demografiche, con una preoccupante riduzione delle nascite e il conseguimento di sempre più promettenti aspettative di vita, rischiano di determinare la rottura del patto intergenerazionale e un progressivo indebolimento della funzione della famiglia quale fondamentale rete di protezione sociale a costo zero;

il nostro sistema fiscale non tiene conto che la capacità contributiva delle famiglie è fortemente influenzata dalla presenza dei figli e dalla necessità che uno dei due coniugi possa dedicare del tempo

alla cura e alla crescita dei figli medesimi tralasciando l'attività lavorativa;

i servizi socio educativi (asili nido) oggi presenti sul territorio nazionale, pubblici e privati, sono di gran lunga inferiori alla domanda e rappresentano una realtà del tutto disomogenea e ancora molto lontana dagli obiettivi stabiliti dalle norme europee;

impegna il Governo:

ad attuare, pur nella salvaguardia dei diritti di tutte le persone, in ogni forma e modo e con ogni mezzo idoneo, i valori e i diritti fondanti della nostra società e della famiglia così come dettati dalla Costituzione;

a porre in essere adeguati e stabili strumenti normativi ed economici atti a incrementare la quota di bilancio dello Stato da destinare esclusivamente alle politiche di sostegno alle famiglie;

a porre in essere adeguati e stabili strumenti normativi ed economici atti a garantire effettivamente un concreto sostegno alla formazione di nuove famiglie e che possano consentire lo svolgimento delle funzioni proprie della maternità e della paternità anche attraverso idonei servizi socio educativi per l'infanzia (garantendone l'attuazione e l'uniformità su tutto il territorio nazionale) e riconoscimenti previdenziali per i lavori di cura;

a porre in essere adeguati e stabili strumenti normativi ed economici atti a sostenere le famiglie in maniera continuativa nella cura e nell'educazione dei figli, in ragione del numero degli stessi;

a porre in essere adeguati e stabili strumenti normativi ed economici atti a favorire la crescita della natalità;

a porre in essere adeguati e stabili strumenti normativi ed economici atti a sostenere una politica alloggiativa degli acquisti e degli affitti che agevoli le giovani famiglie.

**G/981/5/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12ª Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premesso che:

la malattia di Crohn e la colite ulcerosa appartengono ad un gruppo di patologie definite malattie infiammatorie croniche intestinali (MICI);

il loro impatto sulla vita dei pazienti è molto spesso negativo. Secondo una ricerca realizzata recentemente a livello europeo, che ha coinvolto oltre 4.500 pazienti, il 91 per cento riferisce episodi di diarrea almeno una volta al giorno e il 20 per cento di questi più di 10 volte al giorno, il 62 per cento riporta di avere avuto sanguinamenti gastrointestinali, l'87 per cento dolori addominali, il 50 per cento astenia, l'89 per cento movimenti intestinali accentuati;

alla luce di ciò è facile immaginare come chi soffre di una malattia cronica intestinale abbia una qualità di vita compromessa, dai rapporti interpersonali a quelli professionali, o semplicemente alla gestione del proprio tempo libero;

preso atto che, ad oggi, in Italia, mancano un registro e studi epidemiologici nazionali sulla reale incidenza e sulla prevalenza delle malattie infiammatorie croniche intestinali. Negli ultimi 20 anni si è assistito ad un aumento dell'incidenza di queste malattie, soprattutto nel giovane adulto e in soggetti sotto i 18 anni. Ad oggi, infatti, si stima che fino al 30 per cento delle malattie esordisca nel bambino, anche nei primi anni di vita,

impegna il Governo:

1) ad istituire un registro nazionale sulle malattie infiammatorie croniche dell'intestino per

raccogliere e ordinare informazioni sicure, al fine di ottenere dati significativi e utili, in particolare, sulle problematiche ancora aperte, per contribuire a migliorare la cura di queste patologie, per motivazioni amministrative (il controllo delle procedure di esenzione specifiche per questi malati), per esigenze di informazione, per la programmazione sanitaria regionale e locale (definizione delle stime di occorrenza e la valutazione dei flussi dei pazienti) e per il supporto alla ricerca clinica (creazione di liste di pazienti, descrizione delle storie naturali, valutazione dei bisogni soggettivamente espressi e delle storie assistenziali);

2) ad istituire un tavolo tecnico con le associazioni dei pazienti e le società scientifiche per la valutazione delle strategie e per affermare il principio e la necessità di includere i cittadini nel processo di HTA (*health technology assessment*);

3) a promuovere, anche con specifici finanziamenti, previsti dalla legislazione vigente, la ricerca scientifica per la diagnosi e la cura delle malattie infiammatorie croniche intestinali.

**G/981/6/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

la sindrome di Sjogren è una malattia autoimmune, sistemica, degenerativa ed inguaribile, che coinvolge le ghiandole esocrine, caratterizzata da un infiltrato linfoplasmocellulare, che conduce alla perdita progressiva della funzionalità ghiandolare e colpisce, pur nella sua rarità, centinaia di migliaia di persone nel mondo;

si tratta di una patologia molto invalidante, che colpisce per lo più le donne (in un rapporto di 9 a uno rispetto agli uomini);

il tutto è aggravato dal fatto che si tratta di una malattia ancora non riconosciuta come rara, grave e degenerativa;

gli ammalati spendono cifre ingenti per l'acquisto dei farmaci e per le cure fisiche riabilitative, podologiche ed odontoiatriche e spesso devono inoltre affrontare un complesso percorso per giungere alla diagnosi della patologia, talvolta spostandosi anche dalla propria regione di residenza, considerato che la patologia si presenta inizialmente con sintomatologie comuni ad altre patologie, rendendo difficoltoso l'iter diagnostico, con gravi difformità sul territorio nazionale;

affinché i livelli essenziali di assistenza possano essere aggiornati in modo continuo, sistematico, basandosi su regole chiare e criteri scientificamente validi, la legge di stabilità per il 2016 (legge 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1, comma 556) ha previsto l'istituzione della commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, presieduta dal Ministero della salute, con la partecipazione delle Regioni e il coinvolgimento dei soggetti con competenze tecnico-scientifiche disponibili a livello centrale e regionale (Istituto superiore di sanità, CSS, società scientifiche, Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri, Società italiana di medicina generale e delle cure primarie, eccetera);

i pazienti affetti da sindrome di Sjogren risultano vittime di una disparità di trattamento che li esclude dal diritto alla salute sancito e tutelato dall'articolo 32 della Costituzione;

il riconoscimento della sindrome di Sjogren come malattia rara potrebbe generare un risparmio in termini di costi legati alla spesa sociosanitaria,

impegna il Governo:

- 1) a riconoscere alla sindrome di Sjogren lo *status* di malattia rara, secondo la definizione ai sensi del regolamento (CE) n. 141/2000;
- 2) ad inserire, in sede di aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, la sindrome di Sjogren nell'elenco delle malattie rare, garantendo a tutte le persone affette da tale patologia i farmaci necessari alla cura, con diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa per le prestazioni sanitarie.

**G/981/7/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

la Medicina Estetica è un'area formativa in forte ascesa ed espansione, che si pone ormai come prima scelta di giovani medici neo laureati. Diventare medico estetico, offre l'opportunità di inserirsi in un contesto professionale molto denso e ricco di offerte, distinguendosi come professionista seriamente preparato ed eticamente responsabile;

attualmente in Italia esistono due grandi scuole quadriennali, la Scuola internazionale di medicina estetica della Fondazione Fatebenefratelli di Roma e la Scuola superiore post universitaria Agorà-Società italiana di medicina ad indirizzo estetico, a Milano;

entrambi questi percorsi di formazione consentono l'iscrizione ai Registri della medicina estetica, iniziativa solo di alcuni Ordini dei medici provinciali,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di riconoscere la medicina estetica tra le specializzazioni delle scuole *post*-laurea dell'area sanitaria ai sensi del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, recante «Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria», pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 258 del 5 novembre 2005, e successive modificazioni.

**G/981/8/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

lo stato dei penitenziari nel nostro Paese permane gravissimo per i livelli di preoccupante e perdurante alta criticità riferiti soprattutto al sovraffollamento, alla cronica carenza di organici e all'inadeguatezza dell'assistenza sanitaria;

molti dei detenuti sono affetti da patologie di vario tipo e tali patologie, talvolta contratte o riacutizzate dopo l'ingresso nel penitenziario, richiedono un'assistenza continuativa e una costante interazione con i servizi sanitari territoriali, una presenza particolare degli operatori sanitari che devono vigilare, tra l'altro, sulla corretta assunzione dei farmaci;

l'inadeguatezza logistica, strutturale e organizzativa delle strutture e la carenza di personale sanitario, con particolare riferimento alla figura professionale dell'infermiere, indispensabile per l'attività di cura e per la somministrazione dei medicinali, non consentono, tuttavia, nonostante la professionalità e l'abnegazione degli operatori, di fornire un'adeguata assistenza;

quotidianamente si registra un aumento di eventi violenti e di aggressioni nei confronti del personale di Polizia penitenziaria e del personale sanitario operante negli istituti penitenziari;

sempre più spesso gli organi di stampa ripropongono le tematiche riguardanti l'eccessivo sovraffollamento della popolazione detenuta negli istituti penitenziari, ormai tristemente ritenuti vere e proprie «discariche umane»;

vi è la necessità di un'indifferibile attività di monitoraggio relativa agli adempimenti delle Regioni per rendere esecutivo il provvedimento di chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari, impegna il Governo:

a porre in essere ogni iniziativa per garantire, all'interno delle strutture carcerarie, adeguati livelli di sicurezza sia per i detenuti, in particolare quelli affetti da patologie psichiatriche, sia per il personale addetto alla loro vigilanza e cura;

a porre in essere ogni iniziativa affinché sia assicurata un'adeguata assistenza sanitaria ai detenuti nell'assoluto rispetto dei livelli essenziali di assistenza e se i medesimi risultino garantiti anche con riferimento alle disposizioni di cui al decreto legislativo 22 giugno 1999, n. 230, e al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 1º aprile 2008 recante «Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio sanitario nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria».

## **G/981/9/12**

[RIZZOTTI](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premesso che:

in attuazione delle direttive 2001/82/CE e 90/167 /CEE, la Legge 20 novembre 2017 n. 167, cd Legge Europea 2017 (GU Serie Generale n. 277 del 27 novembre 2017 e in vigore dal 12 dicembre 2017), con l'art. 3, ha modificato gli artt. 89 e 118 del D.Lvo 193/06 (TU Medicinali Veterinari) e l'art. 8 del D.Lvo 90/93 (relativo ai mangimi medicati), introducendo il sistema informativo per la tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati nella catena distributiva, attraverso l'integrazione con il sistema informativo per la tracciabilità dei farmaci ad uso umano previsto dall'art. 40 della Legge n. 39 del 1 marzo 2002 e attraverso le modifiche all'art. 118 del decreto legislativo 6 aprile 2006 n. 193 e all'art. 8 del decreto legislativo del 3 marzo 1993 n. 90, è stato stabilito che la prescrizione veterinaria è predisposta ed erogata esclusivamente secondo modalità elettroniche attraverso l'introduzione della ricetta veterinaria elettronica (REV), a partire dal 1 settembre 2018 (di seguito Ricetta Elettronica);

la Legge 21 settembre 2018 «Conversione in legge, con modificazioni; del decreto-legge 25 luglio 2018, n. 91, è stata approvata con modifiche dei commi 1 e 2 dell'art. 8, che modifica gli artt. 118 del D.Lvo 193/06 e l'art. 8 del D.Lvo 90/93, prorogando ulteriormente l'avvio dell'obbligatorietà della ricetta elettronica al 1º gennaio 2019 e per estensione, quello della Tracciabilità;

l'introduzione di tali norme, e nello specifico della ricetta elettronica veterinaria (REV), apporterà benefici in termini di:

- a) tracciabilità: mediante la condivisione dei dati reali di consumo con tutti gli attori della filiera del medicinale veterinario: veterinari, farmacisti, distributori, allevatori, autorità competenti;
- b) efficienza: con la semplificazione e la riduzione delle procedure e degli obblighi;
- c) risparmio economico: col contenimento dei costi, derivanti anche da sanzioni per errori formali;
- d) tutela della salute pubblica, in ottica *ONE HEALTH*: col miglioramento dei controlli e la rielaborazione dei dati per il contrasto dell'antimicrobico resistenza, che rappresenta una minaccia crescente per l'uomo;

tuttavia, sono state sollevate da parte di diversi operatori del settore richieste di ulteriore proroga, soprattutto nel caso degli animali d'affezione, cioè non destinati alla produzione alimentare umana, in considerazione di alcune criticità riscontrate, come:

- 1) la mancata emanazione, a meno di un mese dall'entrata in vigore dell'obbligo, del decreto attuativo del Ministero della Salute previsto dalla Legge Europea;
  - 2) l'incompleta implementazione delle banche dati necessarie al corretto espletamento della REV sia dei medicinali veterinari disponibili, sia relative ai codici delle realtà coinvolte;
  - 3) la rilevazione di problematiche tecniche sulle funzionalità dell'applicativo REV (lentezza del sistema, errore di connessione etc.);
- alla luce di quanto espresso,  
impegna il Governo:  
a valutare l'opportunità di estendere la proroga per l'avvio dell'obbligatorietà della ricetta elettronica al 1° gennaio 2020 per le prescrizioni rivolte ad animali d'affezione.

## G/981/10/12

### [RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

per tumori testa-collo si intende l'insieme di neoplasie che hanno origine nelle cavità nasali e seni paranasali, nella faringe e orofaringe (base della lingua, tonsille palatine e palato molle), nella cavità orale ( corpo della lingua, pavimento della bocca, palato duro, mucosa buccale e creste alveolari), nella laringe (regione sovraglottica, glottica, e sottoglottica) e nelle ghiandole salivari;

in Europa, i tumori testa-collo sono ancora una patologia molto sottovalutata: il 60 per cento dei pazienti si presenta, infatti, alla diagnosi con una neoplasia ad uno stadio localmente avanzato. Proprio per aumentare l'attenzione dell'opinione pubblica e migliorare la conoscenza su questi tumori, l'*European head and neck society* (EHNS) organizza ogni anno campagne di sensibilizzazione denominata «*Make Sense Campaign*»;

tra gli obiettivi della campagna di sensibilizzazione e informazione, che da anni vede protagonista anche l'Italia, vi è quello di informare i pazienti e sensibilizzare l'opinione pubblica. Rivolgersi, infatti, tempestivamente ad un medico specialista permette ai pazienti con un tumore diagnosticato ad uno stadio precoce di raggiungere un tasso di sopravvivenza dell'80-90 per cento;

l'approccio alla diagnosi e al trattamento di questa malattia nei prossimi anni richiederà sempre di più una valutazione medica multidisciplinare, con una stretta collaborazione tra medici di medicina generale, oncologi, radioterapisti e chirurghi, in modo da decidere la terapia in base ai trattamenti disponibili, allo stadio di malattia, alle condizioni cliniche del singolo paziente;

si ritiene, inoltre, che la presenza chiave della figura del geriatra, in supporto, permetterà di disegnare e personalizzare le terapie per i pazienti anziani e di gestire meglio il recupero dopo il trattamento;

le terapie attualmente a disposizione contro i tumori testa-collo sono chirurgia, radioterapia, chemioterapici, farmaci biologici, e farmaci immunoterapici,

impegna il Governo:

1) a porre in essere ogni iniziativa idonea a far sì che siano rafforzati, e, laddove non presenti, attivati, centri specializzati multidisciplinari che possano permettere fin dalla prima visita la scelta del trattamento migliore a seguito della diagnosi di tumore testa-collo;

2) a promuovere le più opportune iniziative al fine di includere nel programma di *screening* previsto dal Sistema sanitario nazionale, le donne e gli uomini con un'età a partire dai 50;

3) a promuovere e a facilitare l'implementazione di specifici percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PDTA) sull'intero territorio nazionale;

4) a porre in essere ogni altra iniziativa utile, prevedendo anche adeguate campagne di informazione nazionali per potenziare le attività di prevenzione, educazione e informazione sul riconoscimento di segni e sintomi del tumore testa-collo;

5) a prevedere specifici finanziamenti alla ricerca clinica attraverso anche la valorizzazione delle eccellenze italiane, per realizzare un monitoraggio efficace degli standard di eccellenza, a livello scientifico, clinico-assistenziale ed organizzativo.

**G/981/11/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

la sclerosi multipla è una malattia neurodegenerativa demielinizzante, cioè con lesioni a carico del sistema nervoso centrale. Per molti anni è stata considerata una malattia della sostanza bianca del sistema nervoso centrale; tuttavia un numero crescente di studi ha dimostrato anche un coinvolgimento della sostanza grigia;

più di 3.400 sono i nuovi casi che si registrano in un anno, e, la maggior parte delle volte, la diagnosi arriva tra i 20 e i 40 anni. In Italia si contano circa 114.000 uomini e donne con sclerosi multipla (SM), con un rapporto di uno a 2, che devono convivere ogni giorno con i sintomi di una malattia che induce disabilità progressiva, ma anche con le difficoltà legate ai servizi sanitari e assistenziali;

i costi di malattia si stimano in 5 miliardi di euro all'anno per una media stimata di circa 45.000 euro per persona con SM, di cui il 37 per cento per costi non sanitari, 34 per cento di costi sanitari, 29 per cento derivante dalla perdita di produttività: una realtà quindi dal forte impatto economico e sociale;

in assenza di un sistema strutturato di presa in carico della persona con SM, è la famiglia a dover far fronte all'assistenza informale dei pazienti nello svolgimento delle attività quotidiane con pesanti ripercussioni anche dal punto di vista economico sul bilancio familiare;

impegna il Governo:

1) ad adottare misure volte a istituire un Osservatorio nazionale permanente sulla sclerosi multipla che monitori e lavori, in accordo con tutti gli *stakeholder*, sulle grandi priorità sanitarie e

socio-assistenziali della SM, come il riconoscimento e la promozione della rete dedicata alla presa in carico delle persone con SM, la diffusione, anche attraverso un atto di indirizzo nazionale, di percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali (PDTA) per una presa in carico continuativa e unitaria;

2) ad inserire la sclerosi multipla all'interno della seconda sezione del piano nazionale della cronicità, di cui all'accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 15 settembre 2016;

3) a monitorare l'effettiva applicazione ed il costante aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e del nuovo nomenclatore degli ausili e delle protesi (e il relativo monitoraggio) anche con riferimento ai bisogni di salute delle persone con sclerosi multipla;

4) ad istituire un registro nazionale sclerosi multipla con funzione di governo, programmazione sanitaria, verifica della qualità delle cure e dell'assistenza sanitaria, garanzia di accesso uniforme e trasparente ai farmaci modificanti la malattia e ai farmaci sintomatici, prevedendo l'opportuno coordinamento e integrazione del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 marzo 2017, pubblicato sulla *Gazzetta Ufficiale* del 12 maggio 2017;

5) a garantire l'accesso ad un'adeguata riabilitazione per le persone con SM sull'intero territorio nazionale;

6) ad adottare una nuova procedura tempestiva e semplificata per l'accertamento degli stati invalidanti correlati alla sclerosi multipla e garantirne l'applicazione, valorizzando e sostenendo l'applicazione della specifica comunicazione tecnico-scientifica prodotta da AISM e INPS in materia di accertamento medico-legale degli stati invalidanti legati alla sclerosi multipla;

7) a sostenere la ricerca sulla sclerosi multipla riconoscendo specifica attenzione all'interno degli atti e programmi nazionali, assicurando adeguate fonti di finanziamento, sinergie tra ricerca pubblica, privata, nazionale, europea ed *extraeuropea*;

8) ad adottare una legge quadro sul riconoscimento e sostegno dei *caregiver* familiari, in attuazione dell'articolo 1, commi 254-256, della legge n. 205 del 2017 (legge di bilancio per il 2018), prevedendo altresì misure e interventi sul piano dei servizi sanitari, socio-assistenziali e sul piano delle tutele previdenziali ed assicurative, anche al fine di non disperdere le risorse stanziare nel triennio 2018-2020, destinate alla copertura finanziaria di interventi legislativi in materia;

9) ad adottare delle linee guida in materia di collocamento mirato delle persone con disabilità, prevedendo l'inserimento mirato nella filiera delle associazioni di rappresentanza delle persone con disabilità, garantendo certezza nei meccanismi di certificazione, ai fini dell'esercizio da parte delle persone con SM del diritto al part time di cui al decreto legislativo n. 81 del 2015;

10) a promuovere e a sostenere l'accesso allo *smartworking* per le persone con disabilità e gravi patologie, secondo quanto previsto dalla legge n. 81 del 2017 in materia di lavoro autonomo, anche con riferimento ai bisogni di flessibilità sul lavoro espressi dalle persone con SM;

11) a sostenere e ad incentivare la contrattazione collettiva di primo e secondo livello per l'introduzione e applicazione di misure di conciliazione dei tempi vita-cura-lavoro delle persone con SM, disabilità e gravi patologie, a partire dalla positiva evoluzione registrata in questi ultimi anni opportunamente documentata nella specifica analisi della CCNL condotta da AISM in materia di SM, gravi patologie, disabilità, presentata a dicembre 2017;

12) a sostenere progettualità che favoriscano modelli e interventi per l'accesso e il mantenimento al lavoro di persone con disabilità e con sclerosi multipla, anche con il coinvolgimento delle parti datoriali e sindacali e l'opportuna valorizzazione del ruolo del management aziendale e delle rispettive organizzazioni.

G/981/12/12

RIZZOTTI, BINETTI

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premesso che:

la spesa sanitaria si compone di due macrocategorie: spesa pubblica e spesa privata che include quella intermediata, da fondi sanitari integrativi (Fsi) o da polizze assicurative, e la spesa *out-of-pocket*, direttamente sostenuta dai cittadini;

in linea con queste categorie di spesa il decreto-legge n. 502 del 1992 aveva individuato tre pilastri per sostenere la sanità: il Ssn, basato sui principi di universalità, equità e solidarietà; la sanità collettiva integrativa e la sanità individuale, attraverso polizze assicurative. Questo modello era basato su tre assunzioni fondamentali: il finanziamento pubblico garantisce i livelli essenziali di assistenza, la sanità collettiva integrativa copre solo prestazioni non essenziali e ogni cittadino è libero di stipulare polizze assicurative individuali;

nell'ultimo decennio, tuttavia, la combinazione di fenomeni concomitanti ha sancito il fallimento di questo modello: infatti, il primo pilastro è stato fortemente indebolito dalla progressiva e imponente riduzione del finanziamento pubblico, con erogazione dei Lea insufficiente e non uniforme a livello nazionale; il secondo pilastro non è stato adeguatamente rinforzato; infine, complice una *governance* inadeguata del terzo pilastro, l'espansione delle assicurazioni private aumenta le diseguaglianze sociali, minando le basi di un SSN pubblico, equo e universalistico;

considerato che:

se oggi il modello universalistico del SSN vive una profonda crisi di sostenibilità e il Documento di economia e finanza 2018 non ha lasciato alcuna speranza sul possibile incremento del finanziamento pubblico, è indifferibile reperire risorse dal secondo e terzo pilastro senza compromettere il modello di un Ssn pubblico per evitare di scaricare interamente sui cittadini le minori tutele pubbliche;

occorrerebbe attraverso una riforma strutturale, intervenire per rallentare l'aumento inesorabile della spesa *out-of-pocket* e la rinuncia alle cure da parte delle fasce più deboli, riducendo altresì le prestazioni incluse nei Lea secondo una logica *evidence - value-based* e reperendo al tempo stesso risorse dalla sanità integrativa;

preso atto che:

quanto esposto richiede inevitabilmente la definizione di un Testo Unico per tutte le forme di sanità integrativa, volto a superare una legislazione frammentata e obsoleta e a creare un impianto regolatorio capace di garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione, ma soprattutto di assicurare una *governance* nazionale e tutelare il consumatore evitando derive consumistiche e di privatizzazione,

impegna il Governo:

a definire un Testo Unico per tutte le forme di sanità al fine di creare un impianto regolatorio capace di garantire a tutti gli operatori del settore le condizioni per una sana competizione, ma soprattutto di assicurare una *governance* nazionale a tutela del consumatore;

a ridefinire le tipologie di prestazioni, essenziali e non essenziali, che possono essere coperte dalle varie forme di sanità integrativa, evitando duplicazioni e consumismo sanitario;

a realizzare un pilastro unico di sanità integrativa, la cui attuale distinzione è diventata anacronistica per varie ragioni: innanzitutto, il rischio di impresa dei Fsi è gestito in oltre il 40 per cento dei casi da assicurazioni private; in secondo luogo, il campo d'azione dei Fsi è limitato solo a prestazioni non essenziali (*extra-Lea*), mentre di fatto le polizze assicurative possono coprire tutte le prestazioni;

a definire un'anagrafe nazionale unica di Fsi e assicurazioni private, identificando requisiti di

accreditamento validi su tutto il territorio nazionale e rendendone pubblica la consultazione, sia ai fini di analisi dei dati, sia per offrire ai cittadini in maniera trasparente le opportunità offerte dalla sanità integrativa;

a regolamentare sia il rapporto tra finanziatori privati ed erogatori privati accreditati, sia le campagne pubblicitarie delle assicurazioni, al fine di evitare pericolose alleanze e a derive consumistiche nell'offerta delle prestazioni sanitarie;

ad affidare anche gli enti pubblici la gestione della sanità integrativa per offrire a tariffe calmierate e competitive un *range* di servizi socio-sanitari garantiti ed erogati sotto la vigilanza e la responsabilità pubblica.

## G/981/13/12

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

il provvedimento in esame non contiene alcuna misura relativa al contestatissimo *superticket*; detto *superticket* allo stato è vigente in alcune Regioni ovvero risulta abolito in altre;

tale stato di cose da una parte evidenzia una grave disparità di trattamento dei cittadini a seconda della Regione di residenza in materia di accesso alle prestazioni e, dall'altra, ha importanti ripercussioni sulla spesa sanitaria di ciascuna Regione,

impegna il Governo:

a promuovere l'abolizione del cosiddetto *superticket* in maniera uniforme sul territorio nazionale al fine di garantire a tutti i cittadini italiani parità di accesso alle prestazioni sanitarie.

## G/981/14/12

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

gli animali domestici vivono con le famiglie italiane, che li ospitano e li accudiscono con affetto, quali componenti, a tutti gli effetti, dei nuclei familiari,

secondo i dati del Rapporto Italia 2017, redatto da Eurispes, quasi la metà degli italiani possiede un *pet*: in particolare il 22,5 per cento ha un animale da compagnia, il 9,3 ne ha due, il 4,1 ne ha tre e, infine, il 7,4 ne ha più di tre e per il benessere di questi animali, gli italiani sono pronti anche a spendere molto e a fare sacrifici;

secondo le associazioni dei consumatori la maggioranza dei proprietari degli animali, per nutrirli e curarli nel modo più adeguato, sono disposti a spendere in totale, fino a 1.800 euro all'anno per un cane, fino a 800 per un gatto;

queste cifre sono assai più alte di quelle registrate anche solo dieci anni fa Il mercato «*pet*»

infatti, anche in tempi di crisi, ha continuato a registrare un incremento costante e, anzi, ha sviluppato una costante propensione verso prodotti sempre più di qualità, segno evidente dell'attaccamento che i padroni hanno nei confronti degli animali;

considerato che:

tuttavia, il Rapporto Eurispes Italia 2017 ha mostrato come la crisi economica, a lungo andare, ha, in ogni caso, fatto registrare un calo del 10 per cento del numero degli animali presenti nelle famiglie italiane;

ad oggi i proprietari che detengono legalmente un animale possono usufruire, per le spese mediche veterinarie e per quelle relative all'acquisto di medicinali, di una detrazione IRPEF fino al 19 per cento all'interno della dichiarazione dei redditi. Detta detrazione, tuttavia, in accordo con le indicazioni dell'ultima circolare dell'Agenzia delle entrate, può essere effettuata entro un limite massimo complessivo di 387,34 euro per tutti gli animali posseduti. Le spese eccedenti tale importo sono totalmente a carico dei proprietari;

i limiti quantitativi imposti dalla normativa vigente sono, però, assai contenuti rispetto all'effettivo onere economico sostenuto dalle famiglie, anche in ragione del fatto che tra le spese veterinarie che danno diritto alla detrazione d'imposta non sono presenti, per esempio, le spese, eventualmente sostenute, per l'acquisto di farmaci senza prescrizione medica veterinaria o di mangimi e antiparassitari;

è evidente che i benefici fiscali a favore dei detentori di animali è del tutto inadeguato sia all'importanza che gli animali stessi hanno per le persone sia all'esosità delle spese che la cura, in senso lato, di un animale comporta,

impegna il Governo:

ad aumentare i limiti di legge per le detrazioni attualmente vigenti portandole fino a 1000 euro.

**G/981/15/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12ª Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premesso che:

il nostro Paese destina una quota di finanziamenti al sostegno delle persone con disabilità grave, in particolare stato di indigenza e prive di legami familiari ancora troppo esigui rispetto alle necessità;

non vi è riscontro di impegni rivolti a delineare una politica farmaceutica capace di tener conto dell'ingresso di farmaci innovativi che a fronte di un grande impatto in termini finanziari potrebbero consentire un miglioramento delle condizioni di salute e delle aspettative di vita dei cittadini affetti da gravi patologie come l'epatite C e l'HIV;

impegna il Governo:

a inserire un apposito fondo da destinare anche alle malattie croniche come il diabete, le malattie cardiovascolari e le patologie cronico degenerative connesse al progressivo invecchiamento della popolazione;

ad incrementare il Fondo per le non autosufficienze introducendo, previo coordinamento con la Conferenza Stato Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, misure specifiche atte a rafforzare il sistema di individuazione, di prevenzione e contrasto alle aree di inefficienza e sprechi, nonché i fenomeni corruttivi presenti nel Servizio sanitario nazionale;

a prevedere specifiche disposizioni idonee a rendere più concreta la possibilità di accesso ai

farmaci innovativi unitamente alla sostenibilità del sistema sanitario.

**G/981/16/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

le malattie cardiovascolari rappresentano la più importante causa di morte al mondo e l'elevata incidenza di queste patologie rappresenta una minaccia globale alla sostenibilità dei servizi sanitari, sia in termini di prestazioni che di costi;

in particolare, l'ictus cerebrale è la terza causa più comune di morte e la principale causa di incapacità funzionale: colpisce per il 50 per cento soggetti di età inferiore ai 65 anni, per il 12 per cento soggetti al di sotto dei 45 anni e, inoltre, comporta per il paziente perdita di funzionalità, nonché un significativo peggioramento della qualità della vita;

nell'80 per cento dei casi si verifica un ictus ischemico, che può essere legato a carotidopatie *extracraniche* o ad emboli a partenza dal cuore, questi ultimi quasi sempre in presenza di fibrillazione atriale;

la fibrillazione atriale è un'anomalia del ritmo cardiaco che provoca l'accelerazione o rallentamento eccessivo della frequenza cardiaca ha natura asintomatica, circostanza che contribuisce a ritardare una diagnosi tempestiva e, conseguentemente, l'avvio di un adeguato trattamento farmacologico;

la carotidopatia *extracranica* è un'affezione delle arterie carotidi al collo, dovuta alla presenza di placche che possono embolizzare e determinare, come sopra rilevato, un ictus cerebrale;

considerato che:

l'adozione di corretti stili di vita contribuisce a ridurre il rischio di malattie cardiovascolari ed è, pertanto, prioritario promuovere campagne di prevenzione, sensibilizzazione e informazione di una corretta terapia delle patologie cardiovascolari indicate in premessa necessita dell'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali che siano mirati e di carattere multidisciplinare. Risulta, altresì, necessario, incentivare la ricerca scientifica e l'accesso ai farmaci e ai dispositivi diagnostico-terapeutici utili per il trattamento delle suddette malattie, nonché promuovere un modello di gestione del percorso terapeutico di tipo coordinato che consenta al paziente, dopo un iniziale screening periferico, di accedere a terapie non farmaco logiche presso apposite strutture a ciò dedicate,

impegna il Governo:

ad adottare misure atte a:

1) incoraggiare la prevenzione e la diagnosi dell'ictus cerebrale, della fibrillazione atriale, dell'ictus cardioembolico e della carotidopatia *extracranica* e a favorire la ricerca scientifica;

2) favorire percorsi terapeutici e pratiche sanitarie ottimali nella gestione del paziente colpito da una delle suddette affezioni cardiovascolari;

3) facilitare l'accesso ai farmaci e ai dispositivi diagnostico-terapeutici utili per la prevenzione e il trattamento dell'ictus cerebrale, della fibrillazione atriale, dell'ictus cardioembolico e della carotidopatia *extracranica*;

4) sensibilizzare, anche mediante apposite campagne informative, sia l'opinione pubblica che gli operatori sanitari sull'importanza dell'adozione di corretti stili di vita in termini di prevenzione delle malattie cardiovascolari;

5) promuovere l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali mirati e multidisciplinari, nonché un modello di gestione del percorso terapeutico di tipo coordinato che consenta al paziente, dopo un'iniziale *screening* periferico, di accedere a terapie non farmacologiche presso strutture specificamente idonee ad erogare tali prestazioni.

**G/981/17/12**

[RIZZOTTI](#), [STABILE](#), [BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premesse che:

le malattie neurodegenerative, come il morbo di Alzheimer, sono molto diffuse nell'età senile e sono destinate a coinvolgere un numero sempre maggiore di soggetti a causa del progressivo invecchiamento della popolazione;

il morbo di Alzheimer è un processo degenerativo irreversibile che distrugge lentamente e progressivamente le funzioni cognitive superiori, quali la memoria, il ragionamento e il linguaggio, fino a compromettere l'autonomia funzionale e la capacità di compiere le normali attività quotidiane;

le persone portatrici di questa malattia hanno problemi complessi per la cui soluzione, seppure parziale, è necessaria l'attività coordinata di specialisti medici e paramedici, oltre che di operatori socio-assistenziali;

sotto il profilo sanitario il problema fondamentale è che, attualmente, non se ne conoscono i fattori eziologici e le patogenesi, mentre dal punto di vista socioeconomico il problema peggiore risiede nel fatto che tale patologia colpisce soggetti in età presenile rendendoli parzialmente o totalmente non auto sufficienti, causando un peggioramento della qualità della loro vita e della vita dei loro familiari,

impegna il Governo:

a garantire l'attuazione del Piano demenze per la prevenzione, la diagnosi precoce e il trattamento terapeutico e assistenziale delle persone affette da morbo di Alzheimer;

a promuovere idonee iniziative atte a sostenere lo sviluppo della ricerca scientifica nel campo delle malattie neurodegenerative e della demenza;

a promuovere campagne di sensibilizzazione e di educazione sanitaria della popolazione al fine di migliorarne la consapevolezza e le modalità per rapportarsi alle strutture e agli operatori del Servizio Sanitario Nazionale.

**G/981/18/12**

[BINETTI](#)

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premesse che:

dopo una lunga attesa, durata anni di confronto tra il MIUR, il Ministero della Salute, La Conferenza dei Presidi delle Facoltà di Medicina e dei Presidenti dei Consigli di Corso di Laurea in

Medicina finalmente gli studenti di medicina hanno ottenuto la cosiddetta «laurea abilitante» in Medicina e Chirurgia, che consente agli studenti che si sono iscritti al quinto anno nell'attuale anno accademico 2018-2019 di poter espletare il tirocinio «abilitante» durante il quinto e sesto anno, così come previsto dal decreto ministeriale, accorciando così la durata complessiva del corso di studi. In realtà i Presidi e i Presidenti di Corso di laurea in Medicina e Chirurgia stanno segnalando una serie di difficoltà pratiche, per cui chiedono che il nuovo esame abilitante entri in vigore nell'anno 2020, invece che nel 2019;

non a caso il Consiglio di Stato aveva espresso un parere favorevole rispetto allo schema di regolamento del Ministero dell'Istruzione sull'esame di stato e l'anticipo del tirocinio per l'abilitazione alla professione medica, ma aveva dato alcuni suggerimenti rispetto all'anticipo del tirocinio abilitante. Una delle questioni centrali riguardava l'inserimento del tirocinio e dell'esame di stato all'interno del corso di studi e la necessità che non si sovrapponesse all'attività teorico-didattica che gli studenti devono svolgere negli ultimi anni del corso di laurea. Il passaggio alla laurea abilitante in definitiva rende necessario non solo inglobare il rimodellamento complessivo dei tirocini, per poter introdurre il tirocinio abilitante, ma anche potenziare lo schema del *Progress test*, sulla cui falsariga saranno predisposti i quiz dell'esame abilitante. Fino ad ora il tirocinio trimestrale valido per l'idoneità all'esame di Stato, della durata di tre mesi, uno per ogni area (medica, chirurgica, medicina generale), poteva essere effettuato solo dopo la laurea;

l'obiettivo è introdurre la novità, tanto attesa, nel migliore dei modi, tenendo conto che lo stesso DM suggerisce di dedicare al tirocinio in questione gli ultimi due anni di corso. Il rischio è che gli attuali studenti, iscritti al VI anno, debbano completare i tirocini curriculari, inserire il tirocinio abilitante, soprattutto quello da svolgere presso i medici di MG, sostenere gli esami in corso, preparare la tesi e affrontare la parte di Esame abilitante che prevede 200 quiz sul modello del *Progress Test*. Infatti è previsto il passaggio dall'utilizzo delle domande presenti nell'attuale archivio ai quesiti tratti dall'esperienza del cosiddetto *progress test*, più efficaci per valutare le conoscenze delle candidate e dei candidati;

del tavolo che sta elaborando le metodologie per lo svolgimento del tirocinio e i test per il nuovo esame di abilitazione fa parte anche il Presidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi, considerando che tra i crediti previsti per il tirocinio ci sono anche quelli che gli studenti dovranno ottenere frequentando gli ambulatori dei medici di MG. Ma il reclutamento dei Medici di MG non appare facile né scontato, anche se è stato firmato un protocollo d'intesa tra gli Ordini, l'Università e il Ministero per il reclutamento dei Medici di Medicina generale che andranno a fare da tutor sul territorio e per la determinazione degli obiettivi formativi e dei criteri di valutazione;

la soluzione definitiva non può prescindere da un rimodernamento complessivo dei corsi di laurea in Medicina al cui interno siano contenuti tutti gli elementi necessari alla formazione completa del giovane medico,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di spostare la prima sessione dell'esame abilitante del corso di Laurea in Medicina e chirurgia a luglio 2020.

**G/981/19/12**

**BINETTI**

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

i farmaci detti "orfani" sono destinati alla cura delle malattie talmente rare da non consentire la realizzazione, da parte delle aziende farmaceutiche, di ricavi che permettano di recuperare i costi sostenuti per il loro sviluppo. Il processo che va dalla scoperta di una nuova molecola alla sua commercializzazione è lungo (in media 10 anni), costoso (diverse decine di milioni di euro) e molto aleatorio (tra dieci molecole testate, una sola può avere effetto terapeutico). Commercializzare un farmaco destinato al trattamento di una malattia rara consente raramente di recuperare il capitale investito per la sua ricerca;

i farmaci orfani possono essere definiti Farmaci non distribuiti dall'industria farmaceutica per ragioni economiche ma che rispondono a un bisogno di salute pubblica. Accade anche che una sostanza, utilizzata per il trattamento di una malattia frequente, possa avere anche un'indicazione orfana, che non è stata ancora sviluppata. Ad oggi, nel mondo, il numero di malattie rare per le quali non esiste una cura è stimato tra 4000 e 5000 circa; e da 25 a 30 milioni sarebbero le persone interessate da queste malattie in Europa;

ma i pazienti affetti da malattie rare non possono rimanere esclusi dai progressi della scienza e della terapia, in quanto possiedono gli stessi diritti sanitari di tutti gli altri malati. Al fine di stimolare la ricerca e lo sviluppo nel settore dei farmaci orfani, occorre adottare incentivi per le industrie, la sanità e le biotecnologie. Hanno inizio negli Stati Uniti, nel 1983, con l'adozione dell'*Orphan Drug Act*, poi in Giappone e in Australia nel 1993 e 1997; l'Europa ha seguito nel 1999 istituendo una politica per i farmaci orfani unificata per tutti i Paesi. Sono passati 20 anni ma molto resta ancora da fare. Soprattutto per le piccole aziende che si occupano di ricerca innovativa e non hanno alle spalle i grandi colossi, in grado di supportare ricerche senza risultati positivi commerciabili in tempi relativamente brevi. Nella scorsa legislatura sono stati esclusi dal *payback* ospedaliero i farmaci orfani attivi nel registro EU, ma non quelli che, pur avendo ancora le caratteristiche di farmaco orfano, erano stati registrati prima che venisse approvata la normativa sugli orfani. Anche la attuale Politica Farmaceutica tutela solo gli orfani in lista EU, escludendo altre categorie di farmaci che in larghissima parte sono costituita da farmaci con fatturati al di sotto di 5 milioni, trattandosi per l'appunto di farmaci orfani destinati a malattie rare,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di considerare le particolari condizioni in cui versano le piccole aziende che si occupano di ricerca e commercializzazione di farmaci rari, per sostenere il loro impegno anche con misure amministrative che non penalizzino ulteriormente questo settore, per cui c'è invece bisogno di risorse economiche, ma anche normative più adeguate.

**G/981/20/12**

[LA PIETRA](#)

La 12a Commissione,

in sede di esame dell'A.S. 981 recante il Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021,

premessi che:

con il mantenimento costante della previsione di inflazione media annuale secondo l'indice dei prezzi al consumo armonizzato per i Paesi dell'Unione, il 2019 necessita di un fabbisogno di aumenti contrattuali pari al 3,9 per cento;

calcolando tale percentuale sulla retribuzione media degli infermieri secondo l'ultimo conto annuale pubblicato nel 2016, la massa degli aumenti per l'intera categoria corrisponde a 343 milioni di euro;

il Fondo perequativo previsto dal contratto 2016-2018, se rifinanziato, richiede di ulteriori 140

milioni di euro, pari a 40 euro mensili per singolo infermiere;

impegna il Governo:

a destinare, in sede di rinnovo contrattuale per il personale infermieristico, le opportune risorse finanziarie in base alle rilevazioni annuali.

## **G/981/21/12**

### LA PIETRA

La 12a Commissione,

in sede di esame dell'A.S. 981 recante il Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021,

premessi che:

in Italia ci sono 447 mila infermieri, di cui 270 mila alle dipendenze del Servizio Sanitario Nazionale: con riferimento alla popolazione, dunque, si registra in Italia un numero di circa 5,4 infermieri per mille abitanti, di gran lunga al di sotto della media OCSE che ne prevede 9;

sempre l'OCSE sostiene che un maggior coinvolgimento dei pazienti nei processi decisionali, una migliore informazione sulle prescrizioni inadeguate e l'incremento del numero di infermieri potrebbero migliorare un sistema già tra i migliori dei 29 Paesi OCSE;

secondo i dati del Conto annuale della Ragioneria Generale dello Stato, tra il 2010 e il 2016, il numero degli infermieri si è ridotto di circa 13.000 unità, portando in ospedale il rapporto infermieri/pazienti pari a 1/12;

i fattori che hanno determinato la riduzione del personale sono legati all'invarianza delle risorse sia complessive che settoriali e al blocco del turn over che penalizza le Regioni, in particolare quelle in piano di rientro, concentrate soprattutto al Sud e che comprendono quasi metà della popolazione nazionale;

considerato che:

il ruolo degli infermieri è destinato ad avere sempre maggiore importanza nel futuro, sulla base della cronicità e del progressivo invecchiamento della popolazione che causano un aumento dei bisogni assistenziali rispetto a quelli strettamente clinici;

a ciò si aggiunge anche il fatto che la crescita professionale degli infermieri permette di allargare il loro perimetro di azione, consentendo ai medici di focalizzarsi sulle aree di cura specifiche;

impegna il Governo:

a valutare la possibilità di definire target espliciti del rapporto tra infermieri e medici entro periodi determinati e con il conseguente sviluppo di aree di competenza specifiche.

## **G/981/22/12**

### RIZZOTTI

La 12a Commissione,

in sede di discussione del disegno di legge recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»,

premessi che:

i medici, specializzati in varie discipline mediche, iscritti ai corsi tra gli anni 1982 e 1991,

durante l'espletamento di tali attività di formazione non hanno percepito alcuna remunerazione ed il titolo conseguito non viene riconosciuto in ambito comunitario;

invero, in base alle direttive 75/362/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975, 75/363/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975 e 82/76/CEE del Consiglio, del 26 gennaio 1982 (in seguito coordinate dalla direttiva 93/16/CEE del Consiglio, del 5 aprile 1993) in materia di formazione dei medici specialisti e dei corsi per il conseguimento dei relativi diplomi, le attività di formazione, sia a tempo pieno, sia a tempo ridotto, avrebbero dovuto essere oggetto di «adeguata remunerazione» e i relativi titoli avrebbero dovuto essere riconosciuti presso tutti gli Stati membri;

in particolare, l'articolo 16 della citata direttiva 82/76/CEE aveva indicato il 31 dicembre 1982 quale termine ultimo di attuazione delle direttive, in osservanza degli articoli 5 e 189, terzo comma, del Trattato che istituisce la Comunità europea;

il legislatore italiano, invece, non si è adeguato a tale perentoria disposizione, tanto è vero che la Corte di giustizia delle Comunità europee, con sentenza del 7 luglio 1987 (causa C-49/86), ha dichiarato che la Repubblica italiana è venuta meno agli obblighi ad essa incombenti in forza del Trattato CEE;

solo successivamente a tale pronuncia, con il decreto legislativo 8 agosto 1991, n. 257, il legislatore nazionale ha stabilito in favore degli specializzandi una borsa di studio annuale di lire 21.500.000, applicando però (articolo 6, comma 1) tale disposizione solamente in favore dei medici ammessi alle scuole di specializzazione a decorrere dall'anno accademico 1991-1992;

per la ritardata e, comunque, parzialmente omessa attuazione delle direttive sopra richiamate, è stato avviato da numerosi medici un contenzioso conclusosi in larga parte con sentenze dei Tribunali amministrativi regionali e del Consiglio di Stato, che hanno evidenziato l'illegittimità dei provvedimenti tardivamente adottati dall'amministrazione, con conseguente annullamento, in quanto in contrasto con le direttive comunitarie;

successivamente e sempre con ritardo, la legge 19 ottobre 1999, n. 370, ha stabilito, all'articolo 11, l'attribuzione di una borsa di studio annua onnicomprensiva di 13 milioni di lire per ogni anno del corso in favore dei soli medici destinatari delle predette sentenze amministrative passate in giudicato;

la Corte di giustizia delle Comunità europee, con sentenze del 25 febbraio 1999 (causa C-131/97) e del 3 ottobre 2000 (causa C-371/97), ha individuato nell'applicazione retroattiva e completa delle misure di attuazione della direttiva, la possibilità di rimediare alle conseguenze pregiudizievoli della precedente tardiva attuazione della stessa, anche al fine di assicurare un adeguato risarcimento del danno subito dagli interessati;

in conseguenza di ciò, nel corso di questi anni, si è venuto a creare un imponente contenzioso nei confronti dello Stato italiano dinanzi ai giudici ordinari, promosso da decine di migliaia di medici, che avevano iniziato il rispettivo corso di specializzazione a decorrere dall'anno accademico 1982-1983, per ottenere il risarcimento dei danni subiti per effetto della mancata attuazione nei loro confronti delle richiamate direttive;

da tale contenzioso hanno iniziato a susseguirsi una serie di pronunce giudiziali favorevoli ai medici, sia da parte dei tribunali, che delle Corti di appello competenti, sia, in sede di legittimità, da parte della Suprema Corte di cassazione, che hanno condannato la Presidenza del Consiglio dei ministri ed il Ministero dell'economia e delle finanze al pagamento degli indennizzi in favore dei predetti medici e che secondo alcune pronunce sono stati liquidati in oltre 100.000 euro per ciascuno di essi;

impegna il Governo:

a valutare, compatibilmente con i vincoli di bilancio, la possibilità di prevedere per i medici ammessi alle scuole di specializzazione universitarie in medicina dall'anno accademico 1982-1983 all'anno accademico 1990-1991 che abbiano presentato domanda giudiziale per il riconoscimento economico retroattivo del periodo di formazione o di risarcimento del danno per la mancata o ritardata attuazione della direttiva 75/362/CEE del Consiglio, del 16 giugno 1975, della direttiva 75/363/CEE

del Consiglio, del 16 giugno 1975, e della direttiva 82/76/CEE del Consiglio del 26 gennaio 1982, la corresponsione, a titolo forfettario, di un importo non inferiore a 13.000 euro per ogni anno di corso, da riconoscere anche attraverso il credito d'imposta in un arco temporale non superiore a tre anni.

### **G/981/23/12**

[BOLDRINI](#), [FARAONE](#), [BINI](#)

La 12a Commissione,

premessi che:

fino alla riforma delle professioni sanitarie per accedere alla professione di educatore professionale era sufficiente frequentare corsi (triennali) regionali o di formazione specifica;

il decreto ministeriale n. 520 del 1998 ha stabilito che per esercitare la professione di educatore professionale fosse necessario un diploma universitario;

la legge 26 febbraio 1999, n. 42 (Disposizioni in materia di professioni sanitarie) ha stabilito che i diplomi e gli attestati conseguiti con corsi (triennali) regionali o di formazione specifica fossero equipollenti al diploma universitario riferendosi, però, solo ai titoli conseguiti entro il 17 marzo 1999;

i primi corsi di laurea sono stati attivati nel 2001, per l'anno accademico 2001/2002;

si è dunque creato un vuoto normativo che ha lasciato privi di tutela sia coloro che al mese di marzo 1999 stavano già frequentando un corso triennale, ma non avevano ancora ottenuto il diploma finale (in particolare, coloro che avevano iniziato i corsi nell'anno 1997/1998 o 1998/1999), sia coloro che, dovendo iniziare la formazione nel 1999/2000 o nel 2000/2001 e non potendo frequentare corsi universitari (non ancora istituiti), hanno necessariamente frequentato corsi triennali regionali o di altri enti di formazione;

considerato che:

qualora i professionisti, privi di equipollenza, fossero impossibilitati ad iscriversi all'albo professionale, gli stessi non potrebbero più esercitare le funzioni per cui assunti;

la necessità di coprire le funzioni rese vacanti comporterebbe nuove assunzioni con conseguente aggravio di costi per la finanza pubblica (liquidazione compensi per fine trattamento per gli operatori licenziati);

la mancata equipollenza si tradurrebbe in una perdita di agibilità del percorso formativo con conseguente spreco di risorse economiche determinate dalla necessità di stanziare nuove risorse volte alla nuova assunzione di altri professionisti;

impegna il Governo a:

sanare, con atti di propria competenza, una situazione di palese ingiustizia al fine di vedere riconosciuta l'equipollenza del titolo acquisto a quello di professionisti che, con il medesimo percorso formativo, hanno ottenuto il titolo di educatore professionale in data antecedente il 17 marzo 1999.

### **G/981/24/12**

[BOLDRINI](#), [FARAONE](#), [BINI](#)

La 12a Commissione,

premessi che:

il numero dei medici impegnati nell'attività di Pronto soccorso è in costante diminuzione a

causa del lavoro stressante e della grande responsabilità ricoperta nello svolgimento del loro ruolo;  
si tratta di un lavoro non solo fortemente usurante, ma continuamente esposto sotto il profilo della responsabilità sanitaria, con turni usuranti, reperibilità da coprire ed esposizione continua all'aggressione;

questi medici, nonostante l'importanza del lavoro svolto, guadagnano meno dei loro colleghi di medicina generale;

impegna il Governo:

ad individuare incentivazioni economiche per i medici impegnati nell'attività di Pronto soccorso a garanzia degli stessi e della salute dei cittadini.

**G/981/25/12**

[BOLDRINI](#), [BINI](#), [FARAONE](#), [MANCA](#)

La 12a Commissione,

premesso che:

il Servizio sanitario nazionale è l'unico comparto della pubblica amministrazione che da più di dieci anni è sottoposto non solo al blocco del *turn over* ma anche alla riduzione della spesa per il personale, impedendo così una corretta erogazione dei servizi sanitari;

se da una parte il comparto della sanità, è stato chiamato in questi anni a profonde riforme organizzative indotte non solo dai vincoli economici ma anche dal progredire delle conoscenze scientifiche nonché dalle opportunità offerte da nuovi farmaci e dalle nuove tecnologie dall'altra è obbligato a vincoli di spesa imposti nel 2004 ridotti del 1,4 per cento;

le regioni, in questi anni, hanno fatto un significativo sforzo di contenimento della spesa del personale in sanità come documentato dal rapporto 2017 del Mef «quarto monitoraggio della spesa sanitaria» che attesta «La spesa per i redditi da lavoro dipendente rappresenta, nel 2016, il 31 per cento della spesa complessiva. Tale percentuale risulta sensibilmente ridotta rispetto a quella del 2000 (39,8 per cento), segnalando pertanto una dinamica inferiore a quella media. In particolare, il tasso di variazione medio annuo della spesa per i redditi da lavoro dipendente si attesta mediamente al 4,7 per cento nel periodo 2001-2005, passa al 2,1 per cento nel periodo 2006-2010 e al -1,3 per cento nel periodo 2011-2016»;

nell'ultima legge di bilancio, si è cercato di attenuare la rigidità dei limiti fissati riconoscendo in sede di monitoraggio una flessibilità dell'0,1 per cento (articolo 1, comma 454, della legge 205/2017). Quindi la legislazione in vigore prevede attualmente al comma 73 della legge 191 del 2009 che «Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi di cui al comma 3 del presente articolo si provvede con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. La regione è giudicata adempiente ove sia accertato l'effettivo conseguimento di tali obiettivi. In caso contrario, per gli anni dal 2013 al 2019, la regione è considerata adempiente ove abbia raggiunto l'equilibrio economico e abbia attuato, negli anni dal 2015 al 2019, un percorso di graduale riduzione della spesa di personale, ovvero una variazione dello 0,1 per cento annuo, fino al totale conseguimento nell'anno 2020 degli obiettivi previsti all'articolo 2, commi 71 e 72, della citata legge n. 191 del 2009»;

lo stesso accordo di Governo al capitolo 21 «Sanità» indica che «il problema dei tempi di attesa è susseguente anche alla diffusa carenza di medici specialisti, infermieri e personale sanitario. È dunque indispensabile assumere il personale medico e sanitario necessario»;

impegna il Governo:

ad individuare, in tempi brevi, le misure economiche e strumentali necessarie affinché anche il comparto sanità, come gli altri comparti della Pubblica amministrazione, possa essere oggetto di

politiche assunzionali volte a garantire una corretta applicazione dei Livelli essenziali di assistenza su tutto il territorio, rimuovendo, anche nello specifico, il limite imposto nel 2004, ridotto del 1,4 quale tetto di spesa per il personale sanitario;

a prevedere misure economiche e normative volte alla stabilizzazione, all'interno del comparto sanità, di personale medico e sanitario attualmente impiegato con rapporti di lavoro non direttamente collegabili, all'azienda sanitario o ospedaliera come contratti interinali o di somministrazione.

**G/981/26/12**

[BOLDRINI](#), [BINI](#), [FARAONE](#), [MANCA](#)

La 12a Commissione,

premesso che:

il provvedimento in esame ridetermina il livello di finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale per il triennio 2019- 2021 subordinando l'accesso delle regioni all'incremento previsto per gli anni 2020 e 2021 rispetto al 2018 alla sottoscrizione di una specifica intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano definendone le misure;

all'inizio il riparto regionale del finanziamento sanitario pubblico avveniva sulla base della spesa storica, ossia sulla base della popolazione residente pesata, con pesi che tenevano conto del profilo dei consumi sanitari della popolazione residente, suddivisa per classi di età e sesso;

il decreto legislativo 68 del 2011 su costi e fabbisogni standard in sanità introduce, rispetto al sistema di riparto fra le regioni delle risorse destinate ai livelli essenziali di assistenza in vigore dagli anni novanta, due innovazioni: il depotenziamento della ponderazione della quota capitaria per (sole) classi di età della popolazione e la individuazione di regioni *benchmark*;

nonostante la modifica intervenuta, negli ultimi anni un insieme di fattori politici, economici e organizzativi hanno determinato il consolidamento di una condizione di frammentazione e difformità territoriali in cui a regioni in grado di assicurare servizi e prestazioni all'avanguardia se ne affiancano altre in cui è difficoltoso garantire anche solo i Livelli Essenziali di Assistenza e le disuguaglianze tra le persone si sono fatte sempre più evidenti con la conseguenza che non tutti riescono ad accedere alle cure di cui hanno bisogno nei territori in cui vivono;

per ovviare a tale situazione diventa quindi necessario individuare criteri di riparto che consentano un riequilibrio territoriale attraverso l'applicazione di indici di deprivazione che tengano conto, in particolare, delle difficoltà in cui versano le regioni meridionali e insulari,

impegna il Governo:

a predisporre misure economiche e normative volte alla definizione di un sistema sanitario più equo che dia alle Regioni maggiormente in difficoltà, in particolare quelle del Sud, adeguati strumenti per fronteggiare le difficoltà strutturali e il gap di risorse che esse scontano rispetto a quelle del Nord per porre fine a quel meccanismo per cui le Regioni più ricche, avendo più possibilità di investimento, sono anche quelle più virtuose a scapito di quelle più povere, che vengono ancor più depauperate;

ad intervenire affinché il criterio di deprivazione economica con un peso ponderato non inferiore al 10 per cento da valere sull'intera quota sia inserito quale criterio aggiuntivo nel riparto del Fondo sanitario nazionale al fine di ridurre la mobilità passiva tra le regioni e le liste d'attesa.

**G/981/27/12**

[BOLDRINI](#), [BINI](#), [FARAONE](#), [MANCA](#)

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento in esame prevede una serie di misure nel settore sanitario tra cui le risorse per la riduzione dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e la modulazione del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard a cui concorre lo Stato;

tra le varie misure non vi è però quella volta alla riduzione del *superticket*, ovvero i 10 euro che i cittadini devono pagare su ogni ricetta, per le prestazioni di diagnostica e specialistica, nonostante più volte il Ministro della Salute abbia dichiarato essere un obiettivo di questo governo, fin da questa legge di bilancio, la sua abolizione;

la legge di bilancio 2018 (l'articolo 1, comma 804, della legge 27 dicembre 2017 n. 205) aveva previsto al fine di conseguire una maggiore equità e agevolare l'accesso alle prestazioni sanitarie da parte di specifiche categorie di soggetti vulnerabili, un Fondo per la riduzione della quota fissa sulla ricetta (articolo 1, comma 796, lettera *p*), della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e delle misure di cui alla lettera *p-bis*) con una dotazione di 60 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2018,

impegna il Governo:

ad individuare le risorse economiche necessarie, oltre a quelle già stanziato, per addivenire ad una effettiva abolizione *superticket* sulle ricette relative alle prestazioni di diagnostica e specialistica garantendo così il diritto alla salute sancito dalla Costituzione a tutti i cittadini.

## 1.3.2.1.3. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 68 (ant.) del 14/02/2019

---

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari**

**Riunione n. 68**  
**GIOVEDÌ 14 FEBBRAIO 2019**

*Presidenza del Presidente*  
**[SILERI](#)**

*Orario: dalle ore 9,35 alle ore 10,40*

*AUDIZIONI INFORMALI NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 716 E  
CONNESSO (EPILESSIA)*

[video](#)

## 1.3.2.1.4. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 59 (ant.) del 20/02/2019

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12ª)**  
**MERCOLEDÌ 20 FEBBRAIO 2019**  
**59ª Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
**SILERI**

*La seduta inizia alle ore 10,05.*

*INTEGRAZIONE DELL'UFFICIO DI PRESIDENZA*

### **Elezione di un Vice Presidente**

La Commissione procede alla votazione per l'elezione di un Vice Presidente.

Partecipano alla votazione i senatori: Paola **BINETTI** (FI-BP), Caterina **BINI** (PD), Paola **BOLDRINI** (PD), **CAMPARI** (L-SP-PSd'Az) (in sostituzione del senatore Rufa), Maria Cristina **CANTU'** (L-SP-PSd'Az), Maria Domenica **CASTELLONE** (M5S), Elena **CATTANEO** (Aut (SVP-PATT, UV)), **COLLINA** (PD), **DI MARZIO** (M5S), **ENDRIZZI** (M5S), Sonia **FREGOLENT** (L-SP-PSd'Az), Bianca Laura **GRANATO** (M5S) (in sostituzione del senatore Marinello), Raffaella Fiormaria **MARIN** (L-SP-PSd'Az), **Giuseppe PISANI** (M5S), Maria **RIZZOTTI** (FI-BP), **SANTILLO** (M5S) (in sostituzione del senatore Mautone), **SICLARI** (FI-BP), **SILERI** (M5S), Laura **STABILE** (FI-BP) e **ZAFFINI** (Fdl).

Risulta eletto, con 15 voti, il senatore **COLLINA** (PD). Risultano, altresì, 5 schede bianche.

Il senatore **COLLINA** (PD) ha quindi la parola per pronunciare un breve discorso di ringraziamento alla Commissione.

### *SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

Il **PRESIDENTE** avverte che nel corso della prossima settimana, tendenzialmente riservata ai lavori dell'Assemblea, la Commissione non terrà seduta. Saggiunge che, qualora si dischiudessero possibilità di convocazione, allo stato non previste, sarà sua cura informare i rappresentanti dei Gruppi allo scopo di utilizzare proficuamente ogni spazio di lavoro e concludere l'esame di almeno alcuni dei provvedimenti già in precedenza inseriti all'ordine del giorno.

La senatrice **RIZZOTTI** (FI-BP) suggerisce di convocare la Commissione in orario antimeridiano, ove possibile.

Il senatore [COLLINA](#) (PD) segnala che nella fascia antimeridiana che precede i lavori dell'Assemblea sono solite riunirsi anche le Commissioni bicamerali.

Il [PRESIDENTE](#) fa rilevare che nelle settimane riservate ai lavori dell'Assemblea anche i consueti spazi di lavoro della Commissione (come la fascia antimeridiana cui ha fatto riferimento la senatrice Rizzotti) sono in linea di massima interdetti, salvo che vi sia l'urgenza di esaminare provvedimenti del Governo.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) è dell'avviso che sia opportuno riunire l'Ufficio di Presidenza all'inizio della prossima settimana, alla luce dell'andamento dei lavori dell'Assemblea, per definire la programmazione dei lavori della Commissione.

Il [PRESIDENTE](#), preso atto del consenso della Commissione sulla proposta avanzata dalla senatrice Cantù, si riserva di convocare l'Ufficio di Presidenza all'inizio della prossima settimana, ove ciò sia compatibile con i lavori dell'Assemblea.

#### *SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni svolte il 14 febbraio scorso, in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sul disegno di legge n. 716 e connesso, concernente il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia, è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente depositata in relazione alle successive audizioni connesse all'esame di tale argomento.

La Commissione prende atto.

*La seduta termina alle ore 10,30.*

## 1.3.2.1.5. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 74 (pom.) del 12/03/2019

---

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari**

**Riunione n. 74**  
**MARTEDÌ 12 MARZO 2019**

*Presidenza del Presidente*  
[SILERI](#)

*Orario: dalle ore 15,40 alle ore 16,40*

*AUDIZIONI INFORMALI NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 716 E  
CONNESSO (EPILESSIA)*

[VIDEO](#)

# 1.3.2.1.6. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 78 (pom.) del 19/03/2019

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari**

**Riunione n. 78**  
**MARTEDÌ 19 MARZO 2019**

*Presidenza del Presidente*  
[SILERI](#)

*Orario: dalle ore 14 alle ore 15,05*  
*(sospensione dalle ore 14,20 alle ore 14,45)*

*AUDIZIONI INFORMALI NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 716 E  
CONNESSO (EPILESSIA)*

[VIDEO](#)

## 1.3.2.1.7. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 72 (pom.) del 10/04/2019

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MERCOLEDÌ 10 APRILE 2019  
72<sup>a</sup> Seduta

Presidenza del Presidente  
[SILERI](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Coletto.*

*La seduta inizia alle ore 15,45*

### SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

Il [PRESIDENTE](#) comunica che è stata chiesta, da parte del Gruppo PD, la pubblicità dei lavori della seduta odierna e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso all'attivazione dell'impianto audiovisivo, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento. Non essendovi obiezioni, tale forma di pubblicità è quindi adottata per il prosieguo dei lavori.

### IN SEDE REDIGENTE

#### **(867) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 12 marzo.

Il [PRESIDENTE](#), riepilogato l'*iter* sin qui svolto, dichiara aperta la discussione generale, ricordando che il termine per la presentazione di emendamenti e ordini del giorno è stato fissato alle ore 12 del prossimo venerdì 19 aprile.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) premette che, malgrado l'articolato sia composto da soli tre articoli, la materia trattata dal provvedimento in esame è estremamente complessa.

Osserva che, come emerso dalle audizioni, le informazioni sui fenomeni di violenza a danno degli esercenti le professioni sanitarie sono già ampiamente disponibili, pertanto compito dell'Osservatorio istituito dall'articolo 1 sarà quello di raccogliere e metterle a sistema. Ritiene peraltro che la composizione del predetto organismo dovrà essere integrata, in conformità alle

indicazioni scaturite dall'istruttoria, così da assicurare la presenza in seno ad esso di una pluralità di punti di vista.

Riguardo alla parte penalistica del disegno di legge, ravvisa l'opportunità di prevedere il necessario coinvolgimento delle aziende sanitarie ed ospedaliere nelle iniziative giudiziarie a tutela dei professionisti aggrediti.

Al contempo, stima opportuno investire di più sulla formazione degli operatori, allo scopo di prepararli ad affrontare le criticità relazionali con i pazienti.

Rileva inoltre che, in riferimento agli esercenti le professioni sanitarie, ed in particolare per gli addetti al servizio di cosiddetta guardia medica, occorrerebbero documenti di valutazione dei rischi specifici e maggiormente accurati.

Si sofferma infine, in termini critici, sull'articolo 3, evidenziando che gli interventi ad invarianza di spesa stanno diventando una costante di questa legislatura, mentre occorrerebbe destinare al settore sanitario congrue risorse aggiuntive.

Il [PRESIDENTE](#) trova condivisibile il proposito manifestato dalla senatrice Boldrini di integrare la composizione dell'Osservatorio, dando spazio in seno ad esso anche a rappresentanti di associazioni di cittadini ed utenti.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*), nel plaudire all'iniziativa legislativa adottata dal Governo, segnala l'opportunità di estendere le disposizioni recate dal provvedimento in esame agli esercenti le professioni socio-sanitarie, considerato anche il ruolo cruciale da essi svolto nell'erogazione dei servizi.

Quanto alla clausola di invarianza finanziaria, reputa che quest'ultima sia pienamente compatibile con un intervento, quale quello posto in essere dal Governo, che mira alla razionalizzazione: in particolare, ad avviso dell'oratrice, occorre considerare che il provvedimento in esame ambisce alla creazione di una rete informativa, per garantire il supporto alle valutazioni dei decisori e limitare i fenomeni distorsivi che incidono sulla serenità del lavoro degli operatori.

La senatrice [BINETTI](#) (*FI-BP*) trova lecito domandarsi quale sia l'importanza che il Governo annette ai professionisti sanitari, dal momento che un disegno di legge sulla carta importante, come quello in esame, presenta l'ormai consueta clausola di invarianza finanziaria.

Reputa che sarebbe invece necessario rinforzare tutte le misure concernenti la sicurezza, anche prevedendo un collocamento delle postazioni di lavoro tale da scongiurare il rischio di isolamento degli operatori.

Auspica che non si pervenga all'approvazione di una legge manifesto, di fatto inapplicabile e foriera soltanto di una sensazione effimera di accresciuta sicurezza: in tale prospettiva, a suo parere, occorrerà approvare emendamenti sostanziali e probabilmente non privi di oneri finanziari.

Con il consenso della Commissione, la senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) integra l'intervento già svolto, richiamando l'attenzione sulla necessità di uno sforzo legislativo per assicurare specificità e incisività all'azione dell'Osservatorio, rendendo quest'ultima funzionale al superamento delle carenze emerse nel corso dell'istruttoria.

Ribadisce che, prima di invocare nuove o maggiori risorse per il comparto sanitario, occorre assicurare l'efficiente e appropriato utilizzo di quelle già disponibili.

Il senatore [SICLARI](#) (*FI-BP*), pur condividendo l'istituzione dell'Osservatorio, paventa che l'iniziativa legislativa in esame rappresenti più un'iniziativa propagandistica che non un intervento realmente risolutivo. Precisa che la sua preoccupazione deriva dalla mancata previsione di risorse aggiuntive e dall'assenza di forme di raccordo tra l'Osservatorio e i servizi sanitari territoriali. Fa notare che, per prevenire i fenomeni di violenza all'interno delle strutture, è necessario sbloccare le procedure concorsuali per potenziare gli organici degli ospedali, nonché rafforzare il ruolo dei medici

di medicina generale, allo scopo di evitare accessi non necessari ai Pronto Soccorso.

Il [PRESIDENTE](#) rileva che dal dibattito sono emersi con chiarezza i punti del disegno di legge meritevoli di un supplemento di riflessione e domanda se vi siano ulteriori richieste di intervento in discussione generale, riservandosi in caso contrario di dichiarare conclusa tale fase procedurale.

La senatrice [STABILE](#) (FI-BP) chiede di non chiudere nella giornata odierna la discussione generale.

La Commissione conviene quindi con la proposta del PRESIDENTE di rinviare il seguito della discussione alla seduta di domani, lasciando aperta la discussione generale.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**  
(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 5 dicembre 2018.

Il [PRESIDENTE](#), riepilogato l'iter sinora svolto, dichiara aperta la discussione generale.

La senatrice [BINETTI](#) (FI-BP) segnala di aver presentato un disegno di legge in materia di epilessia, che auspica possa essere in tempi brevi deferito alla Commissione.

Il [PRESIDENTE](#), nel prendere atto della comunicazione, si riserva di verificare lo stato di avanzamento dell'assegnazione.

In assenza di richieste di intervento, il seguito della discussione congiunta è infine rinviato.

#### *SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni svolte nella mattinata odierna, in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sull'affare assegnato relativo all'uso del medicinale triptorelina (Atto n. 207), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente depositata nelle successive audizioni connesse all'esame di tale argomento.

La Commissione prende atto.

*La seduta termina alle ore 16,15.*

## 1.3.2.1.8. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 73 (ant.) dell'11/04/2019

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**GIOVEDÌ 11 APRILE 2019**  
**73<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
**SILERI**

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Coletto.*

*La seduta inizia alle ore 11,45.*

### *SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI*

Il **PRESIDENTE** comunica che è stata chiesta, da parte del Gruppo PD, la pubblicità dei lavori della seduta odierna e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso all'attivazione dell'impianto audiovisivo, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento. Saggiunge che, relativamente alla parte di seduta che sarà dedicata allo svolgimento di interrogazioni, è stata altresì autorizzata la trasmissione in diretta audiovisiva sui canali *web* del Senato.

Non essendovi obiezioni, le suddette forme di pubblicità sono quindi adottate per il prosieguo dei lavori.

### *PROCEDURE INFORMATIVE*

#### **Interrogazioni**

Il sottosegretario COLETTI risponde all'interrogazione n. 3-00562 della senatrice Bini, sulla carenza di alcuni medicinali.

In via preliminare, reputa opportuno precisare che per "carente" si intende un medicinale non reperibile sull'intero territorio nazionale, in quanto il titolare dell'Autorizzazione all'Immissione in Commercio non è in grado di assicurarne, temporaneamente, una fornitura appropriata e continua. Sottolinea che la carenza sul mercato di un farmaco può essere determinata da diversi fattori, tra i quali, a titolo di esempio, l'irreperibilità del principio attivo, le problematiche legate alla produzione, i provvedimenti a carattere regolatorio, l'imprevisto incremento delle richieste di un determinato medicinale, le emergenze sanitarie nei paesi di produzione.

Precisa che l'indisponibilità temporanea sul mercato nazionale di medicinali indispensabili per la cura di determinate patologie viene comunque costantemente monitorata dall'Agenzia Italiana del Farmaco, sulla base di una procedura *ad hoc*.

In merito ai medicinali indicati nell'interrogazione parlamentare, fa presente, relativamente al prodotto "Rytmonorm", che occorre innanzitutto considerarne le diverse forme farmaceutiche ed i dosaggi rispetto ai quali si è verificato lo stato di carenza.

Più in particolare, in relazione alle differenti confezioni di "Rytmonorm" che hanno ottenuto l'Autorizzazione all'Immissione in Commercio, riporta le seguenti precisazioni, fornite dall'AIFA. In relazione alla Confezione da 70mg/20ml - soluzione iniettabile per uso endovenoso, 5 fiale da 20ml -, essa risulta carente esclusivamente sul canale ospedaliero, a causa di problemi produttivi, e la carenza, come comunicato dal titolare dell'AIC, dovrebbe terminare il 31 maggio 2019.

Con riferimento alla confezione da 325mg - capsule rigide a rilascio prolungato, 28 capsule -, essa risulta carente esclusivamente sul canale "retail" (vendita al dettaglio), sempre a causa di problemi produttivi. In questo caso, tuttavia, la carenza dovrebbe terminare il 30 giugno 2019.

In relazione, ancora, alla confezione da 425mg - capsule rigide a rilascio prolungato, 28 capsule - le forniture risultano discontinue a causa di problemi produttivi e la problematica dovrebbe terminare il 30 giugno 2019.

Per quanto riguarda, invece, la specialità medicinale "Sinemet", il Sottosegretario rammenta che essa è autorizzata in Italia in 4 confezioni, delle quali solo due, quelle contenenti compresse divisibili, risultano attualmente carenti sul mercato a causa di problemi produttivi.

Informa che l'AIFA ha assicurato che, grazie alle specifiche procedure previste dalle norme vigenti, la situazione relativa alla disponibilità dei medicinali è costantemente monitorata.

Soggiunge che, proprio al fine di tutelare la salute dei pazienti e i loro diritti di accesso alle cure, l'AIFA ha rilasciato, per entrambi i medicinali, alle strutture sanitarie che ne fanno richiesta - secondo una procedura particolarmente semplificata - l'autorizzazione all'importazione per analogo medicinale commercializzato all'estero.

Fa infine presente che è intendimento del Ministero della salute di introdurre una norma che rafforzi le misure preventive per evitare la carenza di farmaci, introducendo una sanzione da applicare nel caso in cui non siano rispettate le norme sull'allerta.

La senatrice [BINI](#) (PD) si dichiara non soddisfatta, rilevando che, nel merito, non è stata data risposta alle questioni poste. Ritiene necessario un impegno più concreto da parte del Ministero della salute per assicurare la fruizione dei medicinali che allo stato non sono agevolmente reperibili, come il Sinemet, necessario per la terapia del morbo di Parkinson.

Il sottosegretario COLETTI risponde, quindi, all'interrogazione n. 3-00687 della senatrice Binetti, relativa alla cura per l'orticaria cronica spontanea.

Premette che, attraverso l'AIFA, il Ministero della salute segue con particolare attenzione le modalità di trattamento dei pazienti affetti da orticaria cronica spontanea (CSU), dei quali sono ben note le difficili condizioni di vita.

Secondo quanto risulta al Ministero, l'AIFA in questo momento sta attentamente valutando, per il tramite delle proprie Commissioni consultive, l'opportunità di definire la procedura di revisione del Piano Terapeutico attualmente in vigore ai fini dell'utilizzo dei medicinali a base del principio attivo "Omalizumab" nel trattamento dell'orticaria cronica spontanea (CSU), a seguito dei nuovi studi scientifici pubblicati.

A tal riguardo, il Sottosegretario informa che proprio nella scorsa settimana si è tenuta una specifica seduta della Commissione Tecnico Scientifica (CTS) dell'AIFA che ha disposto di dover approfondire la valutazione in atto sulla base di un ulteriore esame delle evidenze prodotte a supporto dell'estensione dello schema di trattamento.

Nell'assicurare, dunque, che le valutazioni in parola avverranno secondo il necessario rigore scientifico, si riserva di comunicare alla Commissione gli esiti degli ulteriori approfondimenti in corso.

La senatrice [BINETTI](#) (FI-BP) osserva che la risposta fornita dal Sottosegretario è meramente interlocutoria. Si dichiara, pertanto, in attesa di ottenere un riscontro esaustivo, solo parzialmente

soddisfatta. Con l'occasione, richiama l'attenzione sulle esigenze e sui problemi delle persone affette da orticaria cronica spontanea, malattia di cui sottolinea i caratteri di severità in termini di impatto sulla qualità della vita dei pazienti.

Il [PRESIDENTE](#), ringraziato il sottosegretario Coletto, dichiara concluse le procedure informative all'ordine del giorno.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(867) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta di ieri.

Riprende la discussione generale.

La senatrice [STABILE](#) (FI-BP) ricorda che nel corso delle audizioni è emersa l'urgenza di affrontare concretamente i problemi di sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie. Dichiaro pertanto di trovare condivisibile l'istituzione dell'Osservatorio - la cui composizione auspica peraltro integrata con rappresentanti degli Ordini e delle Associazioni sindacali delle professioni interessate -, ma ritiene necessario prevedere anche misure concrete per la messa in sicurezza degli operatori.

In primo luogo, ravvisa l'opportunità di investire sulla formazione, per fare sì che chi opera all'interno delle strutture sanitarie sia in grado di riconoscere e prevenire le situazioni di potenziale rischio, nonché di agire avendo piena contezza dell'organizzazione interna del lavoro.

Inoltre, rileva che occorrerebbe prevedere la procedibilità d'ufficio per i reati commessi contro gli esercenti le professioni sanitarie, unitamente a forme di supporto e di affiancamento delle vittime da parte dei dirigenti delle strutture in cui esse operano.

Soggiunge che gioverebbe aumentare i posti fissi di Polizia presso gli ospedali, prevedere un'ubicazione più accorta dei locali adibiti al servizio di guardia medica, per evitare il rischio di isolamento, e dotare le strutture di impianti di videosorveglianza e di linee telefoniche dedicate per contattare, in caso di urgenza, le forze dell'ordine.

Il [PRESIDENTE](#) (M5S) sottolinea che il disegno di legge in esame è volto a tutelare la serenità dei medici e dei paramedici nello svolgimento del proprio lavoro. Invita a considerare che il senso di insicurezza genera anche costi notevoli, in termini di medicina difensiva, e pertanto tra gli effetti dell'iniziativa legislativa adottata dal Governo potrà esservi anche una diminuzione delle prestazioni inappropriate e quindi delle spese evitabili.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) rileva incidentalmente che la condivisibile considerazione appena svolta dal Presidente evoca la più generale esigenza di riqualificazione della spesa sanitaria.

Non essendovi altre richieste di intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale.

Quindi, accedendo ad una richiesta avanzata dalla senatrice [BINETTI](#) (FI-BP), propone di posticipare il termine per la presentazione di emendamenti e ordini del giorno alle ore 12 del prossimo lunedì 29 aprile.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**  
(Rinvio del seguito della discussione congiunta)

In assenza di richieste di intervento, la Commissione conviene con la proposta del [PRESIDENTE](#) di rinviare il seguito della discussione congiunta, lasciando aperta la discussione generale.

*La seduta termina alle ore 12,10.*

## 1.3.2.1.9. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 76 (pom.) del 07/05/2019

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MARTEDÌ 7 MAGGIO 2019  
76<sup>a</sup> Seduta

Presidenza del Presidente  
[SILERI](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Bartolazzi.*

*La seduta inizia alle ore 14,20.*

### *SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che è stata chiesta, da parte del Gruppo PD, la pubblicità dei lavori della seduta odierna e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso all'attivazione dell'impianto audiovisivo, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento. Non essendovi obiezioni, tale forma di pubblicità è quindi adottata per il prosieguo dei lavori.

### *IN SEDE REDIGENTE*

**(189) Maria RIZZOTTI ed altri. - Introduzione dell'articolo 580-bis del codice penale, concernente il reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e di cura di tali patologie e degli altri disturbi del comportamento alimentare**

**(903) Caterina BINI ed altri. - Disposizioni in materia di prevenzione e di cura delle patologie e dei disturbi del comportamento alimentare**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 5 marzo.

Il [PRESIDENTE](#), riepilogato l'*iter* sinora svolto, informa che è pervenuto il parere della Commissione giustizia (non ostativo con condizioni sul testo e non ostativo con osservazioni sugli emendamenti). Saggiunge, riguardo agli altri pareri obbligatori, che non sono ancora pervenuti i pareri della Commissione bilancio e della Commissione per le Questioni regionali.

Prende atto la Commissione.

Considerato che la senatrice Rizzotti - prima firmataria del ddl 189 - ha comunicato l'impossibilità di partecipare ai lavori odierni, il Presidente propone di rinviare alla seduta di domani il seguito della

discussione congiunta.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**  
(Rinvio del seguito della discussione congiunta)

La Commissione conviene con la proposta del [PRESIDENTE](#) di rinviare il seguito della discussione congiunta, lasciando aperta la discussione generale.

**(867) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta dell'11 aprile.

Il [PRESIDENTE](#) comunica che sono stati presentati emendamenti (pubblicati in allegato) e propone di rinviare alla giornata di domani lo svolgimento della fase di illustrazione e discussione degli stessi, previa effettuazione degli eventuali interventi di replica.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

**(1201) Deputati Massimo Enrico BARONI ed altri. - Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie**, approvato dalla Camera dei deputati

(Discussione e rinvio)

Il [PRESIDENTE](#), relatore, illustra il provvedimento in titolo.

Al termine dell'esposizione, propone di rinviare alla prossima settimana la decisione in ordine all'eventuale svolgimento di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

**(299) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia**  
**(485) Isabella RAUTI ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante**

**(672) VESCOVI. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante**

**(899) Felicia GAUDIANO ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 13 marzo.

Il [PRESIDENTE](#), riepilogato l'iter finora svolto, comunica che sono stati presentati emendamenti (pubblicati in allegato) riferiti al disegno di legge n. 299, già adottato quale testo base. Quindi, non essendovi iscritti a parlare in discussione generale, dichiara conclusa tale fase procedurale e, preso atto della rinuncia alle repliche, dispone la sospensione della seduta.

*La seduta, sospesa alle ore 14,45, riprende alle ore 15,15.*

Il [PRESIDENTE](#) avverte che si passerà ora alla fase di illustrazione e discussione degli emendamenti, che avverrà con le modalità previste dall'articolo 100, comma 9 del Regolamento, a partire dalle proposte di modifica relative all'articolo 1.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) illustra l'emendamento 1.1.

La senatrice [STABILE](#) (FI-BP) illustra l'emendamento 1.2.

Il sottosegretario BARTOLAZZI fa rilevare che nell'ambito della definizione di sindrome fibromialgica, recata dall'emendamento 1.2, appare improprio l'utilizzo del termine "articolazione" per indicare la sede della sintomatologia.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 2.

Il senatore [RUFA](#) (L-SP-PSd'Az) illustra l'emendamento 2.0.1.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 3.

La senatrice [STABILE](#) (FI-BP) illustra l'emendamento 3.1.

L'emendamento 3.2 è dato per illustrato, così come l'unico emendamento riferito all'articolo 4.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti relativi all'articolo 5.

La senatrice [STABILE](#) (FI-BP) illustra l'emendamento 5.1.

Dopo che l'emendamento 5.2 è stato dato per illustrato, si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 6.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) illustra l'emendamento 6.1.

La senatrice [STABILE](#) (FI-BP) illustra l'emendamento 6.2.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 8.

La senatrice [MARIN](#) (L-SP-PSd'Az) illustra l'emendamento 8.1.

La senatrice [STABILE](#) (FI-BP) illustra l'emendamento 8.2.

Dopo che l'unico emendamento all'articolo 9 è stato dato per illustrato, in assenza di ulteriori richieste di intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

#### *IN SEDE CONSULTIVA*

### **Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante ripartizione delle risorse del Fondo per il rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e lo sviluppo del Paese (n. 81)**

(Osservazioni alla 5a Commissione. Esame e rinvio)

Il relatore [MAUTONE](#) (M5S) illustra lo schema di decreto in titolo.

Il provvedimento concerne il riparto del Fondo per il rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e lo sviluppo del Paese (istituito dall'articolo 1, commi 95, 96 e 98, della L. 30 dicembre 2018, n. 145, con una dotazione complessiva pari a 43,6 miliardi di euro per il periodo 2019-2033).

Lo schema di decreto - predisposto in base alla procedura di riparto di cui al citato comma 98, che prevede l'adozione di uno o più decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con i Ministri interessati, sulla base di programmi settoriali presentati dalle amministrazioni centrali dello Stato per le materie di competenza - concerne il riparto, tra le Amministrazioni centrali dello Stato, dell'intera dotazione suddetta, al netto di una quota di 0,9 milioni, destinata (ai sensi del citato comma 96) al prolungamento della linea metropolitana 5 (M5) da Milano fino al comune di Monza. Lo schema concerne, dunque, il riparto di un ammontare di risorse pari a 42,7 miliardi, relativi al periodo 2019-2033.

In base alla tabella allegata allo schema, le risorse destinate al Ministero della salute sono pari complessivamente a 900 milioni di euro, di cui 54 milioni per il 2019, 70 milioni per il 2020, 72 milioni per il 2021, 66 milioni per il 2022, 50 milioni per il 2023, 52 milioni per il 2024, 54 milioni per ciascuno degli anni 2025 e 2026, 55 milioni per ciascuno degli anni 2027 e 2028, 60 milioni per il 2029, 62 milioni per il 2030, 66 milioni per il 2031 e 65 milioni per ciascuno degli anni 2032 e 2033. L'articolo 1, comma 2, dello schema specifica che, nell'ambito degli stanziamenti assegnati a ciascuna Amministrazione centrale, gli interventi sono individuati dalla medesima nel rispetto delle procedure previste dalla relativa legislazione e, ove necessario, attraverso l'intesa con i livelli di governo decentrati ed il sistema delle autonomie.

Il successivo comma 4 prevede che, ai fini della valutazione dello stato di avanzamento dei programmi finanziati e delle principali criticità riscontrate nell'attuazione degli interventi, ciascun Ministero, entro il 15 settembre di ogni anno, invii un'apposita relazione alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, al Ministero dell'economia e delle finanze ed alle Camere (ai fini della trasmissione alle Commissioni parlamentari competenti per materia).

I commi 5 e 6 individuano - in attuazione del citato comma 98 - i criteri e le modalità per l'eventuale revoca degli stanziamenti non utilizzati e per la loro diversa destinazione.

Il [PRESIDENTE](#) avverte che il parere - sotto forma di osservazioni alla Commissione bilancio - dovrà essere reso entro il prossimo 19 maggio.

Prende atto la Commissione.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

### *SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che, secondo quanto convenuto nel corso dell'ultima riunione dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai rappresentanti dei Gruppi, l'ordine del giorno della Commissione sarà integrato con la discussione, in sede redigente, dei disegni di legge: nn. 391 (Boldrini e altri), 656 (Marin e altri) e 921 (Bini), in materia di TSO e tutela della salute mentale; n. 638 (Castellone e altri), in materia di dirigenza sanitaria.

Prende atto la Commissione.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) sollecita l'avvio dell'*iter* del disegno di legge n. 1106 a propria prima firma, recante "Istituzione di contratti di formazione Teaching Hospital per le specializzazioni mediche". Chiede inoltre lumi sui lavori della prossima settimana.

Il [PRESIDENTE](#) fa rilevare che il disegno di legge n. 1106 è deferito alle Commissioni riunite 7a e 12a, convocate nella giornata di domani per l'avvio dell'indagine conoscitiva sul doping: in quella sede l'istanza avanzata dalla senatrice Cantù potrà essere riproposta e presa in considerazione. Quanto ai lavori della prossima settimana, nella quale sono previste sedute dell'Assemblea, informa che la Commissione potrà essere convocata per il seguito e la conclusione dell'esame, in sede consultiva, dell'Atto del Governo n. 81.

Prende atto la Commissione.

*La seduta termina alle ore 15,35.*

### EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [867](#)

Art. 1

#### **1.100**

Il Relatore

*Al comma 1, apportare le seguenti modifiche:*

"a) *al primo periodo, dopo le parole «le professioni sanitarie», aggiungere le seguenti: «e socio-sanitarie»;*

b) *alla lettera a), dopo le parole «le professioni sanitarie», aggiungere le seguenti: «e socio-sanitarie».*

*Conseguentemente, nella Rubrica dell'articolo, dopo le parole: "le professioni sanitarie", aggiungere le seguenti: "e socio-sanitarie".*

#### **1.1**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «Col medesimo decreto si provvede a definire la durata e la composizione dell'Osservatorio, prevedendo la presenza», inserire le seguenti: «delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative sul piano nazionale.».*

## 1.2

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#)

*Al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: «prevedendo la presenza» aggiungere le seguenti: «delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative sul piano nazionale».*

## 1.3

[Castellone](#), [Di Marzio](#), [Mautone](#), [Romagnoli](#), [Sileri](#)

*All'articolo, apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al comma 1, dopo le parole: «rappresentanti delle regioni», aggiungere le seguenti: «di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) per le finalità di cui ai commi 2 e 3, di rappresentanti»;*

b) *al comma 2, sostituire le parole: «, con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas),», con le seguenti: «, avvalendosi dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas),»;*

c) *dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

*«2-bis. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24».*

## 1.4

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «di rappresentanti delle regioni» inserire le seguenti: «, di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) per le finalità di cui ai commi 2 e 3,».*

*Conseguentemente, dopo il comma 2 inserire il seguente:*

*«2-bis. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24».*

## 1.5

[Castellone](#), [Di Marzio](#), [Mautone](#), [Romagnoli](#), [Sileri](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «rappresentanti delle regioni», aggiungere le seguenti: «di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) per le finalità di cui ai commi 2 e 3, di rappresentanti».*

## 1.6

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: «delle politiche sociali,» aggiungere le seguenti: «degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore e di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali,».*

## 1.7

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: «delle politiche sociali,» aggiungere le seguenti: «degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore, delle Associazioni di pazienti e di un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali,».*

## 1.8

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «delle politiche sociali» inserire le seguenti: «, del Forum nazionale dei CUG, dell'INAIL, di Cittadinanza attiva.».*

**1.9**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «delle politiche sociali» inserire le seguenti: «e del Forum nazionale dei CUG».*

**1.10**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: «delle politiche sociali,» aggiungere le seguenti: «degli ordini professionali, delle associazioni di categoria.».*

**1.11**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo la lettera a) inserire la seguente:*

*«a-bis) monitorare gli eventi sentinella che possano dar luogo alla commissione di fatti commessi con violenza o minaccia ai danni degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni;».*

**1.12**

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, dopo la lettera b), aggiungere le seguenti:*

*«b-bis) promuovere attività rivolte agli operatori, di informazione, formazione e promozione in materia di sicurezza dell'attività di cura e tutela della salute;*

*b-ter) promuovere attività di valutazione del rischio, di monitoraggio dei dati relativi a strutture e presidi sanitari considerati in condizioni di maggiore criticità, di sorveglianza sulla sicurezza degli operatori sanitari, nonché di armonizzazione delle metodiche da adottare;*

*b-quater) garantire e monitorare la costituzione, nelle ASL, nelle Aziende Ospedaliere e in ogni altro contesto sanitario per il quale ne sia prevista la costituzione, dei Comitati unici di garanzia e del loro corretto funzionamento».*

**1.13**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo la lettera c), aggiungere la seguente:*

*«c-bis) promuovere corsi di formazione per la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni».*

**1.14**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere la seguente:*

*«c-bis) promuovere la diffusione delle buone prassi».*

**1.15**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere la seguente:*

*«c-bis) promuovere studi riguardo la regolamentazione dell'uso dei social network nei luoghi di lavoro degli esercenti le professioni sanitarie per favorire l'adozione di azioni finalizzate a evitare che gli stessi possano essere oggetto di ricatto».*

**1.16**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Al comma 1, dopo la lettera c) aggiungere la seguente:*

«c-bis) valutare e determinare i casi in cui gli esercenti le professioni sanitarie debbano essere accompagnati dalle forze dell'ordine nell'esercizio delle loro funzioni».

#### 1.17

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, dopo la lettera c ), aggiungere le seguenti:*

«c-bis) promuovere idonei corsi di formazioni per gli esercenti professioni sanitarie in materia di autodifesa, sicurezza, valutazione, monitoraggio e gestione del rischio;

c-ter) pianificare l'installazione presso tutte le strutture ed i presidi sanitari idonei sistemi di videosorveglianza, collegati con le centrali operative delle forze dell'ordine;

c-quater) istituire centri di ascolto e di supporto psicologico dedicati alle persone vittime di violenza, finalizzati al completo superamento del trauma della violenza subita ed al pieno recupero della capacità tecnica e professionale».

#### 1.18

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«1-bis. L'Osservatorio, per l'assolvimento dei compiti di cui al comma 1, si avvale del supporto delle associazioni di rappresentanza dei lavoratori comparativamente più rappresentative sul piano nazionale».

#### 1.19

[Castellone](#), [Di Marzio](#), [Mautone](#), [Romagnoli](#), [Sileri](#)

*Al comma 2, sostituire le parole: «, con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas),», con le seguenti: «, avvalendosi dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS),».*

#### 1.20

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Al comma 2, sostituire le parole: «con il supporto dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)» con le seguenti: «avvalendosi dell'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS)».*

#### 1.21

[Castellone](#), [Di Marzio](#), [Mautone](#), [Romagnoli](#), [Sileri](#)

*Al comma 2, dopo la parola: «(Agenas)», aggiungere le seguenti: «e degli ordini professionali».*

#### 1.22

[Castellone](#), [Di Marzio](#), [Mautone](#), [Romagnoli](#), [Sileri](#)

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

«2-bis. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas) i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24».

#### 1.23

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

«2-bis. L'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità trasmette attraverso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) i dati di cui al comma 2 acquisiti dai Centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente, di cui all'articolo 2, comma 4, della legge 8 marzo 2017, n. 24».

## 1.24

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#)

*Dopo il comma 2, aggiungere i seguenti:*

«2-bis. È fatto obbligo alle aziende e agli Enti pubblici e del privato accreditato al SSN, di costituirsi parte civile nei processi di aggressione degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni.

2-ter. La conferenza Stato Regioni, di concerto con i Ministeri interessati, sentite le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative sul piano nazionale sono autorizzate all'emanazione di linee guida per l'assunzione di iniziative per la riduzione del rischio clinico, l'umanizzazione delle cure, il benessere organizzativo delle strutture sanitarie del SSN pubbliche e private».

## 1.25

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Dopo il comma 2 inserire il seguente:*

«2-bis. La Conferenza Stato Regioni, di concerto con i Ministeri interessati, sentite le OO.SS maggiormente rappresentative sul piano nazionale, sono autorizzate all'emanazione di linee guida per l'assunzione di iniziative per la riduzione del rischio clinico, l'umanizzazione delle cure, il benessere organizzativo delle strutture sanitarie del SSN pubbliche e private».

## 1.26

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Dopo il comma 2 inserire il seguente:*

«2-bis. È fatto obbligo alle aziende e agli enti pubblici e privati accreditati al SSN, di costituirsi parte civile nei processi per fatti commessi in danno degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni».

## 1.0.1

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#)

*Dopo l' articolo , aggiungere il seguente:*

«Art. 1- *bis*.

*(Costituzione commissioni paritetiche)*

1. Col medesimo decreto, di cui all'articolo 1, comma 1, si provvede alla costituzione di Commissioni paritetiche fra le organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative sul piano nazionale e le aziende, di cui alla presente legge, allo scopo di individuare e implementare le azioni necessarie per la definizione di programmi antiviolenza. In particolare tali commissioni dovranno prevedere:

a) alla predisposizione di un *team*, costituito da personale dedicato, addestrato a gestire situazioni critiche e alla mediazione dei conflitti;

b) promuovere le azioni e atti necessari per diffondere una politica di tolleranza zero verso atti di violenza; incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;

c) promuovere, unitamente agli attori interessati, specifici momenti formativi;

d) azioni per facilitare il coordinamento con le Autorità di pubblica sicurezza per fornire un valido supporto per identificare le strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;

e) assegnare la responsabilità della conduzione del programma a soggetti o gruppi di lavoro addestrati e qualificati e con disponibilità di risorse idonee;

f) valutare la necessità di installare e mantenere regolarmente in funzione impianti di allarme nei luoghi nei quali il rischio è più elevato.

2. Agli oneri derivanti dal comma 1, nel limite massimo di 2 milioni di euro, si provvede

mediante corrispondente riduzione delle risorse del Fondo per l'occupazione di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto-legge 20 maggio 1993, n. 148, convertito, con modificazioni, dalla legge 19 luglio 1993, n. 236».

*Conseguentemente, all'articolo 3, dopo le parole: «a carico della finanza pubblica» aggiungere le seguenti: «salvo quanto previsto dall'articolo 1-bis».*

#### **1.0.2**

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Dopo l' articolo , aggiungere il seguente:*

«Art. 1- *bis*.

*(Ricollocazione dei presidi ambulatoriali di guardia medica)*

1. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'interno, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità attraverso le quali i presidi ambulatoriali di guardia medica sono ricollocati in ambiente protetto».

#### **1.0.3**

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Dopo l' articolo , aggiungere il seguente:*

«Art. 1- *bis*.

*(Presidio fisso di polizia presso le strutture ospedaliere)*

1. Presso ogni pronto soccorso dei presidi ospedalieri di primo e secondo livello è istituito un presidio fisso di polizia, che tuteli l'ordine e la sicurezza pubblica, composto da almeno un ufficiale di Polizia giudiziaria e due agenti.

2. Nelle direttive del Ministero dell'interno nonché nei piani coordinati di controllo del territorio predisposti dai prefetti si prevede che nei presidi ospedalieri di base, ove non sia possibile, per ragioni organizzative o economiche, istituire il presidio fisso di polizia di cui al comma 1, gli agenti di polizia sorvegliano i suddetti presidi di base, anche attraverso contatti diretti e frequenti con il personale sanitario, al fine di tutelare l'ordine e la sicurezza pubblica».

#### **1.0.4**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 1- *bis*.

*(Documento di valutazione dei rischi)*

1. Nel documento di valutazione dei rischi di cui agli articoli 17 e 28 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, le aziende sanitarie valutano i rischi di molestie, violenze e minacce nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie nei luoghi di lavoro come definiti dall'articolo 62 del citato decreto legislativo n. 81 del 2008, nonché all'esterno degli stessi».

#### **1.0.5**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 1- *bis*.

*(Campagne di sensibilizzazione e di informazione)*

1. Per le finalità di sicurezza di cui alla presente legge, il Ministero della salute promuove periodiche campagne di sensibilizzazione e di informazione sul valore sociale delle professioni sanitarie e degli esercenti le professioni sanitarie».

#### **1.0.6**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 1- *bis*.

*(Elezione domicilio)*

1. In caso di querela di parte per i fatti commessi con violenza o minaccia in danno degli esercenti le professioni sanitarie, il lavoratore può eleggere domicilio presso l'indirizzo ove ha sede l'azienda».

**1.0.7**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

Dopo l' **articolo** , inserire il seguente:

«Art. 1- *bis*.

*(Costituzione di commissioni paritetiche)*

1. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono costituite commissioni paritetiche fra le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale e le aziende sanitarie allo scopo di individuare e implementare le azioni necessarie per la definizione di programmi antiviolenza.

2. Le Commissioni provvedono:

a) alla predisposizione di un gruppo, costituito da personale dedicato, addestrato a gestire situazioni critiche e alla mediazione dei conflitti;

b) alla promozione di azioni necessarie per incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza subiti e a suggerire le misure per ridurre o eliminare i rischi;

c) alla formazione degli esercenti le professioni sanitarie;

d) alla promozione di azioni finalizzate al coordinamento con le Autorità di pubblica sicurezza per l'individuazione di strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari;

e) alla valutazione della necessità di installare e mantenere regolarmente in funzione impianti di videosorveglianza e di allarme nei luoghi di lavoro in cui il rischio è più elevato».

**1.0.8**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

Dopo l' **articolo** , inserire il seguente:

«Art. 1- *bis*.

*(Modifica all'articolo 357 del codice penale, in materia di attribuzione della qualifica di pubblico ufficiale ai medici nell'esercizio delle loro funzioni)*

1. Al primo comma dell'articolo 357 del codice penale sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: ", nonché i medici nell'esercizio delle loro funzioni"».

**1.0.9**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

Dopo l' **articolo** , inserire il seguente:

«Art. 1- *bis*.

*(Corsi di formazione delle Regioni)*

1. Al fine di ridurre i fattori di rischio negli ambienti più esposti, di preparare gli esercenti le professioni sanitarie a fronteggiare situazioni di pericolo e di garantirne la sicurezza, le Regioni organizzano annualmente corsi di formazione per gli esercenti le professioni sanitarie».

Art. 2

**2.100**

Il Relatore

Al comma 1, capoverso «11-sexies», dopo le parole "le professioni sanitarie", aggiungere le seguenti: "e socio-sanitarie".

**2.1**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «nell'esercizio delle loro funzioni», aggiungere le seguenti: «ovvero dei pazienti sottoposti a cura o a visita».*

#### **2.0.1**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 2- *bis*.

*(Procedibilità d'ufficio)*

1. Per i reati commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie si applica la procedibilità d'ufficio quando concorra alcuna delle circostanze aggravanti di cui al numero 11-*septies* dell'articolo 61 del codice penale».

#### **2.0.2**

[Castellone](#), [Mautone](#), [Di Marzio](#), [Romagnoli](#), [Sileri](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 2- *bis*.

*(Modifiche in materia di procedibilità)*

1. All'articolo 581 del codice penale, primo comma, dopo le parole: "a querela della persona offesa", sono inserite le seguenti: "salvo che ricorra la circostanza aggravante prevista dall'articolo 61, numero 11-*septies*)".

2. All'articolo 582 del codice penale, secondo comma, dopo le parole: "previste negli articoli", sono inserite le seguenti: "61, numero 11-*septies*),"».

Art.

### **TIT 1**

Il Relatore

*Dopo le parole: "le professioni sanitarie", aggiungere le seguenti: "e socio-sanitarie".*

### **EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE**

N. [299](#)

Art. 1

#### **1.1**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#)

*Sostituire la parola: «fibromialgia» con le seguenti: «sindrome fibromialgica».*

*Conseguentemente, ovunque ricorra, negli articoli successivi e nelle relative rubriche, nonché nel titolo del ddl, sostituire la parola: «fibromialgia» con le seguenti: «sindrome fibromialgica».*

#### **1.2**

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

«3. Ai fini della presente legge s'intende per fibromialgia, o sindrome fibromialgica - FM - una sindrome di tipo reumatico, idiopatica e multifattoriale che causa un aumento della tensione muscolare, caratterizzata da dolore muscolare e che interessa anche i tessuti fibrosi. La fibromialgia può essere di tipo cronico, sistemico, con una sintomatologia che tende a migrare da una articolazione all'altra, e può comportare astenia, affaticabilità, insonnia o disturbi del sonno».

Art. 2

#### **2.0.1**

[Rufa](#), [Marin](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 2- *bis*.

*(Certificazione attestante la fibromialgia)*

1. La certificazione attestante la fibromialgia deve avvenire a seguito delle visite specialistiche del neurologo, dello psichiatra e del reumatologo.

2. Le visite specialistiche finalizzate alla certificazione della fibromialgia devono essere rinnovate ogni anno.

Art. 3

**3.1**

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «La fibromialgia» inserire le seguenti: «, se diagnosticata dai centri specialistici appositamente individuati dal Ministero della salute,».*

**3.2**

Il Relatore

*All'articolo apportare le seguenti modifiche:*

a) *al comma 2, dopo la parola: «decreto» inserire le seguenti parole: «, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome,»;*

b) *al comma 2 sostituire le parole: «all'accesso al telelavoro per il paziente» con le seguenti: «ai fini del riconoscimento del criterio di priorità nell'accoglimento dell'eventuale richiesta di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile».*

c) *dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

*«2-bis. All'articolo 18, comma 3-bis, della legge 22 maggio 2017, n. 81, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: "ovvero dai soggetti riconosciuti secondo le norme vigenti come affetti da fibromialgia"».*

*Conseguentemente, alla rubrica aggiungere le seguenti parole: «e norme per i lavoratori affetti da fibromialgia».*

Art. 4

**4.1**

[Binetti](#), [Rizzotti](#)

*Al comma 1 aggiungere in fine il seguente periodo: «Tali centri sono identificati in contesti clinici universitari o in Istituti specializzati IRCCS, laddove già sussistano condizioni e competenze di tipo interdisciplinare e attività di ricerca».*

Art. 5

**5.1**

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Al comma 4, sostituire la lettera c) con la seguente:*

*«c) le cure prestate».*

**5.2**

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Al comma 4, sostituire la lettera d) con la seguente:*

*«d) lo sviluppo della sintomatologia fibromialgica».*

Art. 6

**6.1**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#)

*Sostituire la rubrica con la seguente: «(Formazione del personale medico, di assistenza e di medicina del lavoro)».*

## 6.2

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «corsi di formazione» inserire le seguenti: «differenziati, alcuni dei quali destinati ai medici di Medicina generale, e».*

Art. 8

## 8.1

[Rufa](#), [Marin](#)

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«1-bis. L'accesso delle persone affette da fibromialgia al telelavoro avviene solo nei casi di malattia certificata e per un periodo non superiore ai sei mesi».

## 8.2

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

«2. Un'apposita Commissione, istituita di concerto tra il Ministero della salute e il Ministero del lavoro, rivaluta periodicamente condizioni e circostanze dei pazienti affetti da fibromialgia per rivedere e confermare annualmente i contratti di telelavoro in essere».

Art. 9

## 9.1

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Al comma 2, dopo le parole: «al medico di medicina generale» inserire le seguenti: «, opportunamente formato e costantemente informato,».*

## 1.3.2.1.10. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 82 (pom.) dell'11/06/2019

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MARTEDÌ 11 GIUGNO 2019  
82<sup>a</sup> Seduta

Presidenza del Presidente  
[SILERI](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Bartolazzi.*

*La seduta inizia alle ore 14,20.*

### *SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che è stata chiesta, da parte del Gruppo PD, la pubblicità dei lavori della seduta odierna e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso all'attivazione dell'impianto audiovisivo, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento. Non essendovi obiezioni, tale forma di pubblicità è quindi adottata per il prosieguo dei lavori.

### *IN SEDE REFERENTE*

**(1315) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria**, approvato dalla Camera dei deputati  
(Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 6 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che si è conclusa la discussione generale ed è stata svolta la replica della relatrice Castellone.

Informa che sono stati presentati 152 emendamenti e 15 ordini del giorno (pubblicati in allegato) e che sono pervenuti i pareri, sul testo, della 2a Commissione (non ostativo) e della 7a Commissione (favorevole con osservazioni).

Ciò posto, propone di rinviare a domani lo svolgimento della fase di illustrazione e discussione degli ordini del giorno e degli emendamenti, per dare modo a coloro che sono interessati a intervenire di consultare il fascicolo testé posto in distribuzione.

Conviene la Commissione.

La senatrice [BINETTI](#) (FI-BP), intervenendo sull'ordine dei lavori, domanda se la maggioranza e il

Governo siano disponibili a valutare possibili emendamenti migliorativi ovvero abbiano già deciso di approvare senza modifiche il testo licenziato dalla Camera. Saggiunge che, qualora l'atteggiamento fosse di chiusura, il suo Gruppo farebbe valere i propri argomenti intervenendo sugli emendamenti e non mancherebbe di stigmatizzare il monocameralismo di fatto instaurato in questa legislatura.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*), intervenendo a sua volta sull'ordine dei lavori, ritiene opportuno consentire un adeguato approfondimento delle implicazioni sistemiche del provvedimento in esame, che indipendentemente dalle eventuali modificazioni al testo licenziato dalla Camera potrà tornare utile in sede di discussione di altri provvedimenti di competenza della Commissione, di cui è già stato prefigurato l'avvio dell'esame (disegni di legge concernenti la dirigenza sanitaria, il *teaching hospital* e la salute mentale, in particolare).

Il senatore [SICLARI](#) (*FI-BP*) auspica una risposta del Presidente alle questioni poste dalla senatrice Binetti.

Il [PRESIDENTE](#), in replica ai senatori Binetti e Siclari, osserva che la sede rituale per la manifestazione dell'orientamento del relatore e del Governo è costituita dall'espressione dei pareri su ordini del giorno ed emendamenti.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(888) [SILERI ed altri.](#) - *Disposizioni per la diagnosi e la cura dell'endometriosi***  
(Discussione e rinvio)

Il relatore [MAUTONE](#) (*M5S*), dopo aver inquadrato i problemi legati all'endometriosi, illustra il disegno di legge in titolo.

Al termine dell'esposizione, propone lo svolgimento di un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) comunica che le proposte di audizione dovranno pervenire entro le ore 15 del prossimo giovedì 20 giugno.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

**(299) [Paola BOLDRINI ed altri.](#) - *Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia***

**(485) [Isabella RAUTI ed altri.](#) - *Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante***

**(672) [VESCOVI.](#) - *Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante***

**(899) [Felicia GAUDIANO ed altri.](#) - *Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante***

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 7 maggio.

Il **PRESIDENTE** ricorda che sono state svolte le fasi di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Informa che è giunto il parere della 1ª Commissione (non ostativo con condizioni e osservazioni sul testo; non ostativo sugli emendamenti) e che il relatore ha presentato l'emendamento 6.100 (pubblicato in allegato) volto a recepire condizioni poste dalla predetta Commissione. Attesa la finalità dell'emendamento, reputa che non vi siano i presupposti per aprire una fase sub emendativa.

Prende atto la Commissione.

Quindi, considerato che mancano ancora i pareri obbligatori della 5ª Commissione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali, il **PRESIDENTE** dispone il rinvio del seguito della discussione congiunta.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

**(189) Maria RIZZOTTI ed altri. - Introduzione dell'articolo 580-bis del codice penale, concernente il reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e di cura di tali patologie e degli altri disturbi del comportamento alimentare**

**(903) Caterina BINI ed altri. - Disposizioni in materia di prevenzione e di cura delle patologie e dei disturbi del comportamento alimentare**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'8 maggio.

Il **PRESIDENTE** ricorda che sono state svolte le fasi di illustrazione e discussione degli emendamenti. Comunica che sono stati presentati i testi 2 (pubblicati in allegato) degli emendamenti 1.0 (Fregolent e Castellone) e Tit. 1 (Cantù e Fregolent).

Quindi, considerato che mancano ancora i prescritti pareri della 5ª Commissione e della Commissione parlamentare per le questioni regionali, avverte che occorre rinviare il seguito della discussione congiunta. Si riserva di rappresentare alle competenti Commissioni l'auspicio di una sollecita espressione dei pareri obbligatori mancanti.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Seguito della discussione congiunta, congiunzione con la discussione del disegno di legge n. 1219 e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 10 aprile.

Il **PRESIDENTE** ricorda che è stata dichiarata aperta la discussione generale e fa presente che non risultano iscritti a parlare.

Avverte che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri delle Commissioni 1ª, 5ª, 14ª e per le

Questioni regionali.

Comunica, inoltre, che è stato assegnato alla Commissione, in sede redigente, il disegno di legge n. 1219, a prima firma della senatrice Binetti, che trattando la materia dell'epilessia sarà, in assenza di obiezioni, dato per illustrato e discusso congiuntamente ai disegni di legge 716 e connesso, fermo restando il testo base già adottato.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

Quindi, nessuno chiedendo di intervenire, il seguito della discussione congiunta è rinviato.

**(1201) Deputati Massimo Enrico BARONI ed altri. - Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie**, approvato dalla Camera dei deputati  
(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 7 maggio.

Il **PRESIDENTE** ricorda che è stata svolta la relazione illustrativa e che si è successivamente convenuto, in sede di Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, di rinunciare allo svolgimento di audizioni informative, tenuto conto dell'eshaustività dell'istruttoria compiuta dalla Camera.

Dichiara pertanto aperta la discussione generale.

Quindi, non essendovi richieste di intervento, il seguito della discussione è rinviato.

*IN SEDE CONSULTIVA*

**(944) Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2018**, approvato dalla Camera dei deputati  
(Relazione alla 14a Commissione. Rinvio del seguito dell'esame)

Il **PRESIDENTE**, accedendo a una richiesta avanzata per le vie brevi dal relatore Rufa, propone di rinviare il seguito dell'esame.

Conviene la Commissione.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(300) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in favore dei soggetti incontinenti e stomizzati**  
**(1040) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in materia di prevenzione, cura, riabilitazione e integrazione sociale dei pazienti stomizzati e incontinenti**  
(Discussione congiunta e rinvio)

Il **PRESIDENTE**, relatore, illustra i disegni di legge in titolo.

Al termine dell'esposizione, propone lo svolgimento di un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) avverte che le proposte di audizione dovranno pervenire entro le ore 15 del prossimo giovedì 20 giugno.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

#### CONVOCAZIONE DELL'UFFICIO DI PRESIDENZA

Il [PRESIDENTE](#) comunica che al termine della seduta si terrà una riunione dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, per la programmazione dei lavori.

Prende atto la Commissione.

*La seduta termina alle ore 14,45.*

#### ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE (AL TESTO DEL DECRETO-LEGGE) N. [1315](#)

##### G/1315/1/12

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

Il Senato,

in sede d'esame del disegno di legge recante «Conversione in legge del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il Servizio Sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria (A.S. 1315)»;

premesso che:

l'articolo 11 del decreto-legge in esame recita: «A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN di ciascuna Regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano, nell'ambito di livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi definiti da ciascuna regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 27 maggio 2017, n. 75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018.»;

l'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 27 maggio 2017, n. 75, recita: «Nelle more di quanto previsto dal comma 1, al fine di assicurare la semplificazione amministrativa, la valorizzazione del merito, la qualità dei servizi e garantire adeguati livelli di efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, assicurando al contempo l'invarianza della spesa, a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale,

anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016. A decorrere dalla predetta data l'articolo 1, comma 236, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 è abrogato.»;

il rinnovo dei contratti di lavoro del pubblico impiego non può prescindere dal ripristino delle risorse previste dai vigenti contratti di lavoro per la remunerazione dell'incremento della produttività e dell'efficienza nonché per la valorizzazione del merito e del disagio lavorativo; diversamente non potrebbe avere luogo di fatto un'efficace contrattazione decentrata sui luoghi di lavoro;

l'articolo 23 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 impedisce di fatto il recupero di risorse determinate dai pensionamenti per riutilizzarle al fine di incrementare l'efficienza lavorativa, premiare le migliori professionalità e compensare i lavori più disagiati;

occorre superare il tetto fissato dall'articolo 23 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, altrimenti tali risorse andranno disperse, allo scopo di ricollocare, senza incremento di spesa pubblica, nei fondi contrattuali le risorse liberate dai dirigenti sanitari che vanno in pensione (la cui entità è attualmente già finanziata dal FSN);

considerato che:

l'articolo 23 è tra l'altro inserito nelle disposizioni transitorie e finali del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 ed il blocco è previsto «nelle more» di attuazione di un meccanismo contrattuale di cui al comma 1, ed ha pertanto un carattere temporaneo;

la dinamica contrattuale, peraltro, utilizza risorse che sono già negli stipendi, e quindi nel FSN;

l'articolo 23, comma 2, prevede altresì che il tetto vige fino all'avvenuta armonizzazione contrattuale dei fondi accessori, con il rischio che, in presenza di un blocco contrattuale, la vigenza della disposizione possa trasformarsi in un taglio radicale senza una previsione del riutilizzo delle risorse;

la norma in questione sta già determinando notevoli contenziosi con conseguenti maggiori oneri per la finanza pubblica;

la Sezione Autonomie Corte dei Conti si è già pronunciata enunciando il seguente principio di diritto: «Gli incrementi del Fondo risorse decentrate derivanti da risorse finanziarie definite a livello nazionale e previste nei quadri di finanza pubblica, (come è l'utilizzo della retribuzione individuale di anzianità, RIA, di chi va in pensione) non sono assoggettati ai limiti di crescita dei Fondi previsti dalle norme vigenti e, in particolare al limite stabilito dall'art. 23, comma 2, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75.»;

impegna il Governo a:

valutare l'opportunità di porre in essere tutti gli atti idonei, anche attraverso provvedimenti normativi, volti a garantire l'incremento del fondo legato alla RIA dei cessati, in quanto onere già coperto dalla finanza pubblica.

**G/1315/2/12**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

Il Senato,

in sede d'esame del disegno di legge recante «Conversione in legge del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 recante misure emergenziali per il Servizio Sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria (S1315)»;

premesso che:

l'articolo 11 del presente decreto-legge opera una revisione della disciplina sui limiti di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale;

l'articolo 1, comma 687 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (legge di bilancio 2019) recita «La dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11, comma

1, lettera b), della legge 7 agosto 2015, n. 124, rimane nei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale. Per il triennio 2019-2021, la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 7 agosto 2015, n. 124, è compresa nell'area della contrattazione collettiva della sanità nell'ambito dell'apposito accordo stipulato ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.»;

la norma eccede la propria competenza in quanto interviene nella materia della definizione delle Aree e dei Comparti di contrattazione che la legge (articolo 40 comma 2 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) riserva - e continua a riservare anche alla luce del nuovo comma - alla contrattazione tra Aran e Confederazioni sindacali;

tale tavolo di contrattazione, all'unanimità e con piena legittimazione, si era espresso nel CCNQ sottoscritto il 13 luglio 2016 che ha accertato la rappresentatività per il triennio 2016-2018 ed ha costituito le 4 nuove Aree contrattuali della Dirigenza, tra cui l'Area Funzioni Locali composta dalla Dirigenza delle Regioni, degli Enti Locali, dei ruoli PTA del SSN e i segretari comunali e provinciali, a nulla rilevando la mancata attuazione della delega *ex lege* n. 124 del 2015, che istituiva i ruoli della dirigenza della Nazione (suddivisi in Stato, Regioni ed Enti Locali), a prescindere dalla collocazione contrattuale degli stessi;

l'articolo 40 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 riserva un'area contrattuale (o una specifica sezione dell'area) alla sola dirigenza del ruolo sanitario sicché la dirigenza dei ruoli amministrativo/tecnico/professionale non potrebbero trovare collocazione nell'Area Sanità istituita dal CCNQ 13/7/2016 e dunque correttamente tale CCNQ ne ha previsto la collocazione nell'Area Funzioni Locali insieme alla omologa dirigenza gestionale di Regioni e Comuni;

si confonde l'appartenenza al ruolo del SSN di cui fanno parte da sempre i dirigenti PTA e che nulla a che fare con la collocazione contrattuale che deve tener conto delle differenze giuridiche della dirigenza sanitaria normata specificamente dalla legge n. 229 del 1999;

considerato che:

la disposizione espropria prerogative esclusive della contrattazione;

la disposizione lede il diritto di un'intera categoria (quella della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa del SSN collocata dal DPR 761/79 in distinti ad autonomi ruoli professionali rispetto alla dirigenza del ruolo sanitario) ad avere una propria rappresentanza di categoria ed un proprio contratto di lavoro che tenga nel debito conto le specificità proprie della dirigenza sanitaria rispetto a quella professionale, tecnico e amministrativo del SSN;

la ricollocazione della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa (in sigla PTA) del SSN nell'Area Sanità non ha impatto finanziario o al limite potrebbe addirittura comportare oneri aggiuntivi, nel caso in cui - come prevedibile - condividendo la stessa Area e lo stesso CCNL, venissero estesi anche alla dirigenza dei ruoli PTA del SSN, i benefici contrattuali oggi riservati specificamente ed esclusivamente alla dirigenza del ruolo sanitario;

dalle motivazioni suesposte si evince la necessità di garantire una rappresentanza contrattuale di categoria alla dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del SSN, che diversamente, pur comprendendo quasi 5000 unità impegnate in funzioni strategiche (avvocati, ingegneri tecnici/gestionali/ambientali/clinici, statistici, sociologi, analisti, provveditori, capi del personale, contabili, ecc.), a causa della confluenza nell'Area Sanità - che conta 130.000 dirigenti del ruolo sanitario - per una mera questione matematica (numeri assoluti e 5 per cento di rappresentatività), non potrebbe sedere al tavolo negoziale con proprie Organizzazioni rappresentative;

pertanto il comma 687 è da intendersi quale conferma della competenza in capo all'apposito accordo ARAN - Confederazioni Sindacali in materia di definizione delle Aree e dei Comparti di contrattazione;

impegna il Governo a:

valutare l'opportunità di porre in essere tutti gli atti idonei, anche attraverso provvedimenti

normativi, volti ad abrogare il comma 687 dell'articolo 1 legge della 145 del 30 dicembre 2018 od in alternativa ad apportare modifiche al dettato normativo dell'articolo 40, comma 2 del decreto legislativo n. 165 del 2001, prevedendo che tramite appositi accordi tra l'ARAN e le Confederazioni rappresentative, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, siano definiti fino a un massimo di quattro comparti di contrattazione collettiva nazionale, cui corrispondono non più di cinque separate aree per la dirigenza e che una apposita area dirigenziale riguardi la dirigenza del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per gli effetti di cui all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e un'area dirigenziale riguarda la dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo del Servizio sanitario nazionale per gli effetti di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.

**G/1315/3/12**

[Zaffini, Rauti](#)

Il Senato,

premessi che:

con il decreto-legge in esame, il Governo ha adottato misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria;

il comma 2 dell'articolo 12 del citato decreto impatta sul corretto funzionamento delle Scuole di Specializzazione di area medica, con rischio di perdita della validità del titolo rilasciato dalle Università per mancato rispetto delle direttive europee in materia di standard formativi degli specializzandi;

la norma così formulata provoca danni difficilmente riparabili alla formazione degli Specialisti del Sistema Sanitario Nazionale e Regionale;

impegna il Governo:

- a valutare l'opportunità che l'assunzione del personale di cui al secondo comma dell'articolo 12 sia effettuata da aziende ed enti del Servizio Sanitario regionale ricomprese nella rete formativa di qualità, da concordarsi tra le università e le Regioni/Province autonome interessate;

- ad assicurare che il progetto formativo sia deliberato dal Consiglio della Scuola, di cui fanno parte i responsabili delle UOC ospedaliere del SSR coinvolti nella rete formativa, unico garante del percorso complessivo dello specializzando in coerenza con quanto previsto dagli ordinamenti e dalle Tabelle formative delle Scuole;

- a garantire che il periodo di un anno di contratto sia computato all'interno del periodo complessivo massimo di 18 mesi da svolgersi in strutture esterne alla Scuola.

**G/1315/4/12**

[Zaffini, Rauti](#)

Il Senato,

premessi che:

con il decreto-legge in esame, il Governo ha adottato misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria individuando tra i requisiti di straordinarietà e urgenza, che «il punteggio complessivo per il 2017 della cosiddetta griglia LEA si attesta per la Regione Calabria su un punteggio pari a 136 che, secondo i parametri di riferimento fissati dal Comitato paritetico permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza (Comitato LEA) (*range* 25-225; positivo a 160), risulta sotto la soglia di adempienza e in preoccupante flessione rispetto alla precedente annualità. A tale specifico riguardo, non può non darsi rilievo alle recentissime valutazioni effettuate in occasione della periodica riunione congiunta di verifica del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e del Comitato LEA per il monitoraggio dello stato di attuazione del Piano di rientro della regione Calabria, che ha avuto luogo il 4 aprile 2019, che, dunque, recano la più attendibile ed aggiornata rappresentazione dello stato della sanità calabrese»;

con una lettera indirizzata ai parlamentari calabresi, l'ex Commissario *ad acta* per il rientro dal debito sanitario della Regione Calabria, Massimo Scura, ha rappresentato le proprie perplessità circa le motivazioni del decreto-legge, contestandone integralmente i contenuti fino a ritenerlo ingiustificato in quanto: «I Lea 2018 hanno superato il valore 161. Come ha confermato il dirigente generale del dipartimento, Antonio Belcastro, durante un convegno a Catanzaro, non erano stati inviati i flussi a Roma da parte delle aziende sanitarie. Mancano ancora i dati della prevenzione che valgono altri 6-10 punti. Pertanto il valore 2018 va da 167 a 177» e ancora che: «Lo stesso disastro, provocato dal mancato inoltro dei dati, si era verificato nel 2016 e nel 2017.» e quindi che: «...il livello dei Lea effettivo era di 153,5 nel 2016 e di 161 nel 2017»;

l'ex Commissario Scura contesta, altresì, la correttezza dei dati inerenti la mobilità extraregionale e la vera entità del disavanzo finanziario;

le accuse dell'Ing. Scura, nominato nel 2015 dal Consiglio dei ministri Commissario *ad acta* per il rientro dal debito sanitario della Regione Calabria, non possono essere sottovalutate considerato il ruolo ricoperto dal medesimo per molti anni;

impegna il Governo:

a verificare la reale erogazione dei LEA raggiunti dalla Regione Calabria negli anni 2016, 2017, 2018.

**G/1315/5/12**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

Il Senato,

premesso che:

con il decreto-legge in esame, il Governo ha adottato misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria;

l'articolo 3 prevede che: «2. Il Commissario straordinario è scelto ... fra soggetti di comprovata competenza ed esperienza, ... anche in quiescenza»,

impegna il Governo:

a voler vigilare a che il Commissario *ad acta*, che procede alla nomina del Commissario straordinario ai sensi dell'articolo 2, comma 1 del presente decreto, lo scelga prioritariamente tra i soggetti non in quiescenza iscritti all'elenco nazionale di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, e che in ogni caso, qualora intenda optare per la nomina di soggetti in quiescenza, si assicuri che l'incarico sia svolto a titolo gratuito, come espressamente previsto dall'articolo 5, comma 9 del decreto-legge n. 95 del 6 luglio 2012.

**G/1315/6/12**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

Il Senato,

premesso che:

con il decreto-legge in esame, il Governo ha adottato misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria;

l'articolo 2 del citato provvedimento prevede che: «Il Commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo nel settore sanitario ... è tenuto ad effettuare una verifica straordinaria sull'attività dei direttori generali delle aziende sanitarie, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliere universitarie ... Il Commissario *ad acta*, nel caso di valutazione negativa del direttore generale, previa contestazione e nel rispetto del principio del contraddittorio, provvede motivatamente, entro quindici giorni dalla formulazione della predetta contestazione e senza i pareri di cui all'articolo 2, commi 4 e 5, del decreto legislativo n. 171 del 2016, a dichiararne l'immediata decadenza dall'incarico, nonché a risolverne il relativo contratto;

la norma non prevede alcuna forma di pubblicità circa gli esiti delle valutazioni;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di garantire adeguate forme di pubblicità, prevedendo, in capo al Commissario *ad acta*, l'obbligo di comunicare gli esiti della verifica straordinaria sui direttori generali degli enti del Servizio sanitario regionale di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 135 del 2019 al Ministro della salute, alle competenti Commissioni parlamentari ed alla Regione Calabria e di pubblicare gli stessi esiti sul proprio sito *web* istituzionale.

**G/1315/7/12**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

Il Senato,

premessò che:

con il decreto-legge in esame, il Governo ha adottato misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria;

l'articolo 6 prevede che «Gli enti del Servizio sanitario della Regione si avvalgono esclusivamente degli strumenti di acquisto e di negoziazione aventi ad oggetto beni, servizi e lavori di manutenzione messi a disposizione da CONSIP S.p.A. nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti della Pubblica amministrazione ovvero, previa convenzione, di centrali di committenza di altre regioni per l'affidamento di appalti di lavori, servizi e forniture, strumentali all'esercizio delle proprie funzioni, superiori alle soglie di rilevanza comunitaria di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. Resta ferma, in ogni caso, la facoltà di avvalersi del Provveditorato interregionale per le opere pubbliche per la Sicilia-Calabria;

tale norma rischia di penalizzare le imprese calabresi del settore sanitario in quanto costrette a qualificarsi su piattaforme elettroniche per le quali non sono, attualmente, accreditate;

in tal modo si determina un danno economico a carico delle imprese che non potranno partecipare alle gare indette da CONSIP e dalle altre centrali di committenza sino al completamento del loro *iter* di qualificazione;

impegna il Governo:

a garantire che le imprese che attualmente sono qualificate a partecipare alle gare indette dalla SUA calabrese possano partecipare, senza nessuna ulteriore procedura di qualificazione, alle gare indette da CONSIP e dalle altre Centrali di Committenza per conto degli enti del servizio sanitario calabrese.

**G/1315/8/12**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

Il Senato,

premessò che:

con il decreto-legge in esame, il Governo ha adottato misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria;

l'articolo 6 prevede che «Gli enti del Servizio sanitario della Regione si avvalgono esclusivamente degli strumenti di acquisto e di negoziazione aventi ad oggetto beni, servizi e lavori di manutenzione messi a disposizione da CONSIP S.p.A. nell'ambito del Programma di razionalizzazione degli acquisti della Pubblica amministrazione ovvero, previa convenzione, di centrali di committenza di altre regioni per l'affidamento di appalti di lavori, servizi e forniture, strumentali all'esercizio delle proprie funzioni, superiori alle soglie di rilevanza comunitaria di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 18 aprile 2016, n. 50. Resta ferma, in ogni caso, la facoltà di avvalersi del Provveditorato interregionale per le opere pubbliche per la Sicilia-Calabria;

la norma non contempla il ricorso alla Stazione Unica calabrese che, sino alla data di entrata in vigore del presente decreto legge, ha garantito l'espletamento delle procedure di gara per conto degli enti del servizio sanitario calabrese;

la decisione del Governo svislisce le competenze della SUA calabrese allorquando tanto il MEF

quanto l'Autorità nazionale anticorruzione hanno avuto modo di apprezzare, nel corso delle rispettive verifiche, la correttezza delle procedure adottate;

impegna il Governo:

a favorire la continuità delle attività della Stazione Unica Appaltante calabrese a favore degli enti del servizio sanitario regionale della Calabria.

**G/1315/9/12**

[Sileri](#), [Castellone](#), [Marinello](#), [Mautone](#), [Di Marzio](#), [Giuseppe Pisani](#)

Il Senato,

in sede d'esame del disegno di legge recante "Conversione in legge del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 recante misure emergenziali per il Servizio Sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria (S1315)";

premesso che:

*l'articolo 11 del disegno di legge in epigrafe recita "A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN di ciascuna Regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano, nell'ambito di livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi definiti da ciascuna regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n.191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 27 maggio 2017, n.75, è adeguato, in aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018." ;*

*l'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 27 maggio 2017, n. 75 recita "Nelle more di quanto previsto dal comma 1, al fine di assicurare la semplificazione amministrativa, la valorizzazione del merito, la qualità dei servizi e garantire adeguati livelli di efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, assicurando al contempo l'invarianza della spesa, a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016. A decorrere dalla predetta data l'articolo 1, comma 236, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 è abrogato.";*

il rinnovo dei contratti di lavoro del pubblico impiego non può prescindere dal ripristino delle risorse previste dai vigenti contratti di lavoro per la remunerazione dell'incremento della produttività e dell'efficienza nonché per la valorizzazione del merito e del disagio lavorativo; diversamente non potrebbe avere luogo di fatto un'efficace contrattazione decentrata sui luoghi di lavoro;

l'articolo 23 del d.lgs. 25 maggio 2017, n. 75 impedisce di fatto il recupero di risorse determinate dai pensionamenti per riutilizzarle al fine di incrementare l'efficienza lavorativa, premiare le migliori professionalità e compensare i lavori più disagiati;

occorre superare il tetto fissato dall'art. 23 del D. Lgs. 75/2017, altrimenti tali risorse andranno disperse, allo scopo di ricollocare, senza incremento di spesa pubblica, nei fondi contrattuali le risorse liberate dai dirigenti sanitari che vanno in pensione (la cui entità è attualmente già finanziata dal FSN),

Considerato che:

il d.lgs. 75/2017 non è una legge di bilancio, non prevede coperture o risparmi collegati;

l'articolo 23 è tra l'altro inserito nelle disposizioni transitorie e finali del D.lgs. 75/2017 ed il blocco è previsto "nelle more" di attuazione di un meccanismo contrattuale di cui al comma 1, ed ha pertanto un carattere temporaneo;

la dinamica contrattuale, peraltro, utilizza risorse che sono già negli stipendi, e quindi nel FSN;

l'articolo 23, comma 2 prevede altresì che il tetto vige fino all'avvenuta armonizzazione contrattuale dei fondi accessori, con il rischio che, in presenza di un blocco contrattuale, la vigenza della disposizione possa trasformarsi in un taglio radicale senza una previsione del riutilizzo delle risorse;

La norma in questione sta già determinando notevole contenziosi con conseguenti maggiori oneri per la finanza pubblica;

la Sezione Autonomie Corte dei Conti si è già pronunciata enunciando il seguente principio di diritto: "*Gli incrementi del Fondo risorse decentrate derivanti da risorse finanziarie definite a livello nazionale e previste nei quadri di finanza pubblica, (come è l'utilizzo della retribuzione individuale di anzianità, RIA, di chi va in pensione) non sono assoggettati ai limiti di crescita dei Fondi previsti dalle norme vigenti e, in particolare al limite stabilito dall'art. 23, comma 2, del decreto legislativo n. 75/2017.*"

Impegna il Governo a:

valutare con le regioni l'opportunità di porre in essere tutti gli atti idonei, anche attraverso provvedimenti normativi, volti a garantire la RIA dei cessati, in quanto onere già coperto dalla finanza pubblica.

**G/1315/10/12**

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

Il Senato,

premessi che:

nel provvedimento in esame, tra gli articoli del Capo II (11 - 13), recanti disposizioni urgenti in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale, di formazione sanitaria, di carenza di farmaci e di riparto del fondo sanitario nazionale, l'articolo 11, nei commi da 1 a 4, opera una revisione della disciplina sui limiti di spesa per il personale degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale;

il comma 1 stabilisce che, a decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti, o, se superiore, il corrispondente ammontare dell'anno 2004, diminuito dell'1,4 per cento (limite di spesa previsto dall'articolo 2, comma 71, della legge n. 191 del 2009);

tali valori possono essere incrementati annualmente a livello regionale di un importo pari al 5 per cento dell'incremento, rispetto all'esercizio precedente, del Fondo sanitario regionale e, dal 2021 tale incremento è subordinato all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN;

tenuto conto che:

la misura risolutiva da adottare sarebbe quella di abolire la previsione di riduzione dell'1,4 per cento del livello di spesa per il personale sanitario rispetto al dato del 2004, introdotta nell'ordinamento come contenimento della spesa corrente per assicurare l'equilibrio unitario della finanza pubblica complessiva;

i vincoli di spesa del personale sanitario previsti con il tetto dell'anno 2004, diminuito dell'1,4 per cento - limite poi portato all'1,3 per cento, sempre della spesa 2004, con la legge di bilancio per il 2018 come misura di flessibilità - hanno indebolito la sanità pubblica e aggravato una condizione di emergenza, consentendo solo assunzioni temporanee senza una seria programmazione, con conseguenti disagi organizzativo-gestionali per l'offerta sanitaria e una cronica carenza di personale del SSN;

la previsione normativa definita all'articolo 11, pur presentando alcuni aspetti positivi, appare non essere risolutiva, non riducendo le disparità per il complesso della spesa del personale sanitario tra le Regioni non in Piano di Rientro e quelle in Piano. Del resto, rileva la Corte dei Conti nel Rapporto 2019 sul coordinamento della finanza pubblica, che «in base alla modifica concordata (e inserita nel DL 35/2019 - Decreto Calabria) non si prevede la corresponsione di risorse aggiuntive ma, prendendo a riferimento la spesa del 2018, è stabilita una nuova misura per il vincolo di spesa (fino a che il meccanismo dei tetti non sarà sostituito da uno fondato su nuovi standard per il fabbisogno per il personale), che risulta naturalmente più favorevole per quelle Regioni che hanno mantenuto un livello superiore al complesso della spesa (quindi le Regioni non in Piano) rispetto a quelle che invece hanno dovuto mantenere un profilo più stringente»;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di rimuovere il limite imposto nel 2014, ridotto dell' 1,4 per cento, quale tetto di spesa per il personale sanitario, avendo cura nello specifico di risolvere problemi di equità con tutte le Regioni, per ridurre il divario in particolare con quelle più in difficoltà come nel Sud.

**G/1315/11/12**

[Binetti](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Mangialavori](#)

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge di conversione del decreto-legge 30 aprile 2019, n.35,

premessi che:

in sede di esame del decreto legge n. 35 del 2019, nella seduta del 30 maggio 2019, la Camera dei Deputati, ha approvato modifiche all'articolo 12 del testo che permettono di assumere medici specializzandi, con una serie di condizioni che possono essere così sintetizzate:

1. fino al 31 dicembre 2021 ed entro i limiti delle proprie disponibilità di bilancio...le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale possono procedere all'assunzione di medici specializzandi con contratto di lavoro subordinato a tempo determinato, con orario a tempo parziale in ragione delle loro esigenze formative...Il contratto non può avere durata superiore alla durata residua del corso di formazione specialistica, ...e può essere prorogato una sola volta fino al conseguimento del titolo di formazione medica specialistica e comunque per un periodo non superiore a dodici mesi;

2. i medici e i medici veterinari specializzandi assunti ai sensi del presente comma sono inquadrati con qualifica dirigenziale e al loro trattamento economico, proporzionato alla prestazione lavorativa resa e commisurato alle attività assistenziali svolte, si applicano le disposizioni del contratto collettivo nazionale di lavoro del personale della dirigenza medica e veterinaria del Servizio sanitario nazionale. Svolgono attività assistenziali coerenti con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all'ordinamento didattico di corso, alle attività professionalizzanti nonché al programma formativo seguito e all'anno di corso di studi superato;

3. gli specializzandi, per la durata del rapporto di lavoro a tempo determinato, restano iscritti alla scuola di specializzazione universitaria e la formazione specialistica è a tempo parziale.... Con specifici accordi tra le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano e le Università interessate sono definite le modalità di svolgimento della formazione specialistica a tempo parziale e delle attività formative teoriche e pratiche previste dagli ordinamenti e regolamenti didattici della scuola di specializzazione universitaria. La formazione teorica compete alle Università. La formazione pratica è svolta presso l'azienda sanitaria o l'ente d'inquadramento, purché accreditati;

4. in questo periodo gli specializzandi non hanno diritto al cumulo del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica ... Ma il trattamento economico a esclusivo carico dell'azienda non può essere inferiore a quello previsto dal contratto di formazione specialistica;

5. a decorrere dalla data del conseguimento del relativo titolo di formazione medica

specialistica, coloro che sono assunti ai sensi del presente comma sono inquadrati a tempo indeterminato nell'ambito dei ruoli della dirigenza del Servizio sanitario nazionale ai sensi del comma 548»;

in questo modo però si crea una doppia evidente disparità di trattamento: tra gli stessi medici specializzandi, a seconda del luogo in cui si svolgono le attività di pratica 46 specialistica e tra gli specializzandi e i medici già in possesso del titolo di specializzazione. Questi ultimi, infatti, pur avendo già conseguito il titolo di specializzazione, si vedono equiparati a coloro i quali non sono ancora in possesso del suddetto titolo;

inoltre, il conferimento di incarichi dirigenziali a medici non ancora in possesso della relativa specializzazione può compromettere la qualità delle prestazioni sanitarie erogate e quindi può incidere sui LEA che devono essere garantiti in maniera uniforme sul territorio. Un conto infatti è svolgere attività medica all'interno di una rete formativa, che non mira alla sostituzione del personale di ruolo, altra cosa è chiamare uno specializzando a sopperire alle carenze del sistema sanitario, imponendogli di farsi carico di responsabilità che non è in grado di gestire;

a tutto ciò si aggiunge il rischio di dequalificare la formazione specialistica medica e le stesse strutture pubbliche sanitarie, che diventerebbero analoghi ai SUBURBAN HOSPITALS Statunitensi, luoghi di cura ove avviene l'apprendistato più che la formazione dei giovani laureati;

in realtà il vero problema non è la carenza di Medici, ma quella di Specialisti e le carenze di Organico delle Strutture Sanitarie possono essere affrontate attraverso altre strade:

a) rispetto e qualificazione delle rete formativa, con invio degli specializzandi dell'ultimo anno, quindi già quasi formati, presso le Strutture Sanitarie con carenze di organico, con percorso formativo concordato tra i Direttori delle Scuole e Tutor qualificati presso le strutture di destinazione;

b) prevedere contratti di collaborazione a medici neolaureati;

c) aumentare il numero delle borse, investendo sulle specialità a maggiore criticità di organico. Certamente la strada maestra non è quella di dequalificare la specializzazione in apprendistato;

impegna il Governo:

a) valutare nuove possibili soluzioni finalizzate a prevedere: a) l'aumento del numero delle borse delle Scuole di specializzazione nelle aree in cui è maggiore il fabbisogno, secondo le segnalazioni della Direzione programmazione; b) una migliore modulazione della rete formativa prevista per gli specializzandi con più lunghi periodi di pratica in grandi ospedali, per stimolarne lo spirito di iniziativa; c) la riduzione drastica dei tempi di attesa in cui il giovane specialista, dopo oltre 10 anni di formazione intensa, resta in attesa di un contratto di lavoro vero e proprio.

**G/1315/12/12**

[Binetti](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Mangialavori](#)

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge di conversione del decreto-legge 30 aprile 2019, n.35,

premessi che:

come è facile comprendere, non si possono assicurare i Livelli essenziali di Assistenza (LEA) senza un'adeguata e qualificata presenza del personale sanitario stabilmente inserito delle strutture ospedaliere e nei servizi territoriali;

a legislazione vigente il vincolo alla spesa del personale è ancorato alla spesa storica dell'anno 2004, ridotta dell'1,4 per cento, e questo vincolo ha creato condizioni oggettivamente difficili per l'organizzazione dei servizi nell'intero SSN, determinando nel corso degli anni il bocco del *turn over* e di conseguenza la carenza diffusa di personale sanitario;

occorre tenere conto che proprio nel blocco delle assunzioni legato a valutazioni di ordine economico, risiede la ragione principale per cui oggi lamentiamo una scarsità di medici, e di medici

specialistici, nelle diverse strutture del SSN;

bisogna considerare, inoltre, che l'applicazione del decreto «Quota 100» può favorire, peraltro come previsto dallo spirito stesso della norma, il pensionamento anticipato di medici e altro personale sanitario, visibilmente stressato da condizioni di lavoro tutt'altro che ottimali, con l'aggravamento della situazione personale e lavorativa da parte di chi continuerà a lavorare nei diversi servizi ospedalieri e territoriali;

a tutto ciò si aggiunge anche, in alcuni casi, la carenza specifica di medicinali, che crea difficoltà oggettive per i malati, e nel caso dei cosiddetti farmaci orfani genera situazioni non solo drammatiche per i singoli pazienti che ne hanno bisogno, ma anche una oggettiva situazione di disparità anti-costituzionale tra i pazienti;

esistono alcune regioni che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del SSN senza alcun apporto a carico del bilancio dello stato, per cui il blocco del *turn over* stabilito dalla legge n. 311 del 2004 non si applicherà a loro; regioni in cui i medicinali non mancano, dove la qualità dei servizi è realmente di buon livello;

occorre valutare tutto ciò come una condizione reale di un regionalismo differenziato già in atto; con i suoi aspetti positivi e con le sue ombre, per cui a fronte della competenza dei rispettivi amministratori regionali, esistono altre regioni in cui i servizi sanitari sono assai meno soddisfacenti; il personale è insufficiente, con il rischio aggiuntivo medici ed infermieri, o altri tecnici, si spostino verso le altre regioni in cui si lavora meglio e si ricava la soddisfazione di ottenere risultati migliori;

impegna il Governo:

a valutare attentamente se nelle Regioni in cui da tempo è in atto il blocco del *turn over*, il personale è insufficiente e fortemente stressato, con le conseguenze che ne derivano, c'è anche una dichiarata carenza di farmaci, le tecnologie sono meno aggiornate, non occorra un radicale capovolgimento della situazione, che non si limiti al cambiamento o al commissariamento del DG, ma che consideri almeno la necessità di garantire personale adeguato e competente;

a valutare la necessità di garantire anche in strutture in deficit di bilancio che arrivino i medicinali necessari in modo tempestivo e che siano aggiornate le tecnologie, nella certezza che i risultati positivi arriveranno dopo, grazie anche ad un monitoraggio centralizzato da parte dell'AGENAS, che valuterà anche l'attività del DG e i risultati che otterrà.

**G/1315/13/12**

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

Il Senato,

in sede d'esame del disegno di legge recante «Conversione in legge del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35 recante misure emergenziali per il Servizio Sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria (A.S. 1315)»;

premessi che:

l'articolo 11 del disegno di legge in epigrafe recita «A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del SSN di ciascuna Regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano, nell'ambito di livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi definiti da ciascuna regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n.191. I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Tale importo include le risorse per il trattamento accessorio del personale, il cui limite, definito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 27 maggio 2017, n.75, è adeguato, in

aumento o in diminuzione, per garantire l'invarianza del valore medio pro-capite, riferito all'anno 2018, prendendo a riferimento come base di calcolo il personale in servizio al 31 dicembre 2018.»;

l'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo 27 maggio 2017, n. 75 recita «Nelle more di quanto previsto dal comma 1, al fine di assicurare la semplificazione amministrativa, la valorizzazione del merito, la qualità dei servizi e garantire adeguati livelli di efficienza ed economicità dell'azione amministrativa, assicurando al contempo l'invarianza della spesa, a decorrere dal 1° gennaio 2017, l'ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale, anche di livello dirigenziale, di ciascuna delle amministrazioni pubbliche di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, non può superare il corrispondente importo determinato per l'anno 2016. A decorrere dalla predetta data l'articolo 1, comma 236, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 è abrogato.»;

il rinnovo dei contratti di lavoro del pubblico impiego non può prescindere dal ripristino delle risorse previste dai vigenti contratti di lavoro per la remunerazione dell'incremento della produttività e dell'efficienza nonché per la valorizzazione del merito e del disagio lavorativo; diversamente non potrebbe avere luogo di fatto un'efficace contrattazione decentrata sui luoghi di lavoro;

l'articolo 23 del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75 impedisce di fatto il recupero di risorse determinate dai pensionamenti per riutilizzarle al fine di incrementare l'efficienza lavorativa, premiare le migliori professionalità e compensare i lavori più disagiati;

occorre superare il tetto fissato dall'articolo 23 del decreto legislativo n. 75 del 2017, altrimenti tali risorse andranno disperse, allo scopo di ricollocare, senza incremento di spesa pubblica, nei fondi contrattuali le risorse liberate dai dirigenti sanitari che vanno in pensione (la cui entità è attualmente già finanziata dal FSN);

considerato che:

il decreto legislativo n. 75 del 2017 non è una legge di bilancio, non prevede coperture o risparmi collegati;

l'articolo 23 è tra l'altro inserito nelle disposizioni transitorie e finali del decreto legislativo n. 75 del 2017 ed il blocco è previsto «nelle more» di attuazione di un meccanismo contrattuale di cui al comma 1, ed ha pertanto un carattere temporaneo;

la dinamica contrattuale, peraltro, utilizza risorse che sono già negli stipendi, e quindi nel FSN;

l'articolo 23 al comma 2 prevede altresì che il tetto vige fino all'avvenuta armonizzazione contrattuale dei fondi accessori, con il rischio che, in presenza di un blocco contrattuale, la vigenza della disposizione possa trasformarsi in un taglio radicale senza una previsione del riutilizzo delle risorse;

la norma in questione sta già determinando notevoli contenziosi con conseguenti maggiori oneri per la finanza pubblica;

la Sezione Autonomie Corte dei Conti si è già pronunciata enunciando il seguente principio di diritto: «Gli incrementi del Fondo risorse decentrate derivanti da risorse finanziarie definite a livello nazionale e previste nei quadri di finanza pubblica, (come è l'utilizzo della retribuzione individuale di anzianità, RIA, di chi va in pensione) non sono assoggettati ai limiti di crescita dei Fondi previsti dalle norme vigenti e, in particolare al limite stabilito dall'articolo 23, comma 2, del decreto legislativo n. 75/2017.»;

impegna il Governo a:

valutare l'opportunità di porre in essere tutti gli atti idonei, anche attraverso provvedimenti normativi, volti a garantire l'incremento del fondo legato alla RIA dei cessati, in quanto onere già coperto dalla finanza pubblica.

**G/1315/14/12**

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Binetti](#)

Il Senato,

in sede d'esame del disegno di legge recante «Conversione in legge del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 recante misure emergenziali per il Servizio Sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria (A.S. 1315)»;

premessi che:

l'articolo 1, comma 687, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 (Legge di Bilancio 2019) recita «La dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 7 agosto 2015, n. 124, rimane nei ruoli del personale del Servizio sanitario nazionale. Per il triennio 2019-2021, la dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in considerazione della mancata attuazione nei termini previsti della delega di cui all'articolo 11, comma 1, lettera b), della legge 7 agosto 2015, n. 124, è compresa nell'area della contrattazione collettiva della sanità nell'ambito dell'apposito accordo stipulato ai sensi dell'articolo 40, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165.»;

la norma eccede la propria competenza in quanto interviene nella materia della definizione delle Aree e dei Comparti di contrattazione che la legge (articolo 40 comma 2, del decreto legislativo n. 165 del 2001) riserva - e continua a riservare anche alla luce del nuovo comma - alla contrattazione tra Aran e Confederazioni sindacali;

tale tavolo di contrattazione, all'unanimità e con piena legittimazione, si era espresso nel CCNQ sottoscritto il 13 luglio 2016 che ha accertato la rappresentatività per il triennio 2016-2018 ed ha costituito le 4 nuove Aree contrattuali della Dirigenza, tra cui l'Area Funzioni Locali composta dalla Dirigenza delle Regioni, degli Enti Locali, dei ruoli PTA del SSN e i segretari comunali e provinciali, a nulla rilevando la mancata attuazione della delega ex legge n. 124 del 2015, che istituiva i ruoli della dirigenza della Nazione (suddivisi in Stato, Regioni ed Enti Locali), a prescindere dalla collocazione contrattuale degli stessi;

l'articolo 40 del decreto legislativo n. 165 del 2001 riserva un'area contrattuale (o una specifica sezione dell'area) alla sola dirigenza del ruolo sanitario sicché la dirigenza dei ruoli amministrativo/tecnico/professionale non potrebbero trovare collocazione nell'Area Sanità istituita dal CCNQ13/7/2016 e dunque correttamente tale CCNO ne ha previsto la collocazione nell'Area funzioni locali insieme alla omologa dirigenza gestionale di Regioni e Comuni;

si confonde l'appartenenza al ruolo del SSN di cui fanno parte da sempre i dirigenti PTA e che nulla a che fare con la collocazione contrattuale che deve tener conto delle differenze giuridiche della dirigenza sanitaria normata specificamente dalla legge n. 229 del 1999;

considerato che:

la disposizione ha natura ordinamentale e quindi non può essere considerata ammissibile in una norma di carattere finanziario come la legge di bilancio;

la disposizione espropria prerogative esclusive della contrattazione e si condiziona la stessa;

la disposizione lede il diritto di un'intera categoria (quella della dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa del SSN collocata dal decreto del Presidente della Repubblica n. 761 del 1979 in distinti ad autonomi ruoli professionali rispetto alla dirigenza del ruolo sanitario) ad avere una propria rappresentanza di categoria ed un proprio contratto di lavoro che tenga nel debito conto le specificità proprie della dirigenza sanitaria rispetto a quella professionale, tecnico e amministrativo del SSN;

la ricollocazione della dirigenza professionale, tecnica e amministrativa (in sigla PTA) del SSN nell'Area Sanità non ha impatto finanziario o al limite potrebbe addirittura comportare oneri aggiuntivi, nel caso in cui - come prevedibile - condividendo la stessa Area e lo stesso CCNL, venissero estesi anche alla dirigenza dei ruoli PTA del SSN, i benefici contrattuali oggi riservati specificamente ed esclusivamente alla dirigenza del ruolo sanitario;

dalle motivazioni suesposte si evince la necessità di garantire una rappresentanza contrattuale di categoria alla dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del SSN, che diversamente, pur comprendendo quasi 5000 unità impegnate in funzioni strategiche (avvocati, ingegneri

tecnici/gestionali/ambientali/clinici, statistici, sociologi, analisti, provveditori, capi del personale, contabili, ecc.), a causa della confluenza nell'Area Sanità - che conta 130.000 dirigenti del ruolo sanitario - per una mera questione matematica (numeri assoluti e 5 per cento di rappresentatività), non potrebbe sedere al tavolo negoziale con proprie Organizzazioni rappresentative;

pertanto il comma 687 è da intendersi quale conferma della competenza in capo all'apposito accordo ARAN - Confederazioni Sindacali in materia di definizione delle Aree e dei Comparti di contrattazione,

impegna il Governo a:

valutare l'opportunità di porre in essere tutti gli atti idonei, anche attraverso provvedimenti normativi, volti ad abrogare il comma 687 dell'articolo 1 legge della 145 del 30 dicembre 2018 od in alternativa ad apportare modifiche al dettato normativo dell'articolo 40, comma 2 del decreto legislativo 165 del 2001, prevedendo che tramite appositi accordi tra l'ARAN e le Confederazioni rappresentative, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, siano definiti fino a un massimo di quattro comparti di contrattazione collettiva nazionale, cui corrispondono non più di cinque separate aree per la dirigenza e che una apposita area dirigenziale riguarda la dirigenza del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale, per gli effetti di cui all'articolo 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, e un'area dirigenziale riguarda la dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo del Servizio sanitario nazionale per gli effetti di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n.165 e successive modificazioni. Nell'ambito dei comparti di contrattazione possono essere costituite apposite sezioni contrattuali per specifiche professionalità.

**G/1315/15/12**

[Rizzotti](#), [Binetti](#)

Il Senato,

in sede d'esame del disegno di legge recante «Conversione in legge del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35 recante misure emergenziali per il Servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria (S1315)»;

premessi che:

l'articolo 12 reca disposizioni sulla formazione in materia sanitaria;

la Medicina estetica è un'area formativa in forte ascesa ed espansione, che si pone ormai come prima scelta di giovani medici neo laureati. Diventare medico estetico, offre l'opportunità di inserirsi in un contesto professionale molto denso e ricco di offerte, distinguendosi come professionista seriamente preparato ed eticamente responsabile;

attualmente in Italia esistono due grandi scuole quadriennali, la Scuola internazionale di medicina estetica della Fondazione Fatebenefratelli di Roma e la Scuola superiore post universitaria Agorà-Società italiana di medicina ad indirizzo estetico, a Milano;

entrambi questi percorsi di formazione consentono l'iscrizione ai Registri della medicina estetica, iniziativa solo di alcuni Ordini dei medici provinciali,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di riconoscere la medicina estetica tra le specializzazioni delle scuole post-laurea dell'area sanitaria ai sensi del decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca 1° agosto 2005, recante «Riassetto delle Scuole di specializzazione di area sanitaria», pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 258 del 5 novembre 2005, e successive modificazioni.

Art. 1

**1.1**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Sopprimere il Capo I.*

**1.2**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#), [Stabile](#)

*Sopprimere il Capo I.*

### 1.3

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Sopprimere l'articolo.*

*Conseguentemente, sopprimere gli articoli da 2 a 10.*

### 1.4

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#), [Stabile](#)

*Dopo il comma 1 aggiungere il seguente:*

«I- bis. La Calabria non è soggetta al rispetto della normativa di cui all'articolo 4 del decreto-legge 1° ottobre 2007, n. 159, e dell'articolo 2, comma 84, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 per il debito sanitario esistente alla data del 31 dicembre 2018. Tale debito in carico allo Stato, viene rimborsato dalla regione Calabria anche tramite incremento delle addizionali regionali sull'imposta sul reddito delle persone fisiche nel periodo di trent'anni fino a tutto il 31 dicembre 2048».

## Art. 2

### 2.1

[Rizzotti](#), [Binetti](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 1, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: «Il Commissario ad acta provvede entro giorni 30 dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, a costituire, a mero scopo consultivo, la Consulta dei Sindaci dei territori in cui ricadono i suddetti Presidi Ospedalieri».*

### 2.2

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, terzo periodo, dopo la parola: «previa» aggiungere le seguenti: «specificata e motivata».*

### 2.3

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, terzo periodo, dopo le parole: «provvede motivatamente» aggiungere le seguenti: «, con specifico riferimento alle ragioni avanzate dall'interessato,».*

### 2.4

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, terzo periodo, sopprimere le parole: «e senza i pareri di cui all'articolo 2, commi 4 e 5 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171».*

### 2.5

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Aggiungere in fine, il seguente periodo: «Gli esiti della verifica sono comunicati al Ministro della salute, alle competenti Commissioni parlamentari, alla Regione Calabria e pubblicati sul sito internet istituzionale del Commissario ad acta».*

## Art. 3

### 3.1

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, sopprimere il secondo periodo.*

### 3.2

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 1 dopo le parole: «su proposta del Commissario ad acta» sono aggiunte le seguenti: «sentita l'ANAC».*

### 3.3

[Rizzotti](#), [Siclari](#), [Binetti](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 1, terzo periodo, sostituire le parole: «questi decade alla data di entrata in vigore del presente decreto», con le seguenti: «in caso di valutazione negativa scaturente dal non raggiungimento degli obiettivi, questi decade entro quindici giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto».*

### 3.4

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 2, le parole: «Il Commissario straordinario è scelto, anche nell'ambito dell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, fra soggetti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, anche in quiescenza.» sono sostituite con le seguenti: «Il Commissario straordinario è scelto, esclusivamente, nell'ambito dell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, fra soggetti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale».*

### 3.5

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 2, le parole: «Il Commissario straordinario è scelto, anche nell'ambito dell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, fra soggetti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale, anche in quiescenza.» sono sostituite con le seguenti: «Il Commissario straordinario è scelto nell'ambito dell'elenco nazionale di cui all'articolo 1 del decreto legislativo 4 agosto 2016, n. 171, fra soggetti di comprovata competenza ed esperienza, in particolare in materia di organizzazione sanitaria o di gestione aziendale».*

### 3.6

[Mangialavori](#), [Siclari](#), [Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Al comma 2, primo periodo, dopo le parole: «è scelto», sopprimere la seguente: «anche».*

### 3.7

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Al comma 2, primo periodo, sopprimere la parola: «anche».*

### 3.8

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Al comma 2, primo periodo, sostituire le parole: «anche nell'ambito» con le seguenti: «nell'ambito».*

### 3.9

[Mangialavori](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#)

*Al comma 2, primo periodo, sopprimere le parole: «, anche in quiescenza».*

### 3.10

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 2, primo periodo, sopprimere le parole: «anche in quiescenza».*

### 3.11

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 2, le parole: «anche in quiescenza» sono soppresse.*

### 3.12

[Rizzotti](#), [Siclari](#), [Binetti](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 3, sostituire le parole: «più anziano per età preposto ad unità», con le seguenti: «più anziano nella direzione di unità».*

### 3.13

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Sopprimere il comma 4.*

*Conseguentemente, al comma 5, primo periodo, sopprimere le parole: «, anche cumulativamente nei casi di cui al comma 4».*

### **3.14**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Il comma 4 è abrogato.*

### **3.15**

[Siclari](#), [Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Sopprimere il comma 4.*

### **3.16**

[Rizzotti](#), [Siclari](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#), [Stabile](#)

*Al comma 4, sostituire le parole: «Può essere nominato», con le seguenti: «Non può essere nominato».*

### **3.17**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 4, sostituire le parole: «per più enti» con le seguenti: «per non più di due enti territorialmente contigui».*

### **3.18**

[Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:*

*«4- bis. I Commissari Straordinari, nominati ai sensi del presente articolo, nelle Aziende Sanitarie Provinciali, provvedono ad istituire, entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, e secondo le modalità operative indicate dal Commissario ad Acta, le Unità di Cure Primarie, a cui dovranno afferire i pazienti interessati da patologie classificabili come codici bianchi. Le misure di cui al presente comma, si attuano nell'ambito delle risorse della regione».*

### **3.19**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Sostituire il comma 5 con il seguente:*

*«5. L'ente del Servizio sanitario della Regione Calabria corrisponde al Commissario straordinario il compenso determinato sulla base dei seguenti criteri:*

*a) per le Aziende sanitarie provinciali con popolazione inferiore a 200.000 abitanti il compenso lordo massimo pari a euro 136.000;*

*b) per le Aziende sanitarie provinciali con popolazione compresa tra 200.000 abitanti e 500.000 abitanti il compenso lordo massimo pari a euro 156.000;*

*c) per le Aziende sanitarie provinciali con popolazione superiore a 500.000 abitanti il compenso lordo massimo pari ad Euro 166.000;*

*d) per le Aziende Ospedaliere e Universitarie fino a 600 posti letto il compenso lordo massimo pari ad euro 136.000;*

*e) per le Aziende Ospedaliere e Universitarie con posti letto superiori a 600 ma inferiori ad 800 il compenso lordo massimo pari ad euro 146.000;*

*f) per le Aziende Ospedaliere e Universitarie con posti letto superiori a 800 il compenso lordo massimo pari ad euro 166.000.*

*Agli importi calcolati sulla base dei precedenti criteri possono essere aggiunte indennità di risultato nella misura massima del 20 per cento del compenso in caso di conseguimento degli obiettivi prefissati dalla Programmazione Regionale.*

*I compensi dei Direttori Sanitari e dei Direttori Amministrativi devono essere calcolati sulla base*

dei criteri precedenti con la riduzione del 20 per cento del compenso lordo massimo previsto per i Direttori Generali ed i Commissari straordinari delle rispettive Aziende. L'indennità di risultato aggiuntiva dovrà essere ugualmente decurtata del 20 per cento».

### 3.20

[Siclari](#), [Mangialavori](#), [Binetti](#)

*Sostituire il comma 5 con il seguente:*

«5. Un eventuale compenso aggiuntivo potrà essere erogato al Commissario straordinario solo a condizione che all'esito della gestione, unitamente al rispetto dei tetti della spesa sanitaria si siano ottenuti la riduzione delle liste d'attesa per gli esami diagnostici e gli interventi chirurgici, la diminuzione della migrazione sanitaria passiva e l'aumento del numero delle prestazioni sanitarie in Calabria».

### 3.21

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 5 le parole: «, anche cumulativamente nei casi di cui al comma 4» sono soppresse.*

### 3.22

[Siclari](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#)

*Al comma 5, primo periodo, sopprimere le parole: «anche cumulativamente nei casi di cui al comma 4».*

### 3.23

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Al comma 5, primo periodo, sopprimere le parole: «, anche cumulativamente nei casi di cui al comma 4».*

### 3.24

[Collina](#), [Bini](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 5, sopprimere i periodi secondo, terzo, quarto e quinto.*

### 3.25

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 5, secondo periodo, dopo le parole: «Commissario straordinario,», aggiungere le seguenti: «al raggiungimento degli obiettivi,».*

### 3.26

[Collina](#), [Bini](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 5, sostituire le parole: «della verifica di cui al comma 7» con le seguenti: «sui risultati raggiunti in relazione all'incremento dei livelli essenziali di assistenza».*

### 3.27

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Al comma 5, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Il compenso aggiuntivo di cui al presente comma è erogato in relazione al superamento degli obiettivi stabiliti in particolare in materia di riduzione delle liste di attesa e all'effettivo incremento anche qualitativo dei livelli essenziali di assistenza».*

### 3.28

[Siclari](#), [Binetti](#), [Rizzotti](#), [Mangialavori](#)

*Apportare le seguenti modifiche:*

- a) *al comma 6, primo periodo, la parola: «sei» è sostituita dalla seguente: «tre»;*
- b) *sopprimere il comma 8;*
- c) *al comma 9, ultimo periodo, sostituire la parola: «dodici» con la seguente: «sei».*

### 3.29

[Siclari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 6-bis, secondo periodo, dopo le parole: «dirigenti del ministero della Salute», aggiungere le seguenti: «e rappresentanti della Regione.».*

### 3.30

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Al comma 6-bis, terzo periodo, sostituire le parole da: «Commissario straordinario» fino alla seguente: «evidenziando» con le parole: «Commissario straordinario, al Commissario ad acta, nonché al Ministro della salute e alle competenti Commissioni parlamentari; una prima relazione e le successive con cadenza trimestrale sullo stato dell'erogazione delle prestazioni cliniche, con particolare riferimento alla condizione dei servizi, delle dotazioni tecniche e tecnologiche e delle risorse umane, evidenziando le criticità che hanno provocato.».*

### 3.31

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 6-bis, terzo periodo, dopo le parole: «l'Unità di crisi trasmette al Commissario straordinario e al Commissario ad acta» sono aggiunte le seguenti: «nonché al Ministro della salute, alle competenti Commissioni parlamentari e alla Regione Calabria.».*

### 3.32

[Rizzotti](#), [Binetti](#), [Siclari](#), [Mangialavori](#)

*Sopprimere il comma 8.*

### 3.33

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Il comma 8 è abrogato.*

Art. 4

### 4.1

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 1-bis dopo le parole: «l'ente pubblica nel proprio sito internet istituzionale» sono aggiunte le seguenti: «nonché sul sito internet istituzionale della Regione Calabria e del Commissario ad acta.».*

### 4.2

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 1-bis è aggiunto, in fine, il seguente:*

«Gli incarichi affidati sono comunicati al Ministro della salute, alle competenti Commissioni parlamentari, alla Regione Calabria, all'ANAC e pubblicati sul sito internet istituzionale della Regione Calabria e del Commissario ad acta.».

Art. 5

### 5.1

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Sopprimere l'articolo.*

*Conseguentemente, all'articolo 10, sopprimere il comma 4.*

### 5.2

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*L'articolo è abrogato.*

### 5.3

[Siclari](#)

*Sopprimere l'articolo.*

#### 5.4

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Al comma 1, primo periodo, sopprimere la parola: «anche».*

#### 5.5

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Mangialavori](#)

*Apportare le seguenti modifiche:*

a) *al comma 1, secondo periodo:*

1) *dopo le parole: «reiterata incapacità di gestione», aggiungere le seguenti: «tali da non consentire il pagamento dei crediti certi, liquidi ed esigibili esistenti nei confronti dell'ente con le modalità ordinarie,»;*

2) *sostituire le parole: «fino al 31 dicembre 2018», con le seguenti: «fino all'annualità cui è riferibile detto stato di incapacità finanziaria»;*

b) *al comma 4:*

1) *al secondo periodo, sostituire le parole: «anteriormente al 31 dicembre 2018», con le seguenti: «anteriormente all'anno cui si riferisce il dissesto»;*

2) *aggiungere, in fine, le seguenti parole: «ove non si debba provvedere ai sensi del successivo comma 6 secondo periodo»;*

c) *al comma 6, dopo il primo periodo, aggiungere il seguente: «Al fine di manlevare gli assistiti del SSN da ogni loro obbligazione verso gli erogatori per le prestazioni sanitarie ricevute in regime di accreditamento, verrà garantito l'integrale pagamento dei relativi corrispettivi».*

#### 5.6

[Collina](#), [Bini](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, secondo periodo, dopo le parole: «ovvero una manifesta e reiterata incapacità di gestione» aggiungere le seguenti: «tale da produrre conseguenze sul piano degli assetti contabili ed economici».*

#### 5.7

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 2, primo periodo, sopprimere le parole da: «e di altre amministrazioni dello Stato» fino alla fine del periodo.*

#### 5.8

[Mangialavori](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#)

*Al comma 2, primo periodo, sopprimere le parole: «o in quiescenza,».*

#### 5.9

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Al comma 2, primo periodo, sopprimere le parole: «o in quiescenza».*

#### 5.10

[Siclari](#)

*Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

«2- bis. Tutti i crediti delle aziende fornitrici, qualora certi, liquidi ed esigibili, hanno la natura di credito privilegiato di primo grado, anche ai fini della cessione del credito e della compensazione con i crediti fiscali e tributari dello Stato, della Regione e degli enti locali e di tutte le pubbliche amministrazioni».

#### 5.11

[Siclari](#)

*Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

«2- bis. Tutti i crediti delle aziende fornitrici, qualora certi, liquidi ed esigibili, devono essere pagati entro 180 giorni dall'apertura della gestione straordinaria ovvero devono essere certificati ai fini della cessione del credito e della compensazione con i crediti fiscali e tributari dello Stato, della Regione e degli enti locali e di tutte le pubbliche amministrazioni».

#### 5.12

[Zaffini](#)

*Sopprimere il comma 4.*

*Conseguentemente, sostituire la rubrica con la seguente: «Commissariamento degli enti del Servizio sanitario regionale».*

#### 5.13

[Mangialavori](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

*Al comma 4, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Il Commissario straordinario di liquidazione di cui al comma 2, adotta per gli enti di cui al comma 1, le medesime disposizioni di cui all'articolo 255 del citato decreto legislativo n. 267 del 2000, al fine di garantire le risorse necessarie per il risanamento degli stessi.».*

### Art. 6

#### 6.1

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Sopprimere l'articolo.*

#### 6.2

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Sopprimere il comma 1.*

#### 6.3

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Il comma 1 è soppresso.*

#### 6.4

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 1 la parola: «esclusivamente» è soppressa.*

#### 6.5

[D'Alfonso](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, sostituire la parola: «esclusivamente» con la seguente: «anche».*

#### 6.6

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 1 dopo le parole: «beni, servizi e lavori di manutenzione messi a disposizione» sono aggiunte le seguenti: «dalla Stazione Unica Appaltante (SUA) della Regione Calabria ovvero da».*

#### 6.7

[Mangialavori](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «Pubblica amministrazione, ovvero», aggiungere le seguenti: «della Stazione unica appaltante regionale o, in caso di impossibilità di quest'ultima.».*

#### 6.8

[Rizzotti](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 1, sostituire le parole: «previa convenzione, di centrali di committenza di altre regioni», con le seguenti: «il commissario ad acta è autorizzato a stipulare convenzioni, anche in forma aggregata, con la stazione unica appaltante SUA della Regione Calabria».*

#### 6.9

[Mangialavori](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#)

*Al comma 1, sostituire le parole: «previa convenzione, di centrali di committenza di altre regioni», con le seguenti: «previa convenzione, della Stazione Unica Appaltante (SUA) della regione Calabria».*

**6.10**

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Al fine di assicurare una razionalizzazione dei costi, il Commissario ad acta assicura l'aggregazione delle gare per l'acquisizione di beni e servizi, individuando a tal fine una unica struttura amministrativa aziendale o regionale supportata, ove occorra, dal personale proveniente dalle altre aziende o anche da altre amministrazioni pubbliche, selezionato sulla base di criteri di competenza ed esperienza».*

**6.11**

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Al comma 2, dopo la parola: «stipula» aggiungere le seguenti: «entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto».*

**6.12**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 3 dopo le parole: «il Commissario ad acta predisporre» sono aggiunte le seguenti: «di concerto con la Regione Calabria».*

**6.13**

[Binetti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 3, dopo la parola: «predisporre,» aggiungere le seguenti: «con il supporto di Agenas e delle Associazioni scientifiche operanti in materia di edilizia sanitaria,».*

**6.14**

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Al comma 3, primo periodo, dopo la parola: «predisporre» aggiungere le seguenti: «entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto».*

**6.15**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 3 dopo le parole: «Il Piano è approvato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, della salute, delle infrastrutture e dei trasporti, del lavoro e delle politiche sociali» sono aggiunte le seguenti: «d'intesa con la Regione Calabria».*

**6.16**

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 3, secondo periodo, aggiungere, in fine, le parole: «d'intesa con la Regione».*

**6.17**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Il comma 4 è soppresso.*

**6.18**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 4, aggiungere il seguente:*

*«4-bis. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, giorno successivo alla data di entrata in vigore della presente legge, i centri ospedalieri di primo livello della rete ospedaliera regionale sono accorpati alle Aziende Ospedaliere di rispettivo riferimento territoriale. Il Commissario ad acta provvede con propri decreti a definire entro tale termine le modalità operative di tale accorpamento».*

## 6.19

[Zaffini](#), [Rauti](#)

*Al comma 5 dell'articolo 6 le parole: «la spesa di euro 82.164.205» sono sostituite con le seguenti: «la spesa di euro 200.000.000».*

## 6.20

[Rizzotti](#), [Siclari](#), [Binetti](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

«5-bis. Al fine di finanziare interventi di estrema urgenza per la sanità della Regione Calabria e garantire il diritto esigibile dei cittadini all'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, dall'entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, è istituito un Fondo rotativo con una dotazione di 200 milioni di euro per ciascun anno del biennio 2019 e 2020, per la sensibile riduzione della mobilità sanitaria passiva e delle liste d'attesa, e per un piano per la stabilizzazione e assunzione di personale sanitario, anche in deroga alla normativa vigente. Le disposizioni di cui al presente comma, si attuano in deroga della previsione di cui all'articolo 15, comma 1, del presente decreto.

5-ter. A copertura degli oneri di cui al comma 5-bis, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2018, n. 145».

## 6.21

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

«5-bis. Considerato lo stato di criticità di parte delle strutture sanitarie pubbliche della regione, anche conseguenti ai limiti imposti al turn-over e all'attuazione del piano di rientro e la necessità di garantire comunque i livelli di assistenza ai cittadini, al solo fine di garantire il raggiungimento dei Livelli Minimi di Assistenza per la Specialistica Ambulatoriale, il cui fabbisogno minimo è stato definito dal Commissario *ad acta* con DCA 32/2017, la Regione Calabria può eccezionalmente programmare l'acquisto di prestazioni sanitarie in deroga ai limiti previsti dall'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n.95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, modificato dall'articolo 1, comma 574, della legge 28 dicembre 2015, n. 208. Per garantire l'invarianza degli effetti finanziari connessi a tale deroga, la Regione Calabria provvederà ad apportare misure alternative a valere su altre aree della spesa sanitaria».

## 6.22

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

«5-bis. Per il periodo di diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto ai sensi dell'articolo 15, comma 1, non si applicano le disposizioni in materia di blocco automatico del turn over e di divieto di spese non obbligatorie, di cui al comma 174, quinto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311.».

## 6.23

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

«5-bis. Al fine di garantire l'attuazione dei livelli essenziali di assistenza, per il periodo di diciotto mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto ai sensi dell'articolo 15, comma 1, non si applicano le disposizioni in materia di blocco automatico del *turn over* e di divieto di spese non obbligatorie, di cui al comma 174, quinto periodo, della legge 30 dicembre 2004, n. 311».

Art. 8

## 8.1

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 3, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «Per la selezione di tale personale, l'AGENAS si*

avvale di procedure selettive pubbliche e adotta criteri selettivi sulla base dei titoli di studio inerenti l'attività da svolgere. I *curricula* dei candidati assunti sono pubblicati *online* sul sito istituzionale dell'AGENAS in una sezione apposita intitolata con riferimento al presente decreto».

## Art. 10

### 10.1

[Zaffini](#)

*Sostituire l' articolo con il seguente:*

«Art. 10. - (*Aziende sanitarie commissariate*) - 1. La Commissione straordinaria per la gestione dell'ente, fermi restando i compiti e le prerogative ad essa assegnati dalla legislazione vigente, opera in coerenza con l'attuazione degli obiettivi del piano di rientro dal disavanzo nel settore sanitario, nonché di quelli dei piani di riqualificazione dei servizi sanitari.

2. Per le finalità di cui al presente articolo, la Commissione straordinaria può avvalersi, in via temporanea, anche in deroga alle disposizioni vigenti, in posizione di comando o di distacco, di esperti nel settore pubblico sanitario, nominati dal prefetto competente per territorio su proposta del Ministro della salute, con oneri a carico del bilancio dell'azienda sanitaria locale od ospedaliera interessata.».

### 10.2

[Siclari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 1, aggiungere, in fine, le seguenti parole:* «, ma soprattutto al fine di assicurare i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria».

### 10.3

[Siclari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

«*I-bis.* È possibile anche il commissariamento dei soli dipartimenti, settori e unità operative nei quali siano stati riscontrati condizionamenti o infiltrazioni da parte della criminalità organizzata».

### 10.4

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 2, aggiungere, in fine, il seguente periodo:* «Per le medesime finalità, la Commissione straordinaria provvede alla immediata rotazione di tutto il personale, assicurando l'esercizio di funzioni o mansioni proprie del profilo professionale di appartenenza».

### 10.0.1

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 10- *bis.*

*I-bis.* Il Ministro della salute presenta alle Camere, a cadenza bimestrale, una relazione in merito agli atti assunti ed alle attività svolte in attuazione del presente Capo I, nonché ai relativi effetti, con particolare riguardo all'impatto sul livello conseguito dei livelli essenziali di assistenza.».

## Art. 11

### 11.1

[Errani](#), [De Petris](#), [Grasso](#), [Laforgia](#), [De Falco](#)

*Sostituire il comma 1 con il seguente:*

«1. A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni è determinata nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale».

*Conseguentemente, all'articolo 17, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011, n. 111, sono abrogati i commi 3, 3- bis e 3-ter.*

*Conseguentemente, dopo il comma 1, aggiungere i seguenti:*

*«1-bis.* Agli oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 1 a decorrere dall'anno 2020, al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, alla Tabella A, parte II, "Beni e servizi soggetti all'aliquota del 4 per cento", il numero 19 (fertilizzanti di cui alla legge 19 ottobre 1984, n. 748; organismi considerati utili per la lotta biologica in agricoltura) è soppresso.

*1-ter.* Al decreto del Presidente della Repubblica 26 ottobre 1972, n. 633, alla Tabella A, parte III, "Beni e servizi soggetti all'aliquota del 10 per cento", i numeri 81 (acqua, acque minerali) con l'esclusione dell'acqua e 110 (prodotti fitosanitari) sono soppressi.

*1-quater.* Con uno o più provvedimenti del direttore dell'Agenzia delle entrate sono stabilite le modalità di attuazione di cui ai commi *1-bis* e *1-ter*».

## **11.2**

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Sostituire il comma 1 con il seguente:*

«1. A decorrere dal 2019, il valore della spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale di ciascuna regione e Provincia autonoma di Trento e di Bolzano è determinato mediante intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano in proporzione al fabbisogno di personale *pro capite* di ciascuna di esse, anche in considerazione del blocco delle assunzioni di nuovo personale cui sono state sottoposte le regioni che hanno stipulato un Accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per il perseguimento dell'equilibrio economico».

## **11.3**

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole da: «il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018» fino alla fine del periodo, con le seguenti: «, in deroga a quanto previsto dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, il corrispondente valore della spesa sostenuta nell'anno 2004, o, se superiore a tale ammontare, il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano».*

## **11.4**

[Stabile](#), [Binetti](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 1, dopo le parole: «il personale in servizio al 31 dicembre 2018.» aggiungere il seguente periodo: «È comunque garantito l'incremento del fondo legato alla RIA dei cessati, nell'ambito delle risorse già disponibili a legislazione vigente, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica».*

## **11.5**

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, dopo il terzo periodo aggiungere il seguente: «È comunque garantito l'incremento del fondo legato alla RIA dei cessati in quanto già a carico della finanza pubblica.».*

## **11.6**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 1, dopo il terzo periodo, aggiungere il seguente: «È comunque garantito l'incremento del fondo legato alla Retribuzione individuale d'anzianità (RIA) dei cessati».*

## **11.7**

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 1, aggiungere i seguenti:*

*«1-bis.* È istituito un fondo perequativo, con una dotazione di 500 milioni di euro per l'anno 2019,

al fine di garantire l'assunzione di nuovo personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza. Il fondo è ripartito tra le regioni di cui al periodo precedente in proporzione al fabbisogno di personale pro capite di ciascuna di esse.

*I-ter.* Agli oneri derivanti dal comma 1-*bis*, pari a 500 milioni di euro per l'anno 2019 si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2018, n. 145».

#### **11.8**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 1, aggiungere i seguenti:*

«*I-bis.* Fermo restando il rispetto degli obblighi delle regioni agli obiettivi di finanza pubblica e di quanto previsto per gli enti del Servizio sanitario nazionale dall'articolo 1, commi da 521 a 536, della legge 11 dicembre 2016, n. 232, e successive modificazioni, all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le parole: "diminuito dell'1,4 per cento" sono soppresse.

*I-ter.* Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1-*bis*, valutati nel limite massimo di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2019, si provvede mediante corrispondente riduzione del "Fondo da ripartire per l'introduzione del reddito di cittadinanza" di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2018, n. 145».

#### **11.9**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 1, inserire il seguente:*

«*I-bis.* Per la regione Calabria, fino al raggiungimento del livello minimo dei LEA, fissato in 160, non trova applicazione il limite di spesa per il personale del Servizio sanitario nazionale».

#### **11.10**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

«*I-bis.* Le regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Ministero della salute e il Ministero dell'economia e delle finanze ai sensi dell'articolo 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, per il perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e che sono risultate adempienti negli anni 2017 e 2018 dall'accertamento effettuato dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti regionali degli accordi sanitari di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, possono ulteriormente incrementare i limiti di spesa di cui al comma 1 per un importo pari al 25 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente».

#### **11.11**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 3, sostituire le parole: «previo accordo» con le seguenti: «previa intesa».*

#### **11.12**

[Siclari](#), [Testor](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:*

«*3-bis.* Per le finalità del presente articolo, ove le Regioni certifichino la necessità di coprire le posizioni rese vacanti nell'ambito delle posizioni sanitarie di cui al comma 3, le stesse, senza nuovi o maggiori oneri per lo Stato, possono consentire l'accesso al Servizio sanitario nazionale in qualità di dipendenti, ai medici laureati ed abilitati all'esercizio professionale, anche senza specializzazione,

consentendo agli stessi la possibilità di conseguire, contemporaneamente allo svolgimento dell'attività lavorativa, il diploma di specializzazione necessario agli sviluppi professionali e di carriera, mediante modalità alternative alle attuali impiegando il personale medico così specializzato anche per i servizi attivati nell'ambito delle cure primarie. All'attuazione del presente comma si provvede con decreto del Ministro della salute, da adottarsi entro il 30 settembre 2019, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nel quale sono stabilite le modalità di individuazione delle aree mediche che necessitano copertura nonché le modalità applicative dei relativi percorsi formativi».

### 11.13

[Stabile](#), [Dal Mas](#), [Rizzotti](#)

*Sostituire il comma 4-bis, con il seguente:*

«4-bis. A decorrere dall'anno 2019, le disposizioni di cui ai commi 1, 2, 3 e 4, nonché le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, non si applicano alle Regioni e alle Province autonome che provvedono al finanziamento del fabbisogno complessivo del Servizio sanitario nazionale sul loro territorio senza alcun apporto a carico del bilancio dello Stato.».

### 11.14

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Siclari](#)

*Dopo il comma 4-quinquies aggiungere i seguenti:*

«4-sexies. Alla lettera c) del comma 1 dell'articolo 20 del decreto legislativo n. 75 del 2017 sostituire le parole: "al 31 dicembre 2017" con le seguenti: "31 dicembre 2019".

4-septies. All'onere derivante dal comma 4-sexies, pari a 50 milioni di euro a decorrere dal 2019, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.».

### 11.15

[Mangialavori](#), [Binetti](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Stabile](#)

*Sopprimere il comma 5-bis.*

### 11.16

[Siclari](#)

*Dopo il comma 5-bis aggiungere il seguente:*

«5-ter. Espletate le procedure di assunzione, qualora continuino a rilevarsi carenze di organico del personale sanitario è possibile, a domanda degli interessati, mantenere in servizio i medici ed il personale paramedico fino al compimento del 70 esimo anno di età. Alla copertura degli oneri di cui al periodo precedente, pari a 2 milioni per l'anno 2019, 10 milioni di euro per l'anno 2020, 20 milioni per l'anno 2021, 30 milioni a decorrere dall'anno 2022, si provvede mediante corrispondente riduzione del fondo di cui all'articolo 10 comma 5 del decreto-legge 29 novembre 2004, n. 282, convertito con modificazioni dalla legge 27 dicembre 2004 n. 307 come rifinanziato ai sensi dell'articolo 9 comma 8 del presente decreto-legge».

### 11.0.1

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Siclari](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 11- bis.

1. Il comma 687 dell'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è abrogato».

### 11.0.2

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#), [Siclari](#)

*Dopo l' articolo , inserire il seguente:*

«Art. 11- bis.

All'articolo 40, comma 2 del d.lgs. 165/2001 apportare le seguenti modifiche:

a) al primo capoverso sostituire le parole: "non più di quattro separate aree" con le seguenti: "non più di cinque separate aree",

b) al secondo capoverso eliminare le parole: "o sezione contrattuale di un'area" e dopo le parole: "e successive modificazioni" aggiungere le seguenti: ",e un'area dirigenziale riguarda la dirigenza dei ruoli professionale, tecnico e amministrativo del Servizio sanitario nazionale per gli effetti di cui all'articolo 26 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni)".

Art. 12

### 12.1

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: «del mese di luglio 2021» con le seguenti: «del mese di luglio 2020».

Conseguentemente, al medesimo comma, sopprimere il secondo periodo.

### 12.2

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Mangialavori](#), [Stabile](#)

Al comma 2 apportare le seguenti modificazioni:

a) alla lettera a) dopo le parole: «medici veterinari» aggiungere le seguenti parole: «odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi»,

b) alla lettera b) dopo le parole: «e medici veterinari» aggiungere le seguenti parole: «odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi».

### 12.3

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#), [Stefano](#)

Al comma 2, apportare le seguenti modificazioni:

a) alla lettera a), dopo le parole: «medici veterinari» inserire le seguenti: «odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi»,

b) alla lettera b), dopo le parole: «e medici veterinari» inserire le seguenti: «odontoiatri, biologi, chimici, farmacisti, fisici e psicologi».

### 12.4

[Bini](#), [Boldrini](#), [Collina](#), [Stefano](#), [Malpezzi](#)

Al comma 2, sopprimere la lettera c).

### 12.5

[Bini](#), [Boldrini](#), [Collina](#), [Stefano](#), [Malpezzi](#)

Al comma 2, sostituire la lettera c) con il seguente comma:

«2-bis. Sulla base di un elenco delle strutture sanitarie con carenze di organico predisposto da ciascuna regione, i medici in formazione specialistica iscritti all'ultimo anno del relativo corso svolgono presso le suddette strutture le attività assistenziali coerenti con il livello di competenze e di autonomia raggiunto e correlato all'ordinamento didattico di corso, nonché al programma formativo seguito e all'anno di corso di studi superato, ivi ultimando il percorso formativo con la supervisione dei direttori delle scuole di specializzazione e con l'affiancamento di tutor qualificati, nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368».

### 12.6

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

Al capoverso 548-bis, apportare le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, sostituire le parole: «di coloro che sono utilmente collocati nella graduatoria di cui al comma 547» con le seguenti: «esclusivamente di specializzandi iscritti all'ultimo anno di corso»,

b) *dopo il primo periodo inserire il seguente:* «L'assunzione è concordata fra le Università e le Regioni o le Province autonome di Trento e Bolzano interessate»;

c) *dopo il secondo periodo, inserire il seguente:* «Detto periodo è computato all'interno del periodo complessivo massimo di diciotto mesi da svolgersi in strutture esterne alla scuola di specializzazione universitaria»;

d) *dopo il sesto periodo, inserire il seguente:* «Il progetto formativo è deliberato dal Consiglio della scuola di specializzazione universitaria».

## 12.7

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Siclari](#)

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

«2-bis. L'articolo 1 comma 365 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è abrogato. All'articolo 1 comma 366 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 dopo la parola: "coreutica" aggiungere le seguenti parole: ", nonché del personale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale".».

## 12.8

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Siclari](#)

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

«2-bis. Il secondo capoverso dell'articolo 1, comma 365 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è sostituito dal seguente: "Le previsioni di cui ai commi 361, 363 e 364 non si applicano alle procedure concorsuali per l'assunzione di personale del ruolo sanitario, bandite dalle aziende e dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale".».

## 12.9

[Binetti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:*

«2-bis. All'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, apportare le seguenti modificazioni:

a) il comma 365 è abrogato;

b) al comma 366, dopo la parola: "coreutica" sono aggiunte le seguenti: ", nonché del personale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale."».

## 12.10

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

«2-bis. All'articolo 1, comma 365, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, il secondo periodo è sostituito dal seguente: "Le previsioni di cui al comma 361, 363 e 364 non si applicano alle procedure concorsuali per l'assunzione di personale del ruolo sanitario, bandite dalle aziende e dagli enti del Servizio Sanitario Nazionale"».

## 12.11

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

«2-bis. L'articolo 1, comma 365 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è abrogato. All'articolo 1, comma 366, della legge 30 dicembre 2018, n. 145 dopo la parola: "coreutica" aggiungere le seguenti parole: ", nonché del personale delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale"».

## 12.12

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

«2-bis. L'articolo 1, comma 365, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, è abrogato. All'articolo 1, comma 366, della legge 30 dicembre 2018, n. 145, dopo la parola: "coreutica" aggiungere le seguenti parole: ", nonché del personale del ruolo sanitario delle Aziende e degli Enti del Servizio Sanitario

Nazionale"»).

### 12.13

[Collina](#), [Bini](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Sopprimere il comma 3.*

### 12.14

[Testor](#), [Siclari](#), [Stabile](#)

*Sostituire il comma 3 con il seguente:*

«3. A partire dal concorso per l'accesso al triennio 2019-2022, e fino al 31 dicembre 2021, al fine di sopperire alla contingente carenza di medici, accedono, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, tramite scorrimento della graduatoria fino a esaurimento dei posti richiesti, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale risultati idonei ma non ammessi al concorso per l'ammissione al predetto corso, nonché i laureati in medicina e chirurgia non ancora abilitati. A parità di punteggio, accedono i soggetti più grandi di età. I medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale sono interpellati, in fase di assegnazione degli incarichi, comunque in via prioritaria rispetto ai medici di cui ai periodi precedenti. Al fine di salvaguardare la qualità formativa nonché le possibilità lavorative dei corsisti in sovrannumero, gli stessi sono ammessi alla frequenza del corso a tempo parziale. Il numero massimo di candidati ammessi al corso è determinato entro i limiti consentiti dalle risorse di cui al successivo periodo. Agli oneri derivanti dal presente comma, relativi alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale fino ad un massimo di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019, in relazione al corso 2019-2021, 2020, in relazione al corso 2020-2022 e 2021, in relazione al corso 2021-2023, si provvede col vincolo di pari importo delle disponibilità finanziarie ordinarie destinate al fabbisogno sanitario *standard* nazionale, cui concorre lo Stato, con ripartizione tra le regioni sulla base delle effettive carenze dei medici di medicina generale calcolate sulla base del numero complessivo di incarichi pubblicati e rimasti vacanti, nonché sulla base della capienza dei Poli Formativi, dei flussi di prestazioni sanitarie e del numero dei *tutor* di medicina generale presenti in regione, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.».

### 12.15

[Siclari](#), [Binetti](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Sostituire il comma 3 con il seguente:*

«3. A partire dal concorso per l'accesso al triennio 2019-2022, e fino al 31 dicembre 2021, al fine di sopperire alla contingente carenza di medici, accedono, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, tramite scorrimento della graduatoria fino a esaurimento dei posti richiesti, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale risultati idonei ma non ammessi al concorso per l'ammissione al predetto corso. A parità di punteggio, accedono i soggetti più grandi di età. I medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale sono interpellati, in fase di assegnazione degli incarichi, comunque in via prioritaria rispetto ai medici di cui ai periodi precedenti. Al fine di salvaguardare la qualità formativa nonché le possibilità lavorative dei corsisti in sovrannumero, gli stessi sono ammessi alla frequenza del corso a tempo parziale. Il numero massimo di candidati ammessi al corso è determinato entro i limiti consentiti dalle risorse di cui al successivo periodo. Agli oneri derivanti dal presente comma, relativi alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale fino ad un massimo di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019, in relazione al corso 2019-2021, 2020, in relazione al corso 2020-2022 e 2021, in relazione al corso 2021-2023, si provvede col vincolo di pari importo delle disponibilità finanziarie ordinarie destinate al fabbisogno sanitario *standard* nazionale, cui concorre lo Stato, con ripartizione tra le regioni sulla base delle effettive carenze dei medici di medicina generale calcolate sulla base del numero complessivo di incarichi pubblicati e rimasti vacanti, nonché sulla base della capienza dei Poli Formativi, dei flussi di prestazioni sanitarie e del numero dei *tutor* di medicina generale presenti in regione, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368.».

## 12.16

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 3, sostituire il primo periodo con il seguente: «3. A partire dal concorso per l'accesso al triennio 2019-2022 del corso di formazione specifica in medicina generale e fino al 31 dicembre 2021, per ciascuna procedura concorsuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale e risultati idonei al predetto concorso, che siano stati incaricati, nell'ambito delle funzioni convenzionali previste dall'accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale per almeno ventiquattro mesi, anche non continuativi, nei dieci anni antecedenti alla data di scadenza della presentazione della domanda di partecipazione al concorso, accedono al corso organizzato dalla Regione presso la quale hanno partecipato al concorso, tramite graduatoria riservata senza borsa di studio.».*

*Conseguentemente, al medesimo comma:*

a) *sopprimere il terzo periodo;*

b) *sostituire il quinto periodo con il seguente: «Agli oneri derivanti dal presente comma, relativi alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale fino ad un massimo di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019, in relazione al corso 2019-2022, 2020, in relazione al corso 2020-2023 e 2021, in relazione al corso 2021- 2024; si provvede col vincolo di pari importo delle disponibilità finanziarie ordinarie destinate al fabbisogno sanitario standard nazionale, cui concorre lo Stato, con ripartizione tra le Regioni e le Province autonome sulla base della quota di accesso al riparto del Fondo Sanitario Nazionale.».*

## 12.17

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Al comma 3, primo periodo, sostituire le parole da: «i laureati in medicina e chirurgia» fino alla fine del comma con le seguenti: «, al fine di sopperire alla contingente carenza di medici, accedono, senza borsa di studio, al corso triennale di formazione specifica in medicina generale, tramite scorrimento della graduatoria fino a esaurimento dei posti richiesti, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale risultati idonei ma non ammessi al concorso per l'ammissione al predetto corso. A parità di punteggio, accedono i soggetti più grandi di età. I medici già iscritti al corso di formazione specifica in medicina generale sono interpellati, in fase di assegnazione degli incarichi, comunque in via prioritaria rispetto ai medici di cui ai periodi precedenti. Il numero massimo di candidati ammessi al corso è determinato entro i limiti consentiti dalle risorse di cui al successivo periodo. Agli oneri derivanti dal presente comma, relativi alle ulteriori spese di organizzazione dei corsi di formazione specifica di medicina generale fino ad un massimo di 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2019, in relazione al corso 2019-2021, 2020, in relazione al corso 2020-2022 e 2021, in relazione al corso 2021-2023, si provvede col vincolo di pari importo delle disponibilità finanziarie ordinarie destinate al fabbisogno sanitario *standard* nazionale, cui concorre lo Stato, con ripartizione tra le regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla base delle effettive carenze dei medici di medicina generale calcolate sulla base del numero complessivo di incarichi pubblicati e rimasti vacanti, nonché sulla base della capienza dei Poli Formativi, dei flussi di prestazioni sanitarie e del numero dei tutor di medicina generale presenti in regione, secondo quanto previsto dal decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 e successive modifiche e integrazioni».*

## 12.18

[Testor](#), [Siclari](#)

*Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:*

*«3-bis. Fino al 31 dicembre 2021, al fine di sopperire alla contingente carenza di medici, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, senza nuovi o maggiori oneri per lo Stato, consentono ai laureati in medicina e chirurgia di accedere al servizio sanitario pubblico, seguendo un percorso formativo finalizzato all'acquisizione della specialità presso le aziende sanitarie stesse. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della*

legge di conversione del presente decreto legge, previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sono definite le modalità di svolgimento del percorso formativo per l'acquisizione della specializzazione.».

#### **12.19**

[Testor](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#)

*Dopo il comma 3, inserire il seguente:*

«3-bis. All'articolo 9 del decreto legge 14 dicembre 2018, n. 135, convertito, con modificazioni, dalla legge 11 febbraio 2019, n. 12, dopo il comma 2 è inserito il seguente:

"2-bis. Gli incarichi a tempo determinato dei medici di medicina generale, per i settori dell'assistenza primaria, della continuità assistenziale e per l'assistenza ai turisti, nei casi di carenza di disponibilità, possono essere conferiti ai soggetti di cui al comma 1, anche prescindendo dai limiti temporali previsti dalla disciplina contrattuale per i medici non iscritti nelle graduatorie regionali vigenti."»

#### **12.20**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 4, sopprimere la lettera a).*

*Conseguentemente, dopo il comma 4, aggiungere il seguente:*

«4-bis. Fino al 31 dicembre 2021, in relazione alla contingente carenza dei medici di medicina generale, nelle more di una revisione complessiva del relativo sistema di formazione specifica, i laureati in medicina e chirurgia abilitati all'esercizio professionale, iscritti al terzo anno del corso di formazione specifica in medicina generale, possono partecipare all'assegnazione degli incarichi convenzionali, rimessi all'accordo collettivo nazionale nell'ambito della disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale. La loro assegnazione è in ogni caso subordinata rispetto a quella dei medici in possesso del relativo diploma e agli altri medici aventi, a qualsiasi titolo, diritto all'inserimento nella graduatoria regionale, in forza di altra disposizione. Il mancato conseguimento del diploma di formazione specifica in medicina generale entro il termine previsto dal corso di rispettiva frequenza fatti salvi i periodi di sospensione previsti dall'articolo 24, commi 5 e 6 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, comporta la cancellazione dalla graduatoria regionale e la decadenza dall'eventuale incarico assegnato».

#### **12.21**

[Bini](#), [Boldrini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Sostituire il comma 5 con il seguente:*

«5. In considerazione della carenza di medici di medicina generale, che si prevede in aumento per i prossimi anni, e nelle more di una riprogrammazione dei fabbisogni e della formazione dei medici di medicina generale, in deroga a quanto previsto dall'articolo 21, comma 1, del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, fino all'anno 2024 l'esercizio dell'attività di medico chirurgo di medicina generale nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è consentito anche ai medici iscritti al Corso di formazione specifica in medicina generale».

#### **12.22**

[Collina](#), [Bini](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 5, aggiungere il seguente:*

«5-bis. Il Ministro della Salute con apposito decreto per 18 mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, individua le attività che possono essere esercitate dai medici con iscrizione al corso di formazione specialistica di medicina generale nell'ambito del Servizio sanitario nazionale».

#### **12.23**

[Bini](#), [Boldrini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Sostituire il comma 6 con i seguenti:*

«6. All'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) alla lettera *b-quinquies*) dopo le parole: "sulla base di accordi regionali e aziendali" sono aggiunte le seguenti: "potendo prevedere un incremento del numero massimo di assistiti in carico ad ogni medico di medicina generale nell'ambito dei modelli organizzativi multi professionali nei quali è prevista la presenza oltre che del collaboratore di studio, anche di personale infermieristico, nonché nelle Regioni dove siano stati istituiti e finanziati contratti/incarichi di infermiere di famiglia/di comunità e di psicologo di cure primarie senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica;"

b) dopo la lettera *m-ter*) è aggiunta la seguente:

"*m-quater*) fermo restando quanto previsto dalla lettera *0a*), prevedere modalità e forme d'incentivo per i medici inseriti nelle graduatorie affinché sia garantito il servizio nelle zone carenti di personale medico nonché specifiche misure conseguenti alla eventuale rinuncia agli incarichi assegnati".

*6-bis.* Al fine di incentivare e valorizzare la funzione didattica del Servizio sanitario nazionale e garantire immediata disponibilità di professionisti sanitari contrastando il ricorso a forme di esternalizzazione delle attività assistenziali e di intermediazione di personale, ogni Azienda sanitaria, sede di formazione universitaria dei corsi di laurea delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione nonché della professione di ostetrica, è autorizzata ad assumere, al termine di ogni anno accademico con contratti di formazione-lavoro, secondo quanto previsto dall'articolo 33 del CCNL integrativo 2001 gli abilitati alle suddette professioni che si siano laureati nell'Ateneo con cui la stessa Azienda ha stipulato il relativo protocollo di intesa, nel limite massimo del 50 per cento dei posti disponibili derivanti dal piano assunzionale.

*6-ter.* Quanto previsto nel precedente comma può essere applicato al personale appartenente al profilo professionale di operatore socio-sanitario se formato nelle sedi delle Aziende sanitarie sede di corsi di laurea delle professioni sanitarie».

#### **12.24**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 6, lettera a), sostituire le parole: «dei modelli organizzativi», con le seguenti: «di unità organizzative elementari».*

#### **12.25**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Al comma 6, lettera a), sostituire le parole: «dei modelli organizzativi» con le seguenti: «di unità organizzative elementari».*

#### **12.26**

[Rizzotti](#), [Binetti](#), [Siclari](#), [Mangialavori](#)

*Al comma 6, lettera a), dopo le parole: «e dello psicologo», aggiungere le seguenti: «nonché nelle Regioni dove siano stati istituiti e finanziati contratti o incarichi di infermiere di famiglia o di comunità».*

#### **12.27**

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

*Al comma 6, lettera a), dopo le parole: «e dello psicologo» aggiungere le seguenti: «nonché nelle Regioni dove siano stati istituiti e finanziati contratti o incarichi di infermiere di famiglia o di comunità e di psicologo di cure primarie».*

#### **12.28**

[Collina](#), [Boldrini](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Al comma 6, lettera a), sostituire le parole: «senza ulteriori oneri a carico della finanza pubblica» con*

*le seguenti: «a saldi invariati».*

### **12.29**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 6, aggiungere i seguenti:*

«6-bis. All'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, è aggiunto il seguente comma:

"1-bis. I medici in formazione nel corso dell'ultimo anno di formazione, fermo restando l'obbligo formativo, possono svolgere attività assistenziale presso strutture del Servizio sanitario nazionale con oneri a carico della medesima struttura. Le risorse originariamente destinate alla copertura dei contratti di formazione specialistica vengono liberate e destinate con vincolo al finanziamento di ulteriori contratti."

6-ter. All'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, il comma 521 è sostituito dal seguente:

"521. Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici, di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 424, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, e all'articolo 1, comma 252, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è ulteriormente incrementata di 45 milioni di euro per l'anno 2019, di 68.40 milioni di euro per l'anno 2020, di 91.80 milioni di euro per l'anno 2021, di 120 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022."».

### **12.30**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

«6-bis. Al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza, il personale medico che, alla data di entrata in vigore del disegno di legge di conversione del presente decreto, abbia maturato almeno cinque anni di servizio, anche non continuativi, negli ultimi dieci anni con contratti a tempo determinato, con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile, nonché con incarichi di natura convenzionale, presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri e territoriali del Servizio sanitario nazionale, accede alle procedure concorsuali indette dagli enti del Servizio sanitario nazionale fino al 31 dicembre 2021, per la disciplina di "Medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza" ancorché non sia in possesso di alcuna specializzazione a causa della recente attivazione della scuola e dell'eseguità delle borse di studio previste annualmente».

### **12.31**

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 6, aggiungere il seguente:*

«6-bis. Al fine di garantire la continuità nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza nell'ambito del sistema di emergenza-urgenza, il personale medico del Servizio sanitario nazionale che, alla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, stia svolgendo la propria attività con contratti a tempo determinato, di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di rapporto di lavoro flessibile, presso i servizi di emergenza-urgenza ospedalieri del Servizio sanitario nazionale, anche se non in possesso della specializzazione specifica può essere ammesso anche come soprannumero laddove prevista, presso la scuola di specializzazione e l'intera attività di tirocinio è svolta presso la medesima azienda ospedaliera.».

### **12.32**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 6 aggiungere i seguenti:*

«6-bis. In deroga alle limitazioni normative vigenti, nella regione Calabria, è autorizzata l'assunzione di tutto il personale sanitario, medico e paramedico, necessario all'innalzamento dei LEA.

6-ter. Agli oneri di cui al comma 5-bis, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2018, n. 145.».

### 12.33

[Sicliari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

Dopo il comma 6 aggiungere il seguente:

«6-bis. In tutte le Università della regione Calabria è sospeso, per il periodo di 5 anni, l'accesso programmatico alla Facoltà di Medicina e Chirurgia. Le scuole di specializzazione per le professioni sanitarie sono, per il periodo di 10 anni, ad accesso libero. Tale disposizione si applica per i residenti della regione Calabria e per coloro i quali si impegnino a prestare la propria attività professionale per 10 anni all'interno della Regione Calabria.».

### 12.0.1

[Boldrini](#), [Collina](#), [Bini](#), [Stefano](#)

Dopo l' **articolo** , aggiungere il seguente:

«Art. 12- bis.

*(Misure a sostegno della formazione specialistica)*

1. All'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, il comma 521 è sostituito dal seguente:

"521. Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici, di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 424, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, e all'articolo 1, comma 252, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è ulteriormente incrementata di 35 milioni di euro per l'anno 2019, di 64 milioni di euro per l'anno 2020, di 109,30 milioni di euro per l'anno 2021, di 137,50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.".

2. Per le disposizioni di cui al comma 1 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del Programma Fondi di riserva e speciali della missione "Fondi da ripartire dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019", allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero medesimo.».

### 12.0.2

[Bini](#), [Collina](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

Dopo l' **articolo** , aggiungere il seguente:

«Art. 12- bis.

*(Misure a sostegno della formazione specialistica)*

1. All'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145, il comma 521 è sostituito dal seguente:

"521. Al fine di aumentare il numero dei contratti di formazione specialistica dei medici, di cui all'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, l'autorizzazione di spesa di cui all'articolo 1, comma 424, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, e all'articolo 1, comma 252, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, è ulteriormente incrementata di 62,50 milioni di euro per l'anno 2019, di 85,90 milioni di euro per l'anno 2020, di 109,30 milioni di euro per l'anno 2021, di 137,50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2022.".

2. Per le disposizioni di cui al comma 1 si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del Programma Fondi di riserva e speciali della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero medesimo.».

### 12.0.3

[Collina](#), [Bini](#), [Boldrini](#), [Stefano](#)

Dopo l' **articolo** , aggiungere il seguente:

«Art. 12- *bis*.

*(Modifica al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368 in materia di attuazione della direttiva 93/16/CE in materia di libera circolazione dei medici e di reciproco riconoscimento dei loro diplomi, certificati ed altri titoli e delle direttive 97/50/CE, 98/21 /CE, 98/63/CE e 99/46/ CE che modificano la direttiva 93/16/CE)*

1. All'articolo 37 del decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, dopo il comma 1 sono aggiunti i seguenti:

*"1-bis.* I medici in formazione nel corso dell'ultimo anno di formazione, fermo restando l'obbligo formativo, possono svolgere attività assistenziale presso strutture del Servizio sanitario nazionale con oneri a carico della medesima struttura. Le risorse originariamente destinate alla copertura dei contratti di formazione specialistica sono vincolate al finanziamento di ulteriori contratti.

*1-ter.* Gli importi stanziati per ogni singolo contratto di cui al comma 1 per cui l'avente titolo per qualsiasi motivo rinuncia sono destinati alla stipula di ulteriori nuovi contratti in aggiunta al numero di quelli già definiti annualmente. Il Ministro della salute, di concerto con il Miur, definisce, con proprio decreto, entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto le modalità attuative del presente comma."».

**12.0.4**

[Zaffini](#), [Rauti](#)

Dopo l' **articolo** , inserire il seguente:

«Art. 12- *bis*.

*(Personale degli enti del Servizio sanitario)*

Al comma 1 dell'articolo 15-*nonies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le parole: "ovvero, su istanza dell'interessato, al maturare del quarantesimo anno di servizio effettivo. In ogni caso il limite massimo di permanenza non può superare il settantesimo anno di età e la permanenza in servizio non può dar luogo ad un aumento del numero dei dirigenti" sono sostituite dalle seguenti: "ovvero, su istanza dell'interessato, al compimento del settantesimo anno di età, previo consenso da parte della direzione aziendale, e senza che la permanenza in servizio dia luogo ad un aumento del numero dei dirigenti"».

Art. 13

**13.1**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

Dopo il comma 01, aggiungere il seguente:

*«01-bis.* In caso di violazione del blocco temporaneo delle esportazioni e dell'obbligo per i grossisti di garantire in permanenza un assortimento di medicinali sufficiente, come previsti dall'articolo 1, comma 1, lettera *s*) del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, come modificato dal comma 01 del presente articolo, si applica la sanzione amministrativa pecuniaria del pagamento di una somma da 10.000 a 50.000 euro. In caso di recidiva, al contravventore la sanzione è raddoppiata».

**13.2**

[Rizzotti](#)

Al comma 1 sopprimere le parole da: «All'articolo 34, comma 6» fino a: «"quattro" e».

**13.3**

[Bini](#), [Boldrini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

Al comma 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo: «All'articolo 34, comma 6, del citato decreto legislativo, il terzo periodo è sostituito dal seguente: "Il termine non si applica alle comunicazioni di carenza temporanea della disponibilità di medicinali ed alle sospensioni della commercializzazione connesse a motivi di sicurezza del prodotto"».

**13.4**

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#), [Mangialavori](#)

*Dopo il comma 1-bis, aggiungere il seguente:*

«1-ter. Al fine di migliorare la distribuzione dei medicinali ai cittadini residenti nei comuni con popolazione non superiore a 5 mila abitanti, in detti comuni le regioni sono tenute a distribuire per il tramite delle farmacie aperte al pubblico, con la modalità di cui all'articolo 8, comma 1, lettera a), del decreto legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, i medicinali ordinariamente distribuiti direttamente dalle strutture del SSN secondo le modalità di cui alle lettere b) e c) del medesimo articolo 8, comma 1, secondo condizioni, modalità di remunerazione e criteri stabiliti nei vigenti accordi convenzionali locali stipulati con le organizzazioni maggiormente rappresentative delle farmacie».

### 13.5

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Dopo il comma 1-bis, aggiungere il seguente:*

«1-ter. Il Direttore amministrativo è selezionato dagli elenchi regionali degli idonei alla nomina di Direttore amministrativo. Il Direttore tecnico-scientifico è individuato in un apposito elenco costituito mediante decreto del Ministro della salute. Il Direttore amministrativo ed il Direttore tecnico-scientifico cessano dall'incarico, con conseguente risoluzione del contratto, per decorrenza dei termini e comunque entro sessanta giorni dalla data di nomina del nuovo Direttore generale, fatta salva la possibilità di conferma».

### 13.0.1

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Dopo l' articolo , aggiungere il seguente.*

«Art. 13- *bis*.

*(Borse di studio per la formazione specialistica dei medici di emergenza-urgenza)*

1. Al fine di attivare ulteriori borse di studio per la formazione specialistica dei medici di emergenza-urgenza è autorizzata la spesa di 20 milioni di euro per l'anno 2019 da destinare all'integrazione dei fondi del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca per l'attivazione delle suddette borse di studio.

2. Ai maggiori oneri di cui al presente articolo, pari a 20 milioni di euro per l'anno 2019, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero».

### 13.0.2

[Bini](#), [Boldrini](#), [Collina](#), [Stefano](#)

*Dopo l' articolo , aggiungere il seguente.*

«Art. 13- *bis*.

*(Borse di studio per la formazione specialistica dei medici)*

1. Al fine di attivare ulteriori borse di studio per la formazione specialistica dei medici è autorizzata la spesa di 100 milioni di euro per l'anno 2019 e di 200 milioni di euro per l'anno 2020 da destinare all'integrazione dei fondi del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca per l'attivazione delle suddette borse di studio.

2. Ai maggiori oneri di cui al presente articolo, pari a 100 milioni di euro per l'anno 2019 e di 200 milioni di euro per l'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione del "Fondo da ripartire per l'introduzione del reddito di cittadinanza" di cui all'articolo 1, comma 255, della legge 30 dicembre 2018, n. 145».

### 13.0.3

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

Dopo l' **articolo** , aggiungere il seguente:

«Art. 13- *bis*.

1. La violazione dei tempi medi di pagamento dei fornitori sanitari determina l'applicazione degli interessi di mora ai sensi del decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231, che vengono applicati dopo 90 giorni dalla fornitura».

#### 13.0.4

[Siclari](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Mangialavori](#)

Dopo l' **articolo** , aggiungere il seguente:

«Art. 13- *bis*.

1. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Commissario *ad acta* per l'attuazione del Piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario della Regione Calabria dà piena e completa attuazione al Decreto del commissario *ad acta* n. 65 del 1 marzo 2018, all'Accordo integrativo regionale per la medicina generale, all'Attivazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) e Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), a strumenti idonei alla riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso, al governo clinico della cronicità come disposto dal piano nazionale della cronicità, all'attivazione di *screening* oncologici e delle vaccinazioni come previsto dal piano nazionale vaccini, alla riduzione dei ricoveri inappropriati e della spesa farmaceutica e ambulatoriale».

#### 13.0.5

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Gallone](#), [Toffanin](#)

Dopo l' **articolo** , aggiungere il seguente:

«Art. 13 -*bis*.

*(Disposizioni in tema di punti nascita delle aree montane)*

1. Al fine di garantire sicurezza e qualità dei servizi sanitari legati al percorso nascita, nelle aree montane gli *standard* minimi in termini di volumi di prestazioni fissati dal regolamento di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n.70, possono essere derogati.

2. Con propri atti, le regioni possono definire:

a) il limite dimensionale minimo in termini di volume di prestazioni effettivamente erogate per il mantenimento del punto nascita;

b) le misure organizzative ritenute necessarie a garantire il massimo livello di sicurezza e di qualità delle prestazioni al l'interno della rete dei servizi regionali.

3. In via prioritaria le regioni possono disporre, nelle aree montane, e sulla base di motivate valutazioni di carattere geografico, logistico e infrastrutturale, la riapertura di punti nascita preesistenti e chiusi per effetto dell'applicazione dei vigenti *standard* minimi».

Art. 15

#### 15.1

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Mangialavori](#)

Sopprimere il comma 3.

EMENDAMENTO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [299](#)

Art. 6

#### 6.100

Il Relatore

Al comma 1, le parole "Il Ministero della salute predisporre" sono sostituite dalle seguenti: "Con le procedure previste dall'articolo 16-ter, commi 2 e 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502,

la Commissione nazionale per la formazione continua e le regioni assicurano, per quanto di rispettiva competenza, la predisposizione e lo svolgimento di".

## EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [189](#)

Art. 1

### **1.0 (testo 2)**

[Fregolent](#), [Castellone](#), [Cantù](#)

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«Art. 1. - (Finalità) -: 1. La presente legge ha la finalità di rafforzare il contrasto a gravi fenomeni correlati al disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, quali l'anoressia e la bulimia, con particolare riguardo alla tutela di giovani e adolescenti.

2. Il Ministro della salute provvede con proprio decreto, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, tenuto conto dell'Accordo del 22 giugno 2017, ai sensi dell'articolo 4, comma 1, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Linee di indirizzo nazionali per la riabilitazione nutrizionale nei disturbi dell'alimentazione", a modificare il decreto del Ministro per la sanità 20 dicembre 1961, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 73 del 20 marzo 1962.»

### **Tit. 1 (testo 2)**

[Cantù](#), [Fregolent](#)

*Sostituire il titolo del disegno di legge con il seguente:* «Disposizioni in materia di tutela e prevenzione dei Disturbi della Nutrizione e dell'Alimentazione.»

## 1.3.2.1.11. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 87 (pom.) del 02/07/2019

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MARTEDÌ 2 LUGLIO 2019  
87<sup>a</sup> Seduta

Presidenza del Presidente  
[SILERI](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Coletto.*

*La seduta inizia alle ore 15,35.*

### *SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che è stata chiesta, da parte del Gruppo PD, la pubblicità dei lavori della seduta odierna e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso all'attivazione dell'impianto audiovisivo, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento. Non essendovi obiezioni, tale forma di pubblicità è quindi adottata per il prosieguo dei lavori.

### *IN SEDE REDIGENTE*

**(867) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 25 giugno.

IL [PRESIDENTE](#) ricorda che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Informa che è stato presentato il sub emendamento 1.0.100/1 (pubblicato in allegato).

Dichiara quindi inammissibile il succitato sub emendamento, in quanto interamente sostitutivo dell'emendamento del relatore al quale è riferito.

Ciò posto, fa presente che mancano ancora i prescritti pareri della 5a Commissione, mentre è giunto il parere della 1a Commissione sui nuovi emendamenti (non ostativo). Pertanto, data la perdurante mancanza dei pareri della Commissione bilancio, dispone il rinvio del seguito della discussione.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

**(1250) Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale ,**

approvato dalla Camera dei deputati, in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Lazzarini ed altri; Pini ed altri.

**(184) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale**

**(302) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di riconoscimento della cefalea primaria cronica quale malattia sociale**

(Discussione congiunta e rinvio)

La relatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) illustra partitamente i disegni di legge oggetto di discussione congiunta.

La Commissione, quindi, dopo un dibattito incidentale nel quale intervengono le senatrici [RIZZOTTI](#) (FI-BP) e [BOLDRINI](#) (PD), conviene con la proposta del Presidente di rinviare la decisione in ordine all'eventuale svolgimento di un ciclo di audizioni informative.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

**(299) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia**

**(485) Isabella RAUTI ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante**

**(672) VESCOVI. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante**

**(899) Felicia GAUDIANO ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante**

(Rinvio del seguito della discussione congiunta)

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che sono state già svolte le fasi di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Rilevata la mancanza dei prescritti pareri delle Commissioni 2a, 5a e per le Questioni regionali, dispone il rinvio del seguito della discussione congiunta.

**(189) Maria RIZZOTTI ed altri. - Introduzione dell'articolo 580-bis del codice penale, concernente il reato di istigazione al ricorso a pratiche alimentari idonee a provocare l'anoressia o la bulimia, nonché disposizioni in materia di prevenzione e di cura di tali patologie e degli altri disturbi del comportamento alimentare**

**(903) Caterina BINI ed altri. - Disposizioni in materia di prevenzione e di cura delle patologie e dei disturbi del comportamento alimentare**

(Rinvio del seguito della discussione congiunta)

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che sono state già svolte le fasi di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Rilevata la mancanza dei prescritti pareri delle Commissioni 5a e per le Questioni regionali, dispone il rinvio del seguito della discussione congiunta.

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'11 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che è stata dichiarata aperta la discussione generale e che non risultano a tutt'oggi iscritti a parlare.

Avverte, inoltre, che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri delle Commissioni 5ª, 14ª e per le Questioni regionali, mentre è pervenuto il parere sul testo della 1ª Commissione (non ostativo, con condizioni e osservazione).

La senatrice **BINETTI** (FI-BP), intervenendo incidentalmente, segnala che il testo base adottato dalla Commissione ha suscitato perplessità tra gli *stakeholder* del settore. Formula l'auspicio che nel prosieguo della trattazione si tenga conto di tale circostanza e si valorizzino i contenuti del disegno di legge congiunto a sua prima firma.

Il **PRESIDENTE** (M5S), relatore, dichiara che il testo base già adottato dalla Commissione potrà formare oggetto di opportune modifiche, anche di ampia portata, se del caso a mezzo di emendamenti a propria firma. Propone quindi di rinviare il seguito della trattazione, lasciando ancora aperta la discussione generale.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

**(1201) Deputati Massimo Enrico BARONI ed altri. - Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie**, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 25 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è convenuto di fissare il termine per la presentazione di emendamenti e ordini del giorno alle ore 12 del prossimo venerdì 5 luglio, lasciando aperta la discussione generale.

Quindi, in assenza di richieste di intervento, propone di rinviare il seguito della discussione, lasciando aperta la discussione generale.

Conviene la Commissione.

Il senatore **COLLINA** (PD), intervenendo sull'ordine dei lavori, domanda di sapere se quello in discussione sia tra i disegni di legge che la maggioranza conta di trattare in via prioritaria.

Il **PRESIDENTE** ritiene che il disegno di legge n. 1201 sia tra i disegni di legge da licenziare nel più breve tempo possibile per l'Assemblea.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

*IN SEDE CONSULTIVA SU ATTI DEL GOVERNO*

**Proposta di nomina del professor Silvio Brusaferrò a Presidente dell'Istituto superiore di sanità (n. 23)**

(Parere al Presidente del Consiglio dei ministri, ai sensi dell'articolo 1 della legge 24 gennaio 1978. Esame e rinvio)

Il **PRESIDENTE**(M5S), relatore, illustra il *curriculum* del candidato, sottolineando come questi possieda doti di alta e riconosciuta professionalità in materia di ricerca e sperimentazione nei settori di attività dell'Istituto superiore di sanità.

Ciò posto, propone, di rinviare il seguito dell'esame, considerato che nella seduta di domani si svolgerà la programmata audizione del candidato.

Conviene la Commissione.

Rispondendo ad una richiesta di delucidazioni avanzata dalla senatrice **BOLDRINI** (PD), il **PRESIDENTE** comunica che la votazione del parere avrà luogo nella seduta già convocata per la giornata del prossimo giovedì 4 luglio.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

*IN SEDE CONSULTIVA*

**(1200) Modifiche al codice penale, al codice di procedura penale e altre disposizioni in materia di tutela delle vittime di violenza domestica e di genere**, approvato dalla Camera dei deputati (Parere alla 2a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 25 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che la relatrice Marin ha svolto l'illustrazione del testo e che il disegno di legge in esame è in una fase avanzata dell'*iter* presso la Commissione di merito e figura già nel calendario d'Assemblea.

Dichiara quindi aperta la discussione.

La senatrice **RIZZOTTI** (FI-BP), pur dichiarando del tutto condivisibili le finalità del provvedimento in esame, osserva che la clausola di invarianza finanziaria sottesa all'articolo 21 rischia di vanificare l'intento del legislatore.

Fa rilevare come l'implementazione del cosiddetto codice rosso presupponga risorse adeguate, in primo luogo per adeguare gli organici delle procure e per porre le denunciati in una condizione di sicurezza, nelle more del procedimento penale.

Soggiunge che le stesse disposizioni relative alla formazione delle forze di Polizia, che trova d'importanza fondamentale, rischiano di restare sulla carta in assenza di stanziamenti specifici.

In conclusione, formula l'auspicio che il testo in esame sia suscettibile di interventi migliorativi, anche per ciò che attiene all'adeguatezza dell'apparato sanzionatorio e alla previsione di provvidenze specifiche per i bambini che rimangono orfani a seguito della violenza di genere.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD), dopo aver richiamato la Convenzione di Istanbul e le iniziative adottate nel corso della passata legislatura in tema di violenza di genere, segnala l'opportunità di porre mano ad una sorta di testo unico della legislazione che si è andata stratificando in materia.

Sottolinea l'importanza dei percorsi di recupero per gli autori di reati e paventa che in assenza di adeguati stanziamenti le previsioni in materia restino prive di implementazione.

Ritiene che andrebbe affrontato anche il problema della formazione dei magistrati con funzioni giudicanti, essendo in alcune occasioni state adottate delle pronunce aberranti proprio in materia di violenza di genere.

La senatrice [BINETTI](#) (FI-BP), in relazione al cosiddetto codice rosso, richiama l'attenzione sul fatto che le vittime dei reati in questione hanno spesso bisogno di tempo per riaversi dal trauma subito, ragione per la quale occorrerebbe, a suo giudizio, prevedere una tempistica non troppo rigida per la deposizione susseguente alla querela.

Sottolinea le peculiari problematiche che scaturiscono dalla commissione del reato in danno della *partner*, specie per ciò che attiene alla condizione dei figli. Ritiene che, a tal proposito, occorrerebbe adottare misure specifiche.

Rileva la pericolosità delle condotte di violenza virtuale, poste in essere attraverso *chat* o strumenti simili, che talora preludono alle aggressioni fisiche e che pertanto vanno intercettate e represses per tempo.

In conclusione, nel ribadire l'importanza delle risorse finanziarie, osserva che ad essere problematiche in proposito non sono solo le clausole di invarianza ma anche le manovre con cui vengono stornati fondi in precedenza stanziati per specifiche esigenze, come sta ad esempio avvenendo - a suo modo di vedere - per il reddito di cittadinanza. Ritiene che occorrerebbe individuare degli accorgimenti legislativi per evitare tali distrazioni di risorse.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

#### *SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

Accedendo ad una richiesta delle senatrici [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) e [BOLDRINI](#) (PD), il [PRESIDENTE](#) propone di proseguire la trattazione degli argomenti all'ordine del giorno nella seduta di domani.

Conviene la Commissione.

*La seduta termina alle ore 16,25.*

#### EMENDAMENTO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [867](#)

Art. 1

#### **1.0.100/1**

[Boldrini](#), [Bini](#), [Collina](#)

*Sostituire il comma 1 con il seguente:*

"1. In caso di lesioni personali cagionate a personale esercente la professione sanitaria o socio-sanitaria o a incaricati di pubblico servizio, nell'atto o a causa dell'adempimento delle funzioni o del servizio presso strutture sanitarie pubbliche o private accreditate, l e lesioni gravi sono punite con la reclusione da quattro a dieci anni e le lesioni gravissime con la reclusione da otto a sedici anni".



## 1.3.2.1.12. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 113 (pom.) del 15/01/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**MERCOLEDÌ 15 GENNAIO 2020**  
**113<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza della Vice Presidente*  
**CANTU'**

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 11,15.*

### **PROCEDURE INFORMATIVE**

#### **Interrogazioni**

Il rappresentante del GOVERNO risponde all'interrogazione n. 3-00548 della senatrice Binetti, sulla libertà di scelta del paziente psichiatrico autore di reati relativamente al luogo di cura.

Premette che la tematica delineata nell'interrogazione parlamentare in esame rientra negli ambiti della disciplina normativa recata dal decreto legge 22 dicembre 2011, n. 211 "Interventi urgenti per il contrasto della tensione detentiva determinata dal sovraffollamento delle carceri", convertito nella legge n. 9 del 17 febbraio 2011, e modificata dal decreto legge 31 marzo 2014, n. 52 "Disposizioni urgenti in materia di superamento degli ospedali psichiatrici giudiziari", convertito nella legge 30 maggio 2014, n. 81.

La materia in tal modo disciplinata viene fondata sui principi della residualità e transitorietà delle misure di sicurezza detentive, in quanto il ricovero dei soggetti nelle Residenze per l'esecuzione delle misure di sicurezza (R.E.M.S.) è ritenuto uno strumento di "*extrema ratio*", utilizzabile soltanto laddove le misure di sicurezza non detentive non siano assolutamente praticabili; nonché sui principi della priorità delle cure necessarie e della territorialità delle stesse cure.

In base al principio della territorialità, la presa in carico da parte dei Servizi di Salute Mentale deve essere effettuata presso il territorio di residenza o, comunque, di provenienza del soggetto, allo scopo di evitare un inutile sradicamento del malato psichico dal territorio a lui familiare, con le conseguenti difficoltà derivanti dalla sua ricollocazione una volta terminate le cure o, comunque, superata la fase dell'acuzia patologica.

Ciò posto, dopo aver sottolineato che la problematica in esame rientra in misura preminente entro gli ambiti di competenza del Ministero della giustizia, rammenta che l'articolo 1 dell'Accordo in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni del 26 febbraio 2015 ha espressamente stabilito che il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria di detto Dicastero è tenuto ad osservare il principio della territorialità per l'effettuazione delle assegnazioni e dei trasferimenti di cui all'articolo 3-ter, comma 3, lettera c), del citato decreto-legge n. 211 del 2011, come modificato, da ultimo, per effetto della legge n. 81 del 2014.

Precisato che la gestione del collocamento nelle REMS viene disciplinata, oltre che dalla normativa,

da specifici protocolli tra l'Autorità Giudiziaria e le Regioni, fa presente che in caso di applicazione delle misure di sicurezza diverse dal collocamento nelle REMS, come ad esempio per la libertà vigilata con obblighi di cura, la competenza propria del Magistrato di Sorveglianza si fonda, secondo le disposizioni del codice di procedura penale, sul domicilio o sulla residenza del soggetto. Saggiunge che, in tema di esecuzione della misura di sicurezza personale, ordinata successivamente alla sentenza di condanna dal Magistrato di Sorveglianza, la Giurisprudenza ribadisce che, in assenza di una residenza o del domicilio del soggetto, compete al Magistrato di Sorveglianza che ha disposto la misura di sicurezza di sovrintendere alla sua esecuzione. Inoltre, ai condannati per i quali le patologie psichiatriche siano sopravvenute durante l'esecuzione della pena viene consentita la possibilità di espiare la pena residua in regime di detenzione domiciliare, in virtù della Sentenza n. 99 del 2019 della Corte Costituzionale.

Fa rilevare che non sussiste una competenza del Magistrato di Sorveglianza nell'individuazione della specifica struttura nei casi in cui debba essere eseguita la misura di sicurezza detentiva del ricovero in REMS.

Anche riguardo all'applicazione della misura non detentiva della libertà vigilata con l'obbligo di sottoporsi ad un programma terapeutico presso una Comunità, comunica che non risulta la sussistenza di contrasti tra le ASL territoriali e la Magistratura di Sorveglianza nell'individuazione della Comunità ritenuta maggiormente idonea.

Ritiene che ciò sia confermato dal fatto che, in alcune realtà territoriali, le Regioni hanno promosso l'adozione di Protocolli di collaborazione tra i vari "attori" interessati (Magistratura di Sorveglianza, Uffici di Esecuzione Penale, Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL): ad esempio, la Regione Emilia Romagna, con la Delibera della Giunta Regionale n. 765 del 21 maggio 2018, ha adottato il "Protocollo operativo tra magistratura, regione e ufficio esecuzione penale esterna per l'applicazione della legge n. 81 del 2014".

Fa presente, infine, che anche il Consiglio superiore della Magistratura, con la risoluzione del 24 settembre 2018 "Protocolli operativi in tema di misure di sicurezza psichiatriche" ha inteso sottolineare "la necessità di una costante integrazione funzionale, ai fini della gestione di tutte le misure di sicurezza per il soggetto non imputabile, tra Ufficio di Sorveglianza, Dipartimenti di salute mentale e sue unità operative complesse, direzioni delle REMS, Ufficio per l'esecuzione penale esterna (UEPE)", sollecitando l'adozione di Protocolli tra le parti interessate, proprio al fine di eliminare le criticità applicative e di realizzare i più idonei ed efficienti interventi terapeutici e trattamentali richiesti nei vari casi.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) si dichiara soddisfatta della risposta.

La presidente [CANTU'](#), aderendo alla richiesta in tal senso avanzata dalla senatrice Boldrini e stante l'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea, sospende la seduta.

*La seduta, sospesa alle ore 11,30, riprende alle ore 15,35.*

Il rappresentante del GOVERNO risponde all'interrogazione 3-01099 della senatrice Boldrini, sul conseguimento della patente di guida da parte di persone affette da malattie del sangue. Rileva anzitutto che, in merito alla questione delineata nell'interrogazione parlamentare in esame, la soppressione del punto G, dell'Appendice II - articolo 320, Titolo IV, del decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495, "Regolamento di esecuzione e di attuazione del nuovo codice della strada", avvenuta per effetto dell'emanazione del decreto del Presidente della Repubblica 10 luglio 2017, n. 139, (Regolamento che ha appunto modificato l'Appendice II - articolo 320, Titolo IV), ha determinato che non sussiste più l'obbligo, per i soggetti colpiti da gravi malattie del sangue, di effettuare le visite sanitarie per il rilascio o la conferma di validità della patente di guida presso una delle Commissioni Mediche Locali di cui all'articolo 119, comma 4, del decreto legislativo 30 aprile 1992, n. 285 "Nuovo codice della strada".

Resta peraltro fermo il fatto che il giudizio concernente le idoneità psicofisiche del conducente venga - in ogni caso - demandato alla Commissione Medica Locale, qualora le generali condizioni del singolo soggetto, affetto da gravi malattie del sangue, determinino la necessità che l'accertamento in questione venga espletato da un organo collegiale, in base a quanto previsto dall'articolo 119, comma 4, lettera d), del citato decreto legislativo n. 285 del 1992.

In base a detta norma, infatti, l'accertamento dei requisiti fisici e psichici dei soggetti per i quali l'esito degli accertamenti clinici, strumentali e di laboratorio faccia insorgere, nei medici competenti ai sensi del comma 2 dello stesso articolo 119, dubbi sulla idoneità e la sicurezza alla guida, viene effettuato dalle Commissioni Mediche Locali.

Tanto premesso, sottolinea che il Ministero della salute da sempre condivide e sostiene le proposte di modifica relative al Codice della Strada, rivolte ad alleggerire il "carico burocratico" ai fini del rilascio della patente di guida a vantaggio dei pazienti affetti da malattie del sangue, accogliendo le istanze pervenute dalle Associazioni di detti pazienti, offrendo il proprio contributo per consentire le opportune modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 10 luglio 2017, n. 139.

Per quanto riguarda il "blocco procedurale" segnalato nell'atto ispettivo, in base a quanto di conoscenza del Ministero della salute, fa presente che esso risulta scaturire da problematiche di natura meramente tecnica ed informatica, evidenziate presso alcuni Uffici della Motorizzazione Civile dislocati nel territorio nazionale, mentre le Commissioni Mediche Locali non hanno in effetti la possibilità di agire per sbloccare il sistema informatico.

Per completezza, ritiene di dover ricordare che il paziente affetto da malattie del sangue, ora non più tenuto a recarsi dalle Commissioni Mediche Locali ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 10 luglio 2017, n. 139, qualora sia affetto da patologie concomitanti, laddove previsto dal Codice della Strada deve comunque recarsi in sede di Commissione Medica Locale per ottenere il rilascio della patente di guida.

Da ultimo, e nel rispetto dei profili di competenza delle Regioni, assicura che sarà sua cura comunicare alla Regioni il problema in esame affinché si possano avviare le misure idonee a risolverlo.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) si dichiara soddisfatta della risposta.

La [PRESIDENTE](#) dichiara concluse le procedure informative all'ordine del giorno.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 2 luglio 2019.

La [PRESIDENTE](#), dopo aver dato atto della nomina a relatrice della senatrice Pirro, riepiloga l'iter sin qui svolto e ricorda che si versa nella fase della discussione generale.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) osserva che i disegni di legge in discussione affrontano problemi meritevoli della massima attenzione e caratterizzati, come emerso nel corso delle audizioni, da alcuni profili di particolare complessità, in particolare per ciò che attiene al tema del "riconoscimento della guarigione".

Ritiene che, nei confronti delle persone affette da epilessia, sia urgente superare ogni forma di discriminazione, nonché perseguire obiettivi di inclusione sociale e di inserimento lavorativo.

Segnala che un recente studio epidemiologico, condotto sotto l'egida dell'Istituto Superiore di Sanità, si

occupa dei pazienti con epilessia afferenti agli IRCCS italiani e formula l'auspicio che tale rilevante documento possa essere messo a disposizione di tutti i componenti della Commissione.

In conclusione, ribadisce che il testo in esame, pur apparendo migliorabile a livello emendativo, persegue finalità del tutto condivisibili.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) rimarca che il testo base adottato dalla Commissione appare bisognevole di integrazioni, come posto in evidenza, peraltro, da diverse associazioni di pazienti.

Ribadisce l'auspicio, già in precedenza espresso, che l'articolato possa essere oggetto di una rielaborazione, prima di addivenire alla fase propriamente emendativa.

Tra gli aspetti meritevoli di un supplemento di riflessione, segnala le problematiche connesse alla guarigione clinica, alla gestione delle persone con epilessia nella scuola, al rilascio della patente di guida in favore degli epilettici, alla farmacoresistenza e all'attività di ricerca.

La [PRESIDENTE](#) (*L-SP-PSd'Az*) trova pregevoli gli spunti emersi dalla discussione fin qui svolta: assicura che la Presidenza si adopererà perché lo studio testé richiamato sia posto nella disponibilità dei componenti della Commissione e invita la relatrice a tenere in debita considerazione le prospettive di integrazione e rielaborazione su cui si sono soffermate le oratrici, pur rammentando che una prima decisione sul testo base è già stata assunta.

Sottolinea che i condivisibili obiettivi perseguiti dai disegni di legge in discussione potrebbero essere più agevolmente raggiunti assicurando anche la contestuale attuazione dei provvedimenti concernenti i Livelli essenziali di assistenza.

Soggiunge che occorre evitare il rischio di disorganicità insito in una attività emendativa ampia e non sufficientemente coordinata sul testo base e pone in rilievo, altresì, l'opportunità di non dare spazio a disposizioni legislative eccessivamente dettagliate, considerato che la tutela della salute è, in base alla Costituzione vigente, materia di legislazione concorrente tra Stato e Regioni.

La relatrice [PIRRO](#) (*M5S*), intervenendo incidentalmente, conviene sull'opportunità di acquisire lo studio dell'Istituto Superiore di Sanità cui si è fatto cenno e si dichiara disponibile a valutare le auspiccate integrazioni del testo base.

La [PRESIDENTE](#) propone di rinviare il seguito della discussione congiunta, lasciando ancora aperta la discussione generale.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

*La seduta termina alle ore 16,10.*

## 1.3.2.1.13. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 118 (pom.) dell'11/02/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MARTEDÌ 11 FEBBRAIO 2020  
118<sup>a</sup> Seduta

Presidenza del Presidente  
[COLLINA](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 16,10.*

IN SEDE REDIGENTE

**(716) ERRANI ed altri.** - *Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia*

**(116) DE POLI.** - *Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia*

**(1219) Paola BINETTI ed altri.** - *Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia*

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 15 gennaio.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che è in corso la discussione generale. Quindi, constatato che non vi sono altri iscritti a parlare, dichiara conclusa tale fase procedurale.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC), intervenendo sull'ordine dei lavori, richiama l'attenzione sull'opportunità, già fatta rilevare in precedenza, di rimeditare la scelta del disegno di legge n. 716 quale testo base. Segnala che durante le celebrazioni per la Giornata mondiale dell'epilessia, svolte ieri, diverse associazioni di pazienti e società scientifiche hanno auspicato un'integrazione del testo che consenta di definire un provvedimento maggiormente organico. Paventa che, in difetto della prospettata integrazione, l'*iter* possa finire su una sorta di binario morto e dubita che eventuali interventi in sede emendativa possano essere sufficienti e risolutivi. Ricorda che presso l'altro ramo del Parlamento è prassi abituale quella di procedere all'elaborazione di testi unificati dei disegni di legge oggetto di esame congiunto.

Il [PRESIDENTE](#) evidenzia che il dibattito odierno - e la convocazione della Commissione che ha reso quest'ultimo possibile - rappresenta un segnale di attenzione politica alle problematiche dell'epilessia. Quanto ai rilievi della senatrice Binetti, fa presente che la relatrice potrà rendere nota la sua posizione nel corso dell'intervento di replica.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) auspica che lo scenario procedurale prefigurato dal

Presidente prelude ad un accoglimento delle considerazioni della senatrice Binetti, che il Gruppo Lega condivide e che già erano state sottoposte alla Commissione.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) trova che sia stato opportuno convocare quest'oggi la Commissione per trattare i problemi dell'epilessia ed esprime l'opinione che l'*iter* dei disegni di legge in discussione debba procedere nella maniera più spedita, per evitare che le istanze degli ammalati e delle loro famiglie restino alfine prive di risposta.

La relatrice [PIRRO](#) (M5S), ringraziato il Presidente per la calendarizzazione dei disegni di legge sull'epilessia nella giornata odierna, assicura che vi è la volontà di addivenire ad una soluzione in tempi rapidi e nella maniera più condivisa possibile. Si riserva di svolgere il proprio intervento di replica, nel corso del quale renderà noto il suo orientamento sulla questione posta dalla senatrice Binetti.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

#### *SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che è stato assegnato alla Commissione l'Atto del Governo n. 157, recante attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti (termine per l'espressione del parere: 11 marzo 2020).

Avverte che è stato inoltre assegnato, alle Commissioni 11a e 12a riunite, l'Atto del Governo n. 153, recante attuazione della direttiva (UE) 2017/2398 sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni durante il lavoro (termine per l'espressione del parere: 11 marzo 2020).

Fa presente che l'esame dell'Atto del Governo n. 157 avrà inizio nel corso della prossima settimana. Si riserva altresì di convocare le Commissioni riunite per avviare l'esame dell'Atto del Governo n. 153, previo raccordo con la Presidenza della Commissione 11a.

Prendo atto la Commissione.

#### *SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni svolte in data odierna, in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sul disegno di legge n. [1441](#) e connessi (utilizzo dei defibrillatori), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente depositata nelle successive audizioni connesse all'esame di tale argomento.

La Commissione prende atto.

*La seduta termina alle ore 16,25.*

## 1.3.2.1.14. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 142 (ant.) del 18/06/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**GIOVEDÌ 18 GIUGNO 2020**  
**142<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
**COLLINA**

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 8,40.*

*IN SEDE CONSULTIVA*

**(1812) Conversione in legge del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19**

(Parere alla 1a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole con osservazioni)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 16 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale.

Il relatore **ENDRIZZI** (M5S) dà lettura dello schema di parere - favorevole, con osservazioni - pubblicato in allegato.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia allo svolgimento della replica.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

La senatrice **CANTU'** (L-SP-PSd'Az), nel ribadire le riserve del proprio Gruppo, tanto sul merito del provvedimento quanto sul metodo seguito dal Governo, dichiara voto di astensione in ragione del recepimento, all'interno del parere, dei contributi forniti dagli esponenti dell'opposizione.

La senatrice **RIZZOTTI** (FIBP-UDC) ritiene che le osservazioni inserite nella proposta di parere, pur recependo alcuni spunti scaturiti dalla discussione, siano formulate in maniera non sufficientemente incisiva. Saggiunge che il Governo persevera nell'errore di non tenere nella dovuta considerazione l'apporto del Parlamento: a riprova di ciò, segnala che durante i lavori dell'Assemblea, nella giornata di ieri, il Presidente del Consiglio ha mostrato un atteggiamento irrispettoso, a suo giudizio, durante l'intervento del Presidente del Gruppo Forza Italia. Tanto premesso, dichiara voto di astensione.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD), dopo aver evidenziato che lo schema di parere recepisce in maniera ineccepibile le indicazioni scaturite dal dibattito, annuncia che il suo Gruppo esprimerà un voto favorevole.

Dichiara a sua volta voto favorevole la senatrice [PIRRO](#) (M5S), sia in ragione dei contenuti del provvedimento, ritenuti del tutto condivisibili, sia in considerazione dell'apprezzabile lavoro svolto dal relatore.

Non essendovi altre richieste d'intervento, previa verifica del numero legale, lo schema di parere presentato dal relatore è posto ai voti e risulta approvato.

Il [PRESIDENTE](#) dispone la sospensione della seduta.

*La seduta, sospesa alle ore 8,50, riprende alle ore 9,20.*

#### SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il [PRESIDENTE](#) riferisce gli esiti della riunione dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai Rappresentanti dei Gruppi, appena conclusa.

Si è convenuto di iscrivere all'ordine del giorno della Commissione, nell'arco delle prossime settimane, i seguenti argomenti: disegno di legge n. 913 (Faraone e altri), concernente "Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale"; disegno di legge n. 1519 (Castellone e altri), concernente "Modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recante attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di formazione specialistica dei medici"; disegno di legge n. 1660 (Cantu' e altri), recante "Disposizioni volte ad incentivare il raggiungimento di *standard* qualitativi elevati dei prodotti agroalimentari italiani introducendo un sistema di *rating* per la certificazione di eccellenza e riforma del sistema di prevenzione, programmazione e controllo nella sanità pubblica veterinaria"; disegno di legge n. 1715 (Castellone e altri), recante "Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118"; disegno di legge n. 1827 (Boldrini e altri), recante "Istituzione dello psicologo delle cure primarie" (quando assegnato); Doc. XXII n. 19 (Zaffini e altri), recante "Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)".

In relazione agli atti summenzionati, la Presidenza si riserva di valutare le tempistiche di iscrizione all'ordine del giorno, nella cornice disegnata dall'Ufficio di Presidenza, avuto riguardo ai complessivi carichi di lavoro della Commissione, nonché di disporre i necessari abbinamenti a norma di Regolamento. La Presidenza ha inoltre registrato la richiesta, avanzata dai Rappresentanti dei Gruppi di opposizione, che il disegno di legge n. 1660 sia il testo capofila anche in presenza di eventuali provvedimenti concorrenti.

Si è altresì convenuto, quanto ai disegni di legge già *in itinere*, che saranno trattati prioritariamente, oltre al disegno di legge n. 867-B, i provvedimenti concernenti uso dei defibrillatori (per i quali si ritiene conclusa la fase delle audizioni), epilessia, infermiere di famiglia, disturbi alimentari e trasparenza in sanità (cd. *Sunshine act*), mentre sul disegno di legge in materia di *teaching hospital*, in corso d'esame presso le Commissioni riunite 7a e 12a, si svolgerà una valutazione per verificare le implicazioni, di merito e procedurali, derivanti dall'avvio della trattazione del predetto disegno di legge n. 1519.

Riguardo al tema dell'epilessia, si è concordato di fissare sin da ora termine per emendamenti e ordini del giorno - da riferire al testo base già adottato (disegno di legge n. 716, Errani e altri) - alle ore 12 di

lunedì 29 giugno.

Si è convenuto, infine, che si tornerà a dedicare uno spazio tendenzialmente settimanale al sindacato ispettivo e che, sempre in tema di procedure informative, saranno portate avanti le indagini conoscitive sulle RSA e sul numero unico 112, ferma restando l'attenzione sull'evoluzione della situazione epidemiologica. Si valuterà, inoltre, se l'indagine conoscitiva sul numero unico 112 possa rappresentare la sede adeguata per istruire anche il disegno di legge n. 1715.

Il Presidente avverte, in conclusione, che nel corso della prossima settimana si darà la priorità agli argomenti già in trattazione nella corrente settimana e non conclusi (disegni di legge n. 867-B e n. 1441 e connessi, in sede redigente, e atti inerenti alla partecipazione dell'Italia alla UE, in sede consultiva).

Prende atto la Commissione.

*La seduta termina alle ore 9,25.*

### **PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1812**

La Commissione,

premessò che:

il decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, ha l'obiettivo di favorire il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19, recando misure per la fase che va dal 18 maggio 2020 al 31 luglio 2020; l'articolo 1 del decreto-legge in esame prevede, in particolare, che le limitazioni alla circolazione cessano di avere effetto a decorrere dal 18 maggio 2020, per quanto concerne gli spostamenti all'interno del territorio regionale, e a decorrere dal 3 giugno per quanto concerne gli spostamenti interregionali, fatta salva la possibilità di adottare nuove limitazioni in relazione a specifiche aree del territorio nazionale;

nello specifico, l'articolo 1, comma 13, del decreto-legge in esame prevede che le attività didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado, nonché la frequenza delle attività scolastiche e di formazione superiore, siano svolte con modalità definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; il comma 14 dello stesso articolo prevede che le attività economiche, produttive e sociali, debbano svolgersi nel rispetto dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio, nel rispetto dei principi contenuti in protocolli o linee guida nazionali;

rilevato che la riapertura delle attività didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado e la ripresa delle attività economiche, produttive e sociali devono necessariamente avvenire nel rispetto dei protocolli di sicurezza, in modo da contenere la diffusione del COVID-19 e garantire la tutela della salute di tutti i soggetti coinvolti;

richiamato l'impegno del Governo, approvato dal Senato in data 9 giugno 2020, ad *"aggiornare in base all'evoluzione delle nuove conoscenze e delle condizioni, le linee guida ed i protocolli per assicurare agli operatori regole certe, semplici ed efficaci a contrastare la diffusione del virus anche per quanto attiene alla sanificazione degli ambienti"*;

esprime, per quanto di competenza, parere favorevole, con le seguenti osservazioni:

- 1) è necessario che la riapertura delle scuole di ogni ordine e grado pubbliche e paritarie e la

ripresa delle attività di didattica frontale, quali requisiti fondamentali per rendere effettivo il diritto allo studio degli studenti ed offrire pari opportunità di istruzione a tutti, contemplino l'adozione di modalità di prevenzione idonee a garantire le condizioni di massima sicurezza per tutti i fruitori degli istituti, quali studenti, docenti e personale scolastico, e siano coniugate con azioni e interventi di appropriata tutela e relazione inclusiva dei minori disabili e con fragilità cognitive, comportamentali e disturbi nell'apprendimento;

2) è necessario che, nel riavvio delle attività economiche, produttive e sociali, siano applicati criteri, metodologie e prodotti adeguati alla disinfezione e alla sanificazione degli ambienti presso i quali si svolgono le medesime attività, che siano riconosciuti esclusivamente da soggetti e strutture preposti a certificarne e garantirne l'efficacia.

## 1.3.2.1.15. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 143 (pom.) del 23/06/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MARTEDÌ 23 GIUGNO 2020  
143<sup>a</sup> Seduta

Presidenza del Presidente  
[COLLINA](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 14,35*

*IN SEDE CONSULTIVA*

**[\(1721\)](#) Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019**

**[\(Doc. LXXXVI, n. 3\)](#) Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2020**

**[\(Doc. LXXXVII, n. 3\)](#) Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea, relativa all'anno 2019**

(Relazione alla 14a Commissione sul disegno di legge n. 1721. Parere alla 14a Commissione sul Doc. LXXXVI n. 3 e sul Doc. LXXXVII, n. 3. Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta dell'11 giugno.

Il [PRESIDENTE](#), riepilogato lo stato dell'*iter*, dichiara aperta la discussione generale congiunta.

Quindi, constatato che non vi sono richieste d'intervento, dichiara conclusa tale fase procedurale.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

*IN SEDE REDIGENTE*

**[\(867-B\)](#) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 16 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che il disegno di legge, nelle parti modificate dalla Camera, è già stato oggetto di illustrazione.

Fa quindi presente che, alla scadenza del termine fissato, sono stati presentati 4 ordini del giorno e 2 emendamenti (pubblicati in allegato).

Avverte, inoltre, che sono pervenuti i pareri sul testo di 1a Commissione (non ostativo con osservazioni), 7a Commissione (favorevole con osservazioni) e 11a Commissione (favorevole).

Prende atto la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale. Quindi, preso atto che non vi sono richieste di intervento, dichiara conclusa tale fase procedurale.

Si procede all'illustrazione e discussione degli ordini del giorno.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) illustra gli ordini del giorno G/867-B/1/12 e G/867-B/2/12

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) dà conto degli ordini del giorno G/867-B/3/12 e G/867-B/4/12.

Dopo che, in assenza di altre richieste d'intervento, il [PRESIDENTE](#) ha dichiarato conclusa la fase di illustrazione e discussione degli ordini del giorno, si passa all'illustrazione e discussione degli emendamenti.

La senatrice [LUNESU](#) (*L-SP-PSd'Az*) illustra l'emendamento 2.1.

Dà conto, quindi, dell'emendamento 7.1.

Non essendovi altre richieste di intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Si riserva di rendere note le proprie determinazioni in materia di inammissibilità.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

## IN SEDE DELIBERANTE

**(1441)** *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri;*

*Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri*  
**(320)** *MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*

**(947)** *Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale*

**(1410)** *Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni*

**(1501)** *Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri*

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'8 gennaio.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che il disegno di legge n. 1441, già approvato dalla Camera, è stato adottato come testo base, e che si è concluso il ciclo di audizioni informali a suo tempo deliberato. Avverte, quindi, che è pervenuto il parere sul testo della 14a Commissione, mentre devono ancora essere acquisiti i restanti pareri obbligatori.

Prende atto la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) evidenzia che, secondo le chiare risultanze delle audizioni svolte, l'uso dei defibrillatori, anche da parte di soggetti inesperti, può rivelarsi al più inutile ma non può in nessun caso essere dannoso. Ritiene che tale aspetto debba essere portato all'attenzione del grande pubblico con adeguate campagne di sensibilizzazione, così da favorire l'utilizzo di tale strumento salva-vita, vincendo le perplessità e le ritrosie derivanti dalla mancanza di conoscenze.

Il senatore [MARINELLO](#) (*M5S*) condivide le considerazioni svolte dalla precedente oratrice, anche alla luce della propria esperienza nell'esercizio della professione medica. Ritiene che i potenziali utilizzatori dei defibrillatori dovrebbero essere informati anche su aspetti rilevanti come il corretto posizionamento del soggetto bisognoso di defibrillazione e la necessità di non toccare quest'ultimo mentre la procedura è in corso.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) osserva che l'approvazione del provvedimento in esame rappresenterebbe un atto di civiltà, per il quale ricorda che il suo Gruppo si è speso anche in legislature precedenti a quella in corso.

Si associa all'auspicio espresso dalla senatrice Binetti sullo svolgimento di campagne informative rivolte al più ampio numero di destinatari e segnala l'opportunità che i defibrillatori siano installati in tutti i luoghi abitualmente affollati, inclusi gli stabilimenti balneari.

Ritiene che, nell'ambito delle attività volte alla sensibilizzazione del grande pubblico, sia necessario mettere in chiaro che l'utilizzo del defibrillatore, anche da parte di soggetto non esperto, è privo di conseguenze pregiudizievoli sul piano della responsabilità penale.

Si augura conclusivamente che il testo in esame sia quanto prima trasformato in legge.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) fa proprie le considerazioni svolte dai precedenti oratori circa l'assenza di rischi nell'utilizzo dei defibrillatori.

Esprime il convincimento che, per evitare titubanze sul ricorso a tale strumento, sia necessario dare certezze in ordine all'assenza di conseguenze in punto di responsabilità giuridica, nonché favorire la diffusione dei defibrillatori di tipo automatico.

Sottolinea, infine, che in caso di bisogno il soggetto "laico" che attiva il defibrillatore può essere guidato da remoto dagli esperti del "118".

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) rimarca che le audizioni svolte hanno fornito ampie rassicurazioni circa l'assenza di rischi nell'utilizzo del defibrillatore, tanto per il soggetto defibrillato quanto per la persona che mette in funzione il dispositivo. In proposito, ribadisce che, se del caso, può essere richiesto l'ausilio da remoto del personale del servizio di emergenza sanitaria.

Ritiene, pertanto, che i defibrillatori dovrebbero avere una diffusione analoga a quella degli estintori e stima necessario, anche sulla base della propria esperienza lavorativa in ambito universitario, che il legislatore disegni a tal fine un'adeguata cornice normativa.

Si associa ai rilievi sull'importanza delle campagne informative, che a suo avviso dovrebbero essere

svolte non solo sotto l'egida del Ministero della salute, ma anche sotto quella del Ministero del lavoro. Conclude ribadendo il pieno sostegno del suo Gruppo al provvedimento in discussione.

Non essendovi altre richieste d'intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale. Propone di rinviare lo svolgimento delle repliche ad altra seduta e di fissare il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti alle ore 12 del prossimo mercoledì 1° luglio.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

#### *IN SEDE REDIGENTE*

**(1201) Deputato Massimo Enrico BARONI ed altri. - Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie**, approvato dalla Camera dei deputati  
(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 16 luglio.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che è stata completata la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti, e che sono stati acquisiti i prescritti pareri sul testo e sugli emendamenti a suo tempo presentati.

Comunica, quindi, che il senatore Erraniha ritirato l'emendamento 3.1.

Avverte che, in qualità di relatore, ha predisposto alcuni nuovi emendamenti, volti a recepire i pareri sul testo di 1a e 5a Commissione e alcune osservazioni tecniche del Servizio Studi: si tratta degli emendamenti 3.100, 4.100, 5.100, 6.200 e 7.0.100 (pubblicati in allegato). Data la finalità degli stessi, ritiene che non vi siano i presupposti per aprire una fase subemendativa.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

#### *SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE*

Il [PRESIDENTE](#), sulla scorta di richieste avanzate da alcuni Gruppi per le vie brevi, comunica che il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti al disegno di legge n. [716](#) (testo base per i disegni di legge in materia di epilessia) è posticipato alle ore 12 del prossimo mercoledì 1° luglio.

Prende atto la Commissione.

*La seduta termina alle ore 15,25*

ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE  
N. [867-B](#)

**G/867-B/1/12**

[Binetti](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

obiettivo prioritario è quello di coniugare la prosecuzione delle attività sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali con la garanzia di condizioni di sicurezza degli ambienti di lavoro, partendo dalla consapevolezza della complessa situazione che i servizi sanitari e i loro operatori si trovano ad affrontare e della necessità di contemperare tutte le esigenze legate alle attività socio-sanitarie e socio-assistenziali, tenendo presenti le raccomandazioni dell'OMS, riportate recentemente come elementi cardine per la prevenzione, e le indicazioni del Ministero della salute e del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) istituito con l'ordinanza del CDPC n. 630/2020";

in passato, l'attuazione sistematica di misure di sanità pubblica come l'individuazione attiva dei casi, il rapido isolamento dei casi e la quarantena dei contatti, nonché l'applicazione rigorosa delle pratiche di controllo delle infezioni hanno avuto successo nel controllo dei focolai; durante le epidemie di SARS e MERS, l'infezione del personale sanitario è stata una preoccupazione significativa, che in gran parte è stata ripresa anche durante l'attuale epidemia da Covid-19. Rigorose procedure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) sono fondamentali per la sicurezza sul lavoro e per il controllo di tali agenti patogeni;

l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda che gli operatori sanitari applichino adeguate misure di prevenzione e controllo delle infezioni in generale e delle infezioni respiratorie, in particolare; pertanto, al fine di ridurre il rischio di diffusione di infezioni da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2), si raccomanda di promuovere misure igienico-sanitarie, quali buona igiene respiratoria e etichetta respiratoria; frequente lavaggio accurato delle mani; evitando di toccarsi gli occhi, la bocca e il naso smaltimento sanitario delle secrezioni orali e nasali, evitando il contatto con i malati, come ripetutamente ribadito durante le frequenti conferenze stampa del CTS;

tutti i criteri di tutela del personale sanitario vanno garantiti, anche al termine dell'attuale fase di emergenza, con un rigoroso rispetto delle norme e delle procedure legate alla prevenzione;

impegna il governo a valutare l'opportunità di:

assicurare in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale nei servizi sanitari misure organizzative atte a garantire la massima tutela sia degli operatori che dei pazienti, anche secondo quanto indicato dalla circolare del Ministero della Salute del 29 febbraio 2020 per il monitoraggio e la segnalazione delle situazioni più critiche presenti sul territorio nazionale, nonché il confronto in merito ai provvedimenti di prossima adozione;

garantire in via prioritaria a tutto il personale che opera nei servizi indicati gli standard di protezione in maniera rigorosa, secondo le evidenze scientifiche e secondo il più prudente principio di cautela. La valutazione del rischio di esposizione al SARS-CoV-2 va effettuata nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo n. 81 del 2008, e in base alle disposizioni successive del Ministero della salute;

garantire la fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) nella quantità adeguata e con rispondenza degli stessi ai requisiti tecnici necessari a tutelare la salute sia dei professionisti ed operatori che dei cittadini; l'utilizzo dei DPI, nel rispetto dell'indicazione degli organismi tecnico

scientifici, è obbligatorio per poter svolgere le attività;

assicurare che tutto il personale esposto che opera nei servizi indicati venga sottoposto ai test di laboratorio necessari ad evidenziare l'eventuale positività al SARS-CoV-2, con una cadenza periodica e secondo criteri stabiliti dal CTS e dalle circolari ministeriali;

definire una procedura omogenea per l'intero territorio nazionale che stabilisca, sotto il profilo operativo e della definizione delle responsabilità, i percorsi di sorveglianza a cui devono essere sottoposti i lavoratori, ed in particolare quelli venuti a contatto con pazienti positivi al COVID-19; con particolare attenzione vanno definiti anche, con il concorso del CTS, percorsi accertativi e misure di salvaguardia per il personale idoneo al lavoro ma affetto da patologie pregresse che lo esponano maggiormente al rischio di contrarre infezione da COVID-19;

programmare le necessarie operazioni di sanificazione nei luoghi di lavoro, senza compromettere la necessaria ed indispensabile funzionalità delle strutture; in questa stessa logica occorre verificare, in relazione all'evoluzione della situazione epidemiologica e della maggiore disponibilità di personale sanitario, quanto previsto dall'articolo 7 del decreto-legge n. 14 del 9 marzo 2020 nella prospettiva del ripristino delle ordinarie condizioni per la sorveglianza sanitaria;

considerare le particolari condizioni di urgenza- emergenza in cui ha lavorato il personale sanitario, in modo da tutelarlo da qualsiasi azione penale a suo danno, salvo che non si tratti di dolo o colpa grave.

**G/867-B/2/12**

[Binetti](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#)

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento prevede misure volte alla prevenzione e al contrasto agli atti di violenza a danno del personale sanitario e socio-sanitario, in un periodo storico in cui con maggiore frequenza che in altri periodi viene messa a rischio la loro incolumità fisica nell'esercizio della professione socio-sanitaria e socio-assistenziale;

tutti gli operatori della sanità sono potenzialmente a rischio di tutti i tipi di Violenza, nella maggior parte delle casistiche il personale sanitario più interessato è l'infermieristico, probabilmente a causa della maggior vicinanza e contatto con i pazienti. Ma anche tra i medici i casi stanno aumentando;

come riportato dal Ministero della Salute, nella traduzione italiana della definizione del NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health), la Violenza sul luogo di lavoro è definita come "Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro" ed è addirittura considerata da oltre 20 anni dall'OMS un importante problema di salute pubblica nel mondo (WHO, 2002);

ciò nonostante in nessun paese al mondo esistono dati nazionali che permettano una precisa descrizione dell'ampio *range* di eventi che vanno dall'insulto all'omicidio e forniscano dati coerenti con la realtà. I risultati appaiono disparati perché sono differenti l'interpretazione del concetto di Violenza e la definizione di Atti Violenti, la concentrazione geografica di Violenza, gli strumenti di misura della Violenza. Inoltre le casistiche presenti in Letteratura sono per lo più retrospettive e basate su questionari differenti: a reclutamento volontario, circoscritti nel tempo, su campioni diversi per numero e tipologia di operatori e con metodologia disparata di raccolta dati;

sebbene non ci siano statistiche omogenee e confrontabili, c'è una cosa importante da tener presente in tutti i contesti: la sottovalutazione del problema da parte degli operatori e la presenza di barriere al Reporting appare molto diffusa. Nonostante le diversità fra paesi, culture e lavoro, la risposta all'aggressione è simile dovunque: circa l'84 per cento dei lavoratori non denuncia l'aggressione. Solo le violenze fisiche con lesioni conseguenti costituiscono situazioni critiche per denunciare l'evento;

si documentano espressioni di ogni tipo: Violenza Non Fisica (psicologica e verbale): insulti,

minacce, intimidazioni, *stalking* ma anche Violenza Fisica: sputi, pedate, schiaffi, morsi, bastonate, fino ad arrivare ai casi più gravi di omicidio con accoltellamenti ed armi da fuoco, per rancore, per vendetta o per rapina. La maggior parte degli studi riporta che la Violenza Non Fisica è la forma più frequente di Aggressione. L'aggressione proviene non solo dai pazienti ma anche dai parenti od accompagnatori/visitatori. I risultati delle indagini svolte negli ospedali illustrano che la Violenza Fisica occorre più frequentemente nei DEA e nei luoghi di attesa, nelle Strutture Psichiatriche ospedaliere e territoriali, nei Servizi di Neurologia e Riabilitazione postchirurgica, nei Servizi di Geriatria. Per lo più proviene dal paziente, più spesso di genere maschile, più frequentemente in stato mentale alterato per malattie psichiatriche e /o abuso di droghe;

la Violenza Non Fisica (psicologica e verbale) occorre più frequentemente nei Servizi di Geriatria, nei DEA, in Chirurgia e proviene più spesso dal Parente/Visitatore/Accompagnatore, senza differenze di genere, in normale stato mentale. La Violenza Non Fisica interessa tutti gli operatori;

una indagine sugli atti di violenza compiuti contro Medici di Continuità Assistenziale relativa a 2458 medici di guardia intervistati, apparsa su Quotidiano Sanità del 9 aprile 2015 ("Ancora aggressioni alla Guardia medica - Fenomeno in crescita" a cura di Ricerca Settore Continuità Assistenziale - Esecutivo Nazionale Fimmg) fornisce interessanti risultati: il 90 per cento dei medici dichiara di aver subito atti di violenza, il 64 per cento minacce verbali, l'11 per cento atti vandalici, il 22 per cento percosse e ben il 13 per cento minacce a mano armata con armi improprie. Nel complesso 9 medici su 10 durante tutta la loro attività hanno subito almeno una volta un'aggressione e 8 su 10 ne hanno subita più di una;

paradossalmente solo il 13 per cento decide di denunciare. Il 30 per cento decide di non segnalare sperando che non riaccada mai più. Il 29 per cento, infine, è talmente provato da chiedere il trasferimento in un'altra sede. Il 35 per cento domanda a familiari o amici di accompagnarlo sul posto di lavoro. Nel 90 per cento dei casi la violenza si è svolta in ambulatorio ed è stata conseguente a richieste improprie dell'utenza. A maggior rischio sono le donne medico che svolgono il servizio di Continuità Assistenziale;

tenuto conto dei fatti riportati, impegna il governo a valutare l'opportunità:

che ogni luogo in cui si svolge attività di cura sia socio-sanitaria che socio-assistenziale venga presidiato, sia pure in modi diversi a seconda delle prerogative del ruolo e degli indicatori di rischio;

che l'attività di vigilanza possa essere effettuata attraverso la presenza fisica di persone strutturate, tipo posti di polizia, oppure da remoto, attraverso telecamere collegate h 24 ad una sala di regia, senza lasciare mai solo il personale impegnato in un qualsiasi presidio sanitario;

di evitare che i punti di assistenza siano collocati in contesti poco frequentati o peggio ancora isolati, anche in ospedali grandi è possibile a volte vedere questi punti in fondo a lunghi corridoi o in spazi privi anche del naturale attraversamento di altro personale, di pazienti e familiari;

di lanciare una grande campagna di comunicazione anche sulla scia della attuale simpatia e gratitudine che il personale sanitario si è conquistato nella pubblica opinione, perché aumenti il rispetto nei loro confronti e vengano considerati un'autentica risorsa del SSN;

di evitare che si creino aree di frizione tra i pazienti sottoposti a lunghe attese, a disservizi, episodi grandi e piccoli di malasanità, ecc, attraverso una qualità crescente dei servizi con uno specifico monitoraggio.

**G/867-B/3/12**

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Binetti](#)

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

si evidenzia che tra i compiti dell'Osservatorio di cui all'articolo 2 vi è il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla disciplina in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;

si segnala che la Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari del Ministero della salute (Racc. n. 8 del novembre 2007) intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative;

pertanto l'individuazione delle più adeguate condizioni di sicurezza dei presidi sanitari e ospedalieri, in quanto luoghi di lavoro, dovrebbe considerarsi la *conditio* inderogabile al fine di salvaguardare la più sicura operatività del personale senza trascurare la sicurezza dei pazienti e degli utenti delle strutture sanitarie ed ospedaliere;

sebbene in queste ultime settimane sia stata attuata una sorta di rivalutazione dell'immagine dei medici ed infermieri, che sono diventati eroi nazionali e guerrieri in prima linea, non si è fermata l'ostilità che talvolta si manifesta nei loro confronti: infatti la penuria di personale, soprattutto nella piena fase emergenziale, unita alla carenza di dispositivi di protezione e di *screening* ha alimentato episodi di violenza che non possono passare inosservati, segnale di uno scenario su cui appare inderogabile intervenire;

il 28 aprile, l'OMS in occasione della Giornata mondiale per la sicurezza e la salute sul lavoro, ha invitato tutti i Governi, le organizzazioni dei datori di lavoro e i sindacati, nonché la comunità globale ad adottare misure urgenti per rafforzare le capacità delle Nazioni di proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari: come sottolineato dall'OMS dall'8 per cento al 38 per cento degli operatori sanitari nel corso della propria carriera subisce violenze fisiche;

partendo da tali premesse, appare opportuno sottolineare come l'accesso alle strutture ospedaliere ed in particolare ai singoli reparti appare in taluni casi particolarmente facile, tale da legittimare il transito di profili dediti ad illeciti e potenzialmente in grado di recare danni a persone e a cose, compromettendo la vocazione di luogo di cura e di supporto delle medesime strutture;

non risulta essere stato definito un protocollo unico a livello nazionale attraverso cui garantire l'adozione di sistemi di controllo degli accessi ai presidi sanitari e ospedalieri mediante strumenti identificativi al fine di esorcizzare l'ingresso di soggetti non addetti;

si ritiene opportuno sottolineare come l'esperienza drammatica della gestione epidemiologica da COVID-19 di questi mesi abbia provveduto ad amplificare l'istanza di sicurezza unita a quella di controllo e monitoraggio degli accessi nelle strutture sanitarie;

il grado di esposizione degli operatori sanitari non solo al rischio biologico ma anche al contatto e al confronto con i degenti e con i loro parenti, e con i profili che dovrebbero essere collocati fuori dall'alveo dell'intervento diretto sanitario e la conseguente urgenza di prevedere meccanismi di controllo degli accessi, rappresentano - anche alla luce della recente esperienza sul versante sanitario - delle premesse da cui partire per rivedere l'attuale sistema di sicurezza sui luoghi di lavoro sanitario;

sarebbe stato opportuno, alla luce delle evidenze emerse con l'esperienza emergenziale in atto, rivedere alcuni punti di questo provvedimento per renderlo realmente rispondente alle istanze di una categoria, che mai come in questo periodo appare vessata,

impegna il Governo

a prevedere misure più incisive ed efficaci di quelle individuate nel provvedimento in esame, volte a consentire un più ampio e diffuso utilizzo di strumenti di videosorveglianza nelle strutture sanitarie e negli ambiti individuati dalla presente legge, così come in ulteriori ambiti quali le strutture per l'infanzia e le strutture per anziani e persone con disabilità;

a favorire, nell'ambito delle proprie prerogative, la conclusione dell'iter parlamentare delle proposte di legge volte a prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso anche mediante l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza.

**G/867-B/4/12**

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Binetti](#)

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento prevede misure volte alla prevenzione e il contrasto agli atti di violenza a danno del personale sanitario e socio-sanitario. Lavoratori che, con frequenza purtroppo sempre crescente, mettono a rischio la propria incolumità fisica nell'esercizio della loro professione;

è dunque necessario adottare tutti gli opportuni provvedimenti normativi al fine di garantire la sicurezza del lavoro svolto dagli operatori sanitari e socio-sanitari nel territorio nazionale;

un ruolo importante nelle attività di prevenzione e gestione del rischio di aggressione nei confronti degli operatori sanitari dovrebbe essere svolto dalle stesse strutture sanitarie pubbliche e private nell'ambito delle previste attività di monitoraggio sulle attività messe in atto di prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*);

per tutta la durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 i medici e gli operatori sanitari hanno dovuto prendere importanti decisioni per tutelare la salute dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie. Risulta dunque doveroso difendere gli operatori dalle conseguenze di eventuali errori commessi operando in situazioni eccezionali ed imprevedibili di emergenza,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di intervenire al fine evitare che gli esercenti le professioni sanitarie rispondano civilmente o per danno erariale per ogni evento dannoso causato durante il periodo di emergenza Covid-19, quando il profilo di colpa sia determinato da indisponibilità di mezzi o il soggetto abbia agito in situazione di urgenza allo scopo di salvaguardare la vita o l'integrità del paziente.

Art. 2

2.1

[Marin](#), [Lunesu](#)

*Al comma 1, alinea, sopprimere le parole: «delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale,» nonché le parole: «e di un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro».*

Art. 7

7.1

[Marin](#), [Lunesu](#)

*Dopo il comma 1 inserire i seguenti:*

*«1-bis. Presso ogni pronto soccorso dei presidi ospedalieri di primo e di secondo livello è istituito un presidio fisso di polizia, ai fini della tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, composto da almeno un agente di polizia giudiziaria.*

*1-ter. Le direttive del Ministro dell'interno di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 26 marzo 2001, n. 139, nonché i piani coordinati di controllo del territorio, predisposti dai prefetti in attuazione delle direttive stesse, prevedono che nei presidi ospedalieri di base ove non sia possibile, per ragioni organizzative o economiche, sia istituito il presidio fisso di polizia di cui al comma 1 del presente articolo, che gli agenti di polizia, al fine di garantire un'adeguata tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, sorvegliano i suddetti presidi ospedalieri anche attraverso contatti diretti e frequenti con il personale sanitario.*

*1-quater. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'interno, sono stabilite le modalità attraverso le quali i presidi ambulatoriali di guardia medica sono ricollocati in ambienti idonei a garantire un'adeguata protezione dell'incolumità e della sicurezza del personale.».*

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1201](#)

Art. 3

**3.100**

Il Relatore

*Al comma 3 sono apportate le seguenti modificazioni:*

- a. *dopo le parole "La pubblicità delle erogazioni" sono inserite le seguenti: ", delle convenzioni";*
- b. *dopo le parole "dei dati relativi all'erogazione" sono inserite le seguenti: ", alla convenzione".*

*Conseguentemente:*

*al comma 4, sono apportate le seguenti modificazioni:*

- all'alinea, dopo le parole "per ciascuna erogazione" è inserita la seguente: ", convenzione";*
- alla lettera a), dopo le parole "dell'accordo" sono inserite le seguenti: "o della convenzione";*
- alla lettera a), n. 1) e 2), dopo le parole: "qualora il beneficiario" inserire le seguenti: "o la controparte";*
- alla lettera b), dopo le parole: "del beneficiario" aggiungere le seguenti: "o della controparte";*
- alla lettera c), dopo le parole "dell'accordo" sono inserite le seguenti: "o della convenzione";*
- alla lettera d), dopo le parole "o dell'accordo" sono inserite le seguenti: "o della convenzione";*
- alla lettera e), dopo le parole "dell'accordo" sono inserite le seguenti: "o della convenzione";*
- alla lettera f), dopo le parole "dell'erogazione" sono inserite le seguenti: ", della convenzione";*
- alla lettera g), dopo le parole "i termini dell'accordo" sono inserite le seguenti: "ovvero della convenzione";*
- al comma 5, dopo le parole "gli accordi" sono inserite le seguenti: "e le convenzioni";*
- alla rubrica, dopo le parole "delle erogazioni" sono inserite le seguenti: ", delle convenzioni".*

Art. 4

**4.100**

Il Relatore

*Al comma 6, dopo le parole: "al soggetto che opera nel settore della salute" aggiungere le seguenti: "o all'organizzazione sanitaria" e sostituire le parole: "dallo stesso" con le seguenti: "dagli stessi".*

Art. 5

**5.100**

Il Relatore

*Al comma 6, sostituire le parole: "Con l'accettazione dell'erogazione ovvero dei vantaggi derivanti da accordi, di cui rispettivamente ai commi 1 e 2 dell'articolo 3," con le seguenti: "Con la stipulazione delle convenzioni o degli accordi, di cui rispettivamente ai commi 1 e 2 dell'articolo 3, ovvero con l'accettazione delle erogazioni, di cui al medesimo comma 1 dell'articolo 3,".*

Art. 6

**6.200**

Il Relatore

*Il comma 12 è sostituito dal seguente: "I proventi derivanti dalla riscossione delle sanzioni di cui al presente articolo affluiscono all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnati, in misura pari al 50 per cento, ad apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute ed essere destinati, nell'anno di riferimento, al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività di vigilanza svolte ai sensi del comma 8."*

Art. 7

**7.0.100**

Il Relatore

*Dopo l'articolo è inserito il seguente:*

"Art. 7-*bis* (Disposizioni finanziarie) - Ad esclusione delle attività di cui all'articolo 5, le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione della presente legge nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica."

## 1.3.2.1.16. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (pom.) del 30/06/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MARTEDÌ 30 GIUGNO 2020  
145<sup>a</sup> Seduta

Presidenza del Presidente  
[COLLINA](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 15,05.*

*IN SEDE CONSULTIVA*

**[\(1721\)](#) Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019**

**[\(Doc. LXXXVI, n. 3\)](#) Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2020**

**[\(Doc. LXXXVII, n. 3\)](#) Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea, relativa all'anno 2019**

(Relazione alla 14a Commissione sul disegno di legge n. 1721. Parere alla 14a Commissione sul Doc. LXXXVI n. 3 e sul Doc. LXXXVII, n. 3. Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 23 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che è stata dichiarata conclusa la discussione generale congiunta.

Nella sua qualità di relatore, dà quindi lettura di uno schema di relazione - favorevole, con osservazioni - sul disegno di legge n. 1721, pubblicato in allegato.

Riguardo alla Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'UE per l'anno 2020 e alla Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'UE anno 2019, propone di esprimere pareri favorevoli.

In riferimento allo schema di relazione sul disegno di legge n. 1721, la senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) premette, al fine di qualificare al meglio la *ratio* e la finalità dei propri contributi, che di recente è stata identificata una molecola - tra oltre 4.000 in uso per l'osteoporosi, il raloxifene - che può sensibilmente ridurre gli effetti di replicabilità del Covid. Questo, a suo avviso, dovrebbe consentire di affrontare un'eventuale seconda ondata con maggiore consapevolezza, con migliori strumenti sia di intercettazione che di cura, a partire dai casi lievi e moderati, e quindi avere effetti meno catastrofici di quelli già osservati agendo precocemente sulla malattia associata all'infezione. Fa presente che tale risultato è frutto di una collaborazione pubblico-privato, ciò che a suo giudizio è

controprova che, quando non sono prevalenti effetti distorsivi, la *governance* duale può "performare" meglio di una *governance* solo pubblica o solo privata, anche nel campo della ricerca e dell'innovazione. In tale direzione, ritiene che si possa dare un importante contributo nel pronunciamento consultivo sul disegno di legge in esame, valorizzando le capacità e le risorse disponibili, allargando la sfera di intervento anche sulla medicina veterinaria, dunque in materia di Sicurezza e Igiene delle produzioni, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e più in generale dell'intera filiera agroalimentare intesa come "estensione della Sanità". Reputa che non vi possa essere Sanità senza un'Alimentazione sana e sicura e che per rendere ciò possibile si dovrebbe orientare normativamente la programmazione di tutte le risorse già disponibili a sistema.

Stima pertanto necessario, già in sede di legge di delegazione europea, cominciare a dare prova di una visione proattivamente funzionale ad un vero cambiamento, onde dimostrare che l'Italia non è quel Paese "cicala" che alcuni Stati europei cosiddetti frugali vogliono far credere, potenziando la prevenzione e agendo per la rifocalizzazione del Servizio sanitario nazionale accrescendone la resilienza al rischio di epidemie. Si potrebbe immaginare, a suo avviso, di ammodernare l'intera filiera andando legislativamente a sostenere e debitamente suggerire al mondo agroindustriale delle innovazioni in approccio *one health* che, per esempio, mediante controlli da remoto permettano di utilizzare molti meno antibiotici, di sprecare meno acqua, in sintesi di proiettare il Paese nel Futuro dotandolo di infrastrutture che ne cambino radicalmente il modo di concepire la tradizione con l'innovazione, promuovendo le vere eccellenze del *Made in Italy* e sani stili di vita che preservano la salute dei consumatori.

Ai predetti fini è stato presentato l'emendamento n. 14.8, di cui richiama i contenuti, che auspica sia trasformato in questa sede in una condivisa qualificante osservazione all'interno della relazione alla 14a Commissione.

Soggiunge che un altro tema molto importante, meritevole di essere preso in considerazione in chiave emendativa e di essere previamente dedotto in osservazione, è quello relativo alla messa in campo di politiche di prevenzione e profilassi vaccinale sempre più sicure ed efficaci, coniugando responsabilità e universalità di tutela e di protezione individuale e collettiva.

Ritiene cioè che si debba "approfittare" del Covid-19 perché anche i più ferventi no vax abbiano nei confronti dei vaccini un atteggiamento meno intransigente, andando a chiedere alle case produttrici di essere disponibili a dare quelle assicurazioni che non hanno mai dato sulla sicurezza dei loro prodotti. Ricorda che è recentissima l'adesione della Bayer al pagamento di una sanzione di 10 miliardi di euro per il glifosato: potrebbe essere un apripista per far sì che le industrie farmaceutiche siano tutte chiamate a responsabilità diretta e indiretta degli effetti dei loro prodotti sull'utente paziente.

Esprime il convincimento che questo potrebbe di molto aiutare ad un approccio sostanzialmente meno ostativo all'adesione vaccinale.

Fa presente che a tali fini è stato presentato l'emendamento 15.16, per la garanzia risarcitoria da parte del Servizio sanitario nazionale del danno conseguente a somministrazione vaccinale anche non obbligatoria purché raccomandata, che vuole essere di stimolo all'Esecutivo in punto di identificazione della filiera delle responsabilità e come tale è "isorisorse", chiamando a farsi carico di eventuali danni da vaccinazione anche imprevedibili e inattesi le ditte produttrici purché oltre ogni ragionevole dubbio sia provato il nesso eziologico causa effetto, superandosi così la logica dell'assunzione diretta da parte dello Stato degli oneri che conseguono a reazioni avverse e danni da vaccini. Reputa che, anche in questo caso, si verrebbero così a promuovere le migliori condizioni affinché la sfida della copertura vaccinale nel contrasto e prevenzione delle malattie trasmissibili si inserisca in un quadro di certezze normative.

Con riguardo allo schema di relazione sul disegno di legge n. 1721, la senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC) auspica l'inserimento, nel testo della relazione, di condizioni concernenti il regolamento (UE) 2017/745, relativo alle malattie animali trasmissibili e che modifica e abroga taluni atti in materia di

sanità animale.

In particolare, ad avviso dell'oratrice, occorre: individuare, in attuazione del capo 2 del Regolamento (UE) 2016/429, nell'applicativo REV lo strumento per consentire alle autorità competenti, nell'ambito delle attività di sorveglianza delle malattie animali e dei residui dei medicinali veterinari nei prodotti e sottoprodotti di origine animale, di acquisire dati e informazioni risultanti dalla somministrazione di ogni tipo di medicinale veterinario all'animale, compresi i medicinali veterinari ad azione stupefacente e psicotropa soggetti al D.P.R. 309/90, appartenenti alla Tabella dei medicinali, sez. B, C, D ed E; sopprimere la lettera *h*) del comma 2 dell'articolo 15; eliminare i gruppi di prodotti di cui ai punti 2, 3, 4 e 5 dall'elenco dei prodotti senza scopi medici, di cui all'allegato XVI del regolamento (UE) 2017/745, ripristinando quindi la configurazione attuale e garantendo una maggiore sicurezza per i pazienti e gli operatori, a condizione che i dispositivi immessi sul mercato soddisfino i requisiti del regolamento senza ulteriori elementi che distorcano la logica normativa; promuovere una classificazione specifica negli allegati, per i dispositivi medici di cui ai predetti punti 2, 3, 4 e 5, che differiscono dai prodotti che devono essere utilizzati esclusivamente da un medico in quanto si riferiscono al regolamento di base (gli allegati dovrebbero pertanto contenere solo i prodotti il cui uso è effettuato da un medico); coinvolgere i rappresentanti e i tecnici della classe medica di riferimento in gruppi di lavoro volti a redigere, approvare e rivedere gli allegati coinvolgendo i rappresentanti delle società scientifiche che rappresentano i medici di questo settore sul territorio europeo.

Il [PRESIDENTE](#), relatore, si riserva di valutare le proposte di integrazione allo schema di relazione.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(867-B) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 23 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che nella summenzionata seduta, dopo aver dato atto degli ordini del giorno e degli emendamenti presentati, si è riservato di pronunciarsi sull'ammissibilità degli stessi.

Nello sciogliere la riserva, dichiara: inammissibili gli ordini del giorno G/867-B/1/12 e G/867-B/4/12, in quanto non correlati, neppure sotto il profilo sostanziale, a parti del testo modificate o introdotte dalla Camera; ammissibili gli ordini del giorno restanti e gli emendamenti.

Quindi, mancando ancora i prescritti pareri della Commissione bilancio, rinvia il seguito della trattazione ad altra seduta.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'11 febbraio.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale e che il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti, da riferire al testo base (disegno di legge n. 716), è stato fissato alle ore 12 di domani, mercoledì 1° luglio.

La relatrice **PIRRO** (M5S), intervenendo in replica, esprime il convincimento che sia opportuno confermare il testo base già adottato, fermo restando che si potrà intervenire in sede emendativa per migliorare il provvedimento alla luce delle audizioni e della discussione svolte. Rimarca conclusivamente l'urgenza di legiferare in materia di epilessia.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia allo svolgimento della replica.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

**(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare**

**(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità**

(Seguito della discussione del disegno di legge n. 1346. Congiunzione con la discussione del disegno di legge n. 1751 e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 1° agosto 2019.

Il relatore **Giuseppe PISANI** (M5S) illustra il disegno di legge n. 1751. In considerazione dell'affinità delle materie trattate, propone di discutere congiuntamente i disegni di legge n. 1346 e 1751, rinviando a un momento successivo le determinazioni in ordine all'adozione del testo base.

Conviene la Commissione.

Il Relatore esprime il convincimento che la fase istruttoria possa ritenersi esaurita con le audizioni in programma quest'oggi.

Il **PRESIDENTE** avverte che ha ritenuto di ammettere un'ulteriore audizione, suggerita dalla senatrice Boldrini nella sua qualità di prima firmataria del disegno di legge n. 1751.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

## IN SEDE DELIBERANTE

**(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri**

**(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**

**(947) Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale**

**(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni**

**(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri**

**- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 23 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale e che il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti è fissato alle ore 12 di domani, mercoledì 1° luglio.

Quindi, in qualità di relatore, fa rilevare, in sede di replica, che il provvedimento in discussione è stato approvato dalla Camera in maniera unanime e che ci sono le condizioni perché sia celermente trasformato in legge. Saggiunge che, essendo previsti dal testo provvedimenti attuativi, nell'ambito di questi ultimi potranno essere introdotte ulteriori migliorie, ove necessario.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia alla replica.

Sull'ordine dei lavori intervengono, quindi, le senatrici **RIZZOTTI** (FIBP-UDC), **BINETTI** (FIBP-UDC) e **BOLDRINI** (PD).

Il **PRESIDENTE** assicura che si adopererà perché vi siano quanto prima le condizioni procedurali per concludere l'*iter*.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 15,50.*

## SCHEMA DI RELAZIONE PROPOSTO DAL RELATORE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1721

La Commissione,

esaminato, per quanto di competenza, il disegno di legge in titolo;  
premessi che:

con riferimento alle materie di interesse della Commissione, appaiono di rilievo gli articoli 14 e 15; l'articolo 14 reca una disciplina di delega per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016, concernente le malattie animali trasmissibili nonché modifiche ed abrogazioni di taluni atti in materia di sanità animale;

l'articolo 15 reca una disciplina di delega per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni di due regolamenti europei, relativi, rispettivamente, ai dispositivi medici in generale ed ai dispositivi medici diagnostici *in vitro* - regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, e regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017;

appare opportuno integrare i principi e criteri direttivi concernenti l'adeguamento al predetto regolamento sui dispositivi medici, allo scopo di stabilire che, nel rispetto della normativa europea in questione:

a) per assicurare la conformità al principio di proporzionalità della risposta sanzionatoria, le sanzioni amministrative sono ridotte di un terzo quando la violazione è commessa da imprese

aventi i parametri di microimpresa;

b) nell'individuazione delle modalità di tracciabilità, si devono tenere presenti le peculiarità dei dispositivi medici su misura, esentando se possibile questi ultimi dal regime valevole per la generalità dei dispositivi medici;

formula, per quanto di competenza, una relazione favorevole, con le seguenti osservazioni:

si valuti l'opportunità, al comma 2 dell'articolo 15, di apportare le seguenti modifiche:

1) alla lettera *d*), si introduca il principio secondo cui il sistema sanzionatorio prevede la riduzione di un terzo della sanzione amministrativa quando la violazione è commessa da imprese aventi i parametri di microimpresa di cui alla raccomandazione 2003/361/CE del 6 maggio 2003;

2) alla lettera *e*), si introduca il principio secondo cui le modalità di tracciabilità non si applicano ai dispositivi medici su misura, ovvero, in subordine, si applicano a questi ultimi con accorgimenti che tengono conto delle loro peculiarità.

## 1.3.2.1.17. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 147 (pom.) del 07/07/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**MARTEDÌ 7 LUGLIO 2020**  
**147<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
**COLLINA**

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 14,40.*

*IN SEDE CONSULTIVA*

**(988) Disposizioni per la tutela, lo sviluppo e la competitività della produzione agricola, agroalimentare e dell'acquacoltura con metodo biologico**, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Maria Chiara Gadda ed altri; Susanna Cenni e Antonella Incerti; Parentela ed altri; Golinelli ed altri.  
(Parere alla 9a Commissione. Esame e rinvio)

La relatrice **PIRRO** (M5S) illustra il disegno di legge in titolo.

Il provvedimento, già approvato dalla Camera, reca disposizioni per la tutela, lo sviluppo e la competitività della produzione agricola, agroalimentare e dell'acquacoltura con metodo biologico.

Il testo si compone di 20 articoli, divisi in 8 Capi.

L'articolo 1 individua l'oggetto e le finalità del provvedimento, che - fatto salvo il vigente sistema dei controlli - mira a disciplinare i vari aspetti del settore della produzione agricola, agroalimentare e dell'acquacoltura con metodo biologico.

La norma definisce la produzione biologica come "attività di interesse nazionale con funzione sociale e ambientale", in quanto settore economico basato su una serie di valori prioritari, tra i quali la qualità dei prodotti, la sicurezza alimentare, il benessere degli animali, lo sviluppo rurale, la tutela dell'ambiente e dell'ecosistema e la salvaguardia della biodiversità. Si prevede che lo Stato favorisca e promuova ogni iniziativa volta all'incremento delle superfici agricole condotte con il metodo biologico, anche attraverso interventi volti a incentivare forme di aggregazione del prodotto e di filiere biologiche.

Si stabilisce, inoltre, che la produzione biologica "concorre alla tutela della salute" (comma 2).

L'articolo 2 contiene le definizioni di "produzione biologica" o "metodo biologico", di "prodotti biologici" e di "aziende con metodo biologico".

L'articolo 3 individua il Ministro delle politiche agricole alimentari, forestali e del turismo (MIPAAFT) come l'autorità nazionale di indirizzo e di coordinamento a livello nazionale per l'attuazione della normativa europea in materia di produzione biologica, mentre l'articolo 4 definisce le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano come le autorità locali competenti a svolgere le attività tecnico-scientifiche ed amministrative di settore. Le regioni sono chiamate ad adeguare i propri

ordinamenti ai principi espressi nella legge.

L'articolo 5 istituisce presso il MIPAAFT il Tavolo tecnico per la produzione biologica, sopprimendo contestualmente il Comitato consultivo per l'agricoltura biologica ed ecocompatibile e il Tavolo tecnico compartecipato in agricoltura biologica. La norma stabilisce la composizione del Tavolo tecnico ed i relativi compiti: delineare indirizzi e definire le priorità per il Piano d'azione nazionale per l'agricoltura biologica; esprimere pareri sui provvedimenti di carattere nazionale ed europeo; proporre attività di promozione; nonché individuare strategie per favorire l'ingresso e la conversione delle aziende convenzionali al biologico. E' previsto che del suddetto Tavolo faccia parte anche un rappresentante nominato dal Ministro della salute.

L'articolo 6 istituisce il marchio biologico italiano, volto a caratterizzare i prodotti biologici ottenuti da materia prima italiana contraddistinti dall'indicazione "Biologico italiano".

L'articolo 7 disciplina il Piano d'azione nazionale per la produzione biologica e i prodotti biologici, adottato dal Ministro delle politiche agricole alimentari, forestali e del turismo con cadenza triennale e aggiornato annualmente. Il Piano prevede interventi per lo sviluppo della produzione biologica con una pluralità di obiettivi: tra i più significativi, quelli di favorire la conversione al metodo biologico delle imprese agricole, agroalimentari e dell'acquacoltura convenzionali (specie dei piccoli produttori) e di sostenere le forme associative e contrattuali per rafforzare la filiera produttiva, nonché il monitoraggio del settore attraverso il Sistema d'informazione nazionale sull'agricoltura biologica (SINAB), le attività di controllo, certificazione e tracciabilità dei prodotti biologici, nonché la ricerca e sviluppo dei prodotti stessi. Infine, si prevede che il Ministro presenti alle Camere una relazione annuale inerente all'attuazione del Piano e alle modalità di riparto del Fondo di cui all'articolo 9 del disegno di legge in esame.

L'articolo 8 introduce il Piano nazionale per le sementi biologiche, finalizzato ad aumentare la disponibilità delle sementi stesse per le aziende e a migliorarne l'aspetto quantitativo e qualitativo con riferimento a varietà adatte all'agricoltura biologica e biodinamica.

L'articolo 9 istituisce presso il MIPAAFT il Fondo per lo sviluppo della produzione biologica.

L'articolo 10 introduce strumenti di integrazione degli operatori della filiera biologica.

L'articolo 11 stabilisce una serie di misure per il sostegno della ricerca nel settore della produzione biologica da parte dello Stato, sia tecnologica che applicata.

L'articolo 12 detta disposizioni in materia di formazione professionale per gli operatori del settore.

L'articolo 13 contiene la disciplina relativa ai distretti biologici. Fatta salva l'inclusione dei distretti biologici e dei biodistretti tra i distretti del cibo, si stabilisce che costituiscono distretti biologici i sistemi produttivi locali, anche di carattere interprovinciale, a spiccata vocazione agricola, con una significativa produzione con metodo biologico. E' espressamente previsto, tra l'altro, che l'istituzione dei distretti biologici è finalizzata a perseguire uno sviluppo attento alla conservazione delle risorse, impiegando le stesse nei processi produttivi in modo da salvaguardare l'ambiente, la salute e le diversità locali (comma 5, lettera b)).

L'articolo 14 interviene in materia di organizzazioni interprofessionali nella filiera biologica, finalizzate al riordino delle relazioni contrattuali, aventi il compito di meglio coordinare le modalità di immissione dei prodotti sul mercato e di redigere contratti tipo per la vendita di prodotti.

L'articolo 15 regola gli accordi quadro che le associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale (come definite nella stessa norma) possono stipulare per la disciplina dei contratti di cessione dei prodotti biologici, prevedendo un corrispettivo a favore dei produttori pari almeno ai costi medi di produzione.

L'articolo 16 dispone in ordine alle intese di filiera per i prodotti biologici.

L'articolo 17 reca disposizioni inerenti alle organizzazioni dei produttori biologici, che sono riconosciute dalle regioni secondo criteri definiti con decreto del Ministro delle politiche agricole, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni. Il testo specifica i requisiti richiesti alle organizzazioni ai fini del riconoscimento.

L'articolo 18 dispone in ordine alla vendita delle sementi biologiche.

Infine, l'articolo 19 disciplina le abrogazioni espresse, mentre l'articolo 20 reca la clausola di salvaguardia per le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) premette che il disegno di legge non affronta il tema fondamentale, che a suo avviso è quello dei controlli, e tralasciando questo aspetto rischia di fare un danno allo stesso settore biologico.

Sottolinea, inoltre, che non può essere veicolato il messaggio che tutto ciò che non è biologico è di bassa qualità.

Ciò posto, segnala che una vasta bibliografia evidenzia l'assenza di differenze significative fra alimenti biologici e da agricoltura convenzionale in termini di caratteristiche organolettiche e di salubrità.

Saggiunge che di tale vasta bibliografia prendono atto le Linee di indirizzo per la ristorazione ospedaliera assistenziale e scolastica del Ministero della Sanità, nella parte in cui affermano che il cibo da coltivazione biologica non ha un migliore profilo nutrizionale e non è quindi più salutare rispetto ai prodotti non coltivati secondo tale metodo. Reputa pertanto discutibile l'articolo 7 del disegno di legge, che alla lettera g) prevede che le istituzioni e gli enti pubblici siano stimolati affinché contemplino il consumo di prodotti biologici nelle mense pubbliche e in quelle private in regime di convenzione. Ribadisce che in assenza di un quadro di controlli sanitari efficace i rischi per la salute sussistono anche per gli alimenti biologici.

Saggiunge che i rischi, per l'ambiente e la salute degli operatori, derivanti da alcuni prodotti fitosanitari usati nel settore biologico sono tutt'altro che irrilevanti, come attestato dalle indicazioni di pericolo presenti sulle etichette di tali prodotti.

Evidenzia che il prelievo del 2 per cento sul fatturato delle ditte produttrici, di cui all'articolo 9 comma 5, è collegato a codici (ad esempio i codici H410 e H411, "Molto tossico/ tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata") che sono presenti sulle etichette di prodotti fitosanitari di uso corrente nella produzione biologica.

Pertanto, rileva che occorre promuovere una reale innovazione tecnologica anche nel settore del biologico, con la transizione verso l'uso di fitofarmaci più moderni e con minore impatto ambientale, ma nota che il provvedimento in esame non si fa carico di tale necessità.

Formula conclusivamente l'auspicio che vi siano margini per apportare modifiche migliorative al testo.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*), dopo aver fatte proprie le considerazioni della precedente oratrice, sottolinea che la cultura del biologico si sta trasformando in una vera e propria ideologia, che tende ad accreditare l'idea che i prodotti bio siano sempre e comunque garanzie di qualità. Ritiene che si debba considerare che il biologico puro in realtà non esiste, in quanto ogni prodotto è in qualche modo modificato, in accordo con le conoscenze scientifiche e tecnologiche, per migliorarne la qualità.

Sottolinea che sono da stigmatizzare solo gli interventi che non hanno per finalità la qualità dei prodotti, ma l'intensività delle colture e quindi, in ultima analisi, il profitto.

Osserva che si dovrebbero evitare forzature sull'incentivazione del biologico da parte degli enti pubblici, essendovi il rischio che ciò sia il frutto delle pressioni dei portatori di interessi del settore, finalizzate alla creazione di regimi artificiali di monopolio. Meglio sarebbe, a suo avviso, prefiggersi l'obiettivo di migliorare la qualità del cibo nelle mense, a prescindere dal carattere biologico dei prodotti.

Conclude rimarcando l'importanza dei controlli su tutti i prodotti, inclusi quelli del settore biologico.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) osserva che le lacune evidenziate dai precedenti interventi sono notevoli ed auspica che in sede di predisposizione della proposta di parere si terrà conto delle

indicazioni scaturite dal dibattito. Soggiunge che dal grado di apertura a tali indicazioni dipenderà l'atteggiamento del suo Gruppo in sede di voto.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) richiama l'attenzione sul fatto che presso la Commissione di merito il tema dei controlli è tenuto nella dovuta considerazione, come si evince da diverse proposte emendative ivi presentate.

Non essendovi altre richieste di intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(1660) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Disposizioni volte ad incentivare il raggiungimento di standard qualitativi elevati dei prodotti agroalimentari italiani introducendo un sistema di rating per la certificazione di eccellenza e riforma del sistema di prevenzione, programmazione e controllo nella sanità pubblica veterinaria**

(Discussione e rinvio)

La relatrice [BOLDRINI](#) (PD) illustra il disegno di legge in titolo.

Al termine dell'esposizione, propone di svolgere un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le proposte di audizione entro le ore 18 del prossimo venerdì 17 luglio.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

**(913) FARAONE ed altri. - Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale**

(Discussione e rinvio)

Il [PRESIDENTE](#) (PD), relatore, illustra il disegno di legge in titolo.

Propone, quindi, lo svolgimento di un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le proposte di audizione entro le ore 18 del prossimo venerdì 17 luglio.

Intervengono sull'ordine dei lavori la senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) e il senatore [ZAFFINI](#) (FdI), per evidenziare l'opportunità di una riflessione, anche in sede di audizioni informative, sul ruolo dei medici di medicina generale, cui il provvedimento in esame attribuisce una serie di compiti.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

**IN SEDE DELIBERANTE**

**(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

**(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**

**(947) Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale**

**(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni**

**(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri**

**- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 30 giugno.

Il **PRESIDENTE** comunica che sono stati presentati 8 ordini del giorno e 27 emendamenti (pubblicati in allegato).

Soggiunge che, in conformità a quanto richiesto da alcuni Gruppi per le vie brevi, potranno essere presentati ulteriori ordini del giorno, entro le ore 12 di giovedì prossimo, 9 luglio.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

**IN SEDE REDIGENTE**

**(1201) Deputato Massimo Enrico BARONI ed altri. - Disposizioni in materia di trasparenza dei rapporti tra le imprese produttrici, i soggetti che operano nel settore della salute e le organizzazioni sanitarie**, approvato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 23 giugno.

Il **PRESIDENTE** (PD), relatore, presenta e illustra i seguenti emendamenti (pubblicati in allegato): 3.200, volto a consentire a tutte le imprese con sede all'estero di eseguire le prescritte comunicazioni tramite il proprio rappresentante in Italia; 5.200, volto a consentire la ricerca e l'estrazione di tutte le informazioni contenute nel registro pubblico; 6.300, volto a chiarire il presupposto per l'aumento della sanzione previsto dall'articolo 6 comma 2.

Avverte che eventuali subemendamenti ed essi riferiti potranno essere presentati entro le ore 12 di domani, mercoledì 8 luglio.

Annuncia, infine, che nel prosieguo della trattazione le funzioni di relatore saranno esercitate dal senatore Giuseppe Pisani.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 30 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) comunica che sono stati presentati 1 ordine del giorno e 52 emendamenti (pubblicati in allegato).

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 15,30.*

## ORDINE DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE N. [716](#)

**G/716/1/12**

[Modena](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#)

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge recante "Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia",

premessi che:

l'epilessia è un disturbo cronico cerebrale caratterizzato da un'anomala attività dei circuiti nervosi con ricorrenti manifestazioni convulsive - "crisi epilettiche" - talvolta accompagnate da anomalie comportamentali o sensoriali e, in alcuni casi, perdita di coscienza;

complessivamente, soffrono di epilessia circa 500.000 persone in Italia (dove l'epilessia è stata riconosciuta come malattia sociale nel 1965) e 50 milioni in tutto il mondo (dati OMS);

sarebbe opportuno implementare progetti sperimentali e innovativi su alcune tematiche rilevanti quali, ad esempio: la realizzazione di percorsi informativi e formativi insieme alla rete di Servizi Territoriali, alle ASL, ai Comuni di riferimento, in caso di Servizio di avviamento al lavoro, in aziende sia pubbliche che private, per incentivare l'assunzione delle persone affette da epilessia anche attraverso l'utilizzo degli ammortizzatori sociali o gli sgravi fiscali; la definizione di un Piano di intervento in caso di emergenza, tra le varie parti coinvolte, compresa la famiglia e supportato dal medico specialista, favorendo l'accompagnamento, durante i percorsi, delle persone assunte, in base alle condizioni specifiche di ognuno; incentivi alle aziende e ai datori di lavoro da corrispondere alla scadenza del contratto di lavoro, finalizzati a garantire la continuità lavorativa; stage sostenuti da tutor; realizzazione di centri estivi per le persone affette da tale patologia; risorse dedicate esclusivamente ai casi citati, per favorire il collocamento dei soggetti menzionati, consentendo pari trattamento a coloro che non sono mai stati impiegati, e l'abbattimento del limite ISEE per i casi di grave disabilità; particolare attenzione alla figura del Caregiver, che spesso si sostituisce allo Stato rinunciando, in alcuni casi, al proprio lavoro per accudire un proprio familiare in condizione di disabilità;

con l'approvazione della legge 3 marzo 2009, n. 18 ("Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità") l'Italia si è assunta l'impegno di adottare tutti gli atti, le azioni, le politiche necessarie per un deciso cambio di strategia nell'affrontare le tematiche della disabilità,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di programmare interventi volti a realizzare gli strumenti operativi di cui in premessa.

## Art. 1

### 1.1

[Boldrini](#)

*All'articolo 1, premettere il seguente:*

«Art. 01.

*(Finalità)*

1. La presente legge, nel rispetto del principio della parità di trattamento di cui all'articolo 3 della Costituzione, in conformità alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, del 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, alla dichiarazione scritta sull'epilessia del Parlamento europeo n.0022/2011 del 9 maggio 2011 ed alla risoluzione dell'Assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità n. WHA68.20 del 26 maggio 2015, ha la finalità di realizzare:

a) la piena cittadinanza delle persone affette da epilessia e delle loro famiglie, rimuovendo i fattori discriminanti e promuovendo l'accesso ad adeguate misure inclusive;

b) la presa in cura, sanitaria e sociale delle persone affette da epilessia, omogenea su tutto il territorio nazionale;

c) la formazione del personale, sanitario, sociosanitario e scolastico;

d) il sostegno alla ricerca scientifica;

e) la promozione di adeguate campagne informative sull'epilessia, riconosciuta quale malattia sociale ai sensi del decreto ministeriale 5 novembre 1965.»

### 1.2

[Boldrini](#)

*All'articolo 1, premettere il seguente:*

«Art. 01.

*(Destinatari)*

1. La presente legge si applica alle persone a cui, da medico specialista in neurologia o disciplina affine, sia o sia stata certificata:

a) crisi epilettica;

b) epilessia.»

### 1.3

[Faraone](#), [Parente](#)

*L'articolo è soppresso.*

### 1.4

[Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire l'articolo 1 con i seguenti, e conseguentemente sopprimere gli articoli da 2 a 5:*

«Art. 1

*(Finalità)*

1. La presente legge, nel rispetto del principio della parità di trattamento di cui all'art. 3 della Costituzione, in conformità a quanto previsto dalla Dichiarazione sull'epilessia del Parlamento Europeo n. 0022/2011, dalle Risoluzioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2 Febbraio 2015, n. 136/R8 dell'Executive Board e del 26 maggio 2015, n. 68.20 dell'Assemblea Generale, che sollecitano gli Stati Membri ad adottare piani nazionali di assistenza sanitaria per la gestione dell'epilessia, per superare disuguaglianze e iniquità nei servizi sanitari e sociali e rafforzare i servizi pubblici di assistenza sanitaria nel contesto della copertura sanitaria universale, in modo che l'epilessia

possa essere diagnosticata e curata in maniera appropriata, ha la finalità di consentire e di assicurare la piena integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone con epilessia, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci e terapie adeguate.

2. Per il conseguimento di tali finalità, il Ministro della salute, in collaborazione con le regioni e con gli enti locali, con le scuole, con gli enti del terzo settore, con le società scientifiche, con le aziende sanitarie locali e ospedaliere, con i medici di medicina generale e con le strutture sanitarie pubbliche e private, promuove campagne di informazione e di formazione dirette a:

a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge;

b) divulgare tra i cittadini una corretta informazione sui contenuti della presente legge, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;

c) promuovere la realizzazione e la divulgazione di messaggi ed attivare canali di sensibilizzazione ed informazione sull'epilessia attraverso i mezzi di comunicazione di massa;

d) favorire l'implementazione di master e di corsi di alta formazione in epilettologia clinica diretti a neurologi, neuropsichiatri infantili e ogni altra specializzazione medica, al fine di aggiornare e diffondere le conoscenze in ambito di diagnosi e cura dell'epilessia;

e) assicurare una capillare distribuzione di materiale di informazione sull'epilessia presso le strutture sanitarie preposte alla diagnosi e alla cura della patologia;

f) rafforzare la collaborazione e il dialogo tra famiglie e il personale scolastico per favorire la corretta gestione dell'epilessia nell'ambiente scolastico;

g) migliorare l'accoglienza dei bambini e degli studenti con epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado;

h) istituire corsi di aggiornamento per docenti sulle problematiche relative all'epilessia nell'età scolare e sulle specificità.

#### Art. 2

*(Aggiornamento delle linee di indirizzo del ministero della salute)*

1. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, e successive modificazioni, provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza previsto dall'articolo 9, comma 2 e all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali per la diagnosi e la cura dell'epilessia. Le linee di indirizzo sono aggiornate con cadenza almeno triennale.

2. L'attuazione delle linee di indirizzo aggiornate ai sensi del comma 1 del presente articolo, costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

#### Art. 3

*(Attività di ricerca)*

1. Il Governo, attraverso i Ministeri di volta in volta competenti, promuove lo sviluppo di progetti di ricerca sull'epilessia con la finalità di migliorare i processi diagnostici e terapeutici e facilitare il superamento dello stigma nei confronti delle persone con epilessia.

#### Art. 4

*(Certificazione per la decadenza delle limitazioni e dei benefici derivanti dal precedente stato patologico)*

1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.

Art. 5

*(Persone con epilessia in condizione di farmacoresistenza)*

1. Ai fini della presente legge s'intende per "farmacoresistenza" la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante l'appropriatezza della terapia che assume.

2. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali.

3. Tale certificazione deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia farmacoresistente a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

4. Alla persona certificata di epilessia farmacoresistente che richieda il riconoscimento dello stato di invalidità civile, è riconosciuta dalla commissione medico-legale di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o dall'organo competente secondo le leggi *pro tempore* vigenti, l'invalidità minima del 46% e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60% anche ai sensi dell'art. 4, comma 3-*bis*, della legge n. 68 del 1999.

5. È fatto salvo il diritto della persona in condizione di farmacoresistenza, ove ne ricorrono i presupposti, a ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 3 del presente articolo e anche la connotazione di gravità di cui all'art. 3, commi 1 e 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

6. Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia farmacoresistente, a prescindere dalla percentuale di invalidità che le è stata riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmacoresistenza è stata certificata.

Art. 6

*(La gestione delle persone con epilessia nella scuola)*

1. Le Istituzioni e gli operatori scolastici devono assicurare agli studenti il diritto all'istruzione, la promozione della salute nonché la prevenzione delle complicanze dell'epilessia. La tutela di tali diritti rientra nelle competenze istituzionali dei Ministeri dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e della Salute che devono garantire la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado, anche attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale che, a qualunque titolo, opera nella scuola, inclusi i Dirigenti Scolastici, al fine di evitare le situazioni che costituiscono grave pericolo per la sicurezza degli studenti con epilessia ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che ne limitano l'integrazione sociale e conducono alla loro stigmatizzazione.

2. La famiglia della/del bambina/o o della/o studente con epilessia o, se maggiorenne, la/lo stessa/o studente, prima ancora dell'inserimento scolastico o, tempestivamente, nel caso in cui l'evento patologico cronico accada nel corso dell'anno scolastico, presenta al Dirigente Scolastico la richiesta per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico secondo il modello di cui all'allegato I o II, corredata dal Piano Terapeutico Individuale (PTI) redatto a cura del medico specialista in neurologia o disciplina affine, secondo il modello di cui all'allegato III.

3. Il Dirigente scolastico, entro il termine di 10 giorni dalla presentazione del PTI, istituisce e convoca il Gruppo di Coordinamento che adotta idonei modelli di intervento che definiscono modalità appropriate per assicurare la continuità terapeutica e la corretta gestione delle emergenze in orario scolastico.

4. Sono sempre membri del Gruppo di Coordinamento di cui al comma 3:

A. il Dirigente Scolastico (o suo delegato);

B. la Famiglia della/o studente con epilessia e/o la/lo studente, se maggiorenne;

C. il Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato: Medico Scolastico, Pediatra di Comunità, Specialista ambulatoriale, Pediatra Libera Scelta o Medico di Medicina Generale).

5. Possono essere, altresì, membri del Gruppo di Coordinamento:

A. il rappresentante dell'ente del Terzo Settore che la famiglia o, se maggiorenne, la/lo

studente, ha facoltà di nominare, in qualsiasi momento; e, se la/il bambina/o o la/lo studente è destinataria/o del servizio di assistenza alla persona, comunque denominata,

B. il Sindaco (o un suo delegato);

C. il Delegato della Cooperativa appaltatrice del Servizio Assistenziale.

6. Il Gruppo di Coordinamento, adotta protocolli operativi, supportati da idonea e specifica formazione a favore del personale scolastico, coerenti con il PTI secondo i fac-simile, rispettivamente previsti per assicurare la continuità terapeutica e l'intervento in caso di emergenza, di cui agli allegati IV e V. Quanto previsto dai protocolli operativi si configura come attività che non richiede il possesso di competenze tecnico-sanitarie, né l'esercizio di discrezionalità da parte di chi interviene.

7. Per garantire la continuità terapeutica in orario scolastico, la somministrazione dei farmaci deve soddisfare tutti i seguenti criteri:

A. prevista dal PTI;

B. indispensabile in orario scolastico;

C. non essere discrezionale (da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrarlo, né in relazione ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione);

D. essere praticabile da parte di personale non sanitario adeguatamente formato;

E. non ostacolare l'integrazione dell'alunno/studente nel contesto scolastico e/o indurre nella comunità scolastica a errate percezioni di "medicalizzazione" della Scuola;

8. Per la gestione delle emergenze l'intervento, è dettato esclusivamente dalla necessità di prestare soccorso in breve tempo, configurandosi uno stato di necessità laddove l'omissione dell'intervento potrebbe determinare l'insorgenza di gravi complicazioni quali, a esempio, lo stato epilettico. Per garantire la somministrazione dei farmaci in caso di emergenza, in orario scolastico, devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri:

A. deve essere assicurata la pronta disponibilità dei farmaci previsti dal PTI da somministrare in caso di crisi epilettiche;

B. deve essere stabilita la modalità di conservazione e somministrazione dei farmaci;

C. nel PTI deve essere indicato l'evento in cui occorre procedere alla somministrazione e le istruzioni per la somministrazione del farmaco in emergenza;

D. l'intervento deve essere praticabile da parte di personale non sanitario e non deve richiedere discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, in relazione alle modalità, ai tempi e alla posologia.

9. La Famiglia o la/lo studente, se maggiorenne, possono decidere di procedere direttamente o tramite loro delegati alla somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, sia per garantire la continuità terapeutica che in caso di emergenza. In tal caso deve essere assicurata alle persone incaricate della somministrazione la possibilità di accedere ai locali scolastici in coerenza con il protocollo operativo stabilito dal Gruppo di Coordinamento.

Art. 7

*(Estensione della tutela del diritto antidiscriminatorio alle persone con epilessia)*

1. Le persone con epilessia non devono essere discriminate in ragione della loro malattia. L'adozione nei confronti di persona con epilessia di comportamenti che, ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione, comportino la violazione del principio di parità di trattamento, anche parziale e/o temporanea, deve essere giustificata sulla base di idonea certificazione, rilasciata da medico specialista in neurologia o disciplina affine, contenente la specifica indicazione delle ragioni cliniche che giustificano la disparità di trattamento.

2. La tutela di cui alla Legge 67 del 01.03.2006 è estesa alla persona con epilessia nei seguenti casi:

a) qualora venga discriminata in ragione della sua malattia;

b) qualora a seguito della certificazione di cui all'articolo 4, non si facciano decadere, nei suoi confronti, tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico.»

Art. 8

*(Politiche regionali in materia di epilessia)*

1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e tenuto conto del nuovo Patto per la salute 2014-2016, con la procedura di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con l'inserimento, per quanto attiene all'epilessia, delle prestazioni necessarie per una diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili.

2. In ogni caso, i livelli essenziali di assistenza per l'epilessia devono prevedere:

a) per i soggetti già in possesso di diagnosi di epilessia, prima visita neurologica o neuropsichiatrica infantile,

b) visita di controllo;

c) le seguenti indagini elettroencefalografiche:

EEG Standard,

EEG Dinamico 24h,

Video-EEG, Poligrafia,

Poligrafia con Videoregistrazione,

Polisonnografia con videoregistrazione;

d) le seguenti indagini di neuroimmagine:

a) Tomografia Computerizzata (TC) cerebrale,

b) Risonanza Magnetica (RM) con e senza mezzo di contrasto,

c) Angio-TC,

d) Angio RM,

e) Tomografia con emissione di positroni (PET),

f) Scintigrafia cerebrale,

g) Tomografia computerizzata ad emissione di fotoni singoli (SPECT);

e) esami ematochimici di routine;

f) dosaggi plasmatici di tutti i farmaci antiepilettici.

3. Ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, conferisce a queste ultime, i seguenti compiti:

a) qualora alla data di entrata in vigore della presente legge non ne avessero ancora adottati, adottare percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con epilessia;

b) istituire presso ogni regione, centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi stessi nell'ambito della rete sanitaria regionale e delle province autonome, che garantiscono il funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone con epilessia e provvedono ad assicurare un trattamento specifico, profilattico e sintomatico, anche domiciliare, ai soggetti con epilessia, in collaborazione con enti del Terzo Settore delle persone con epilessia e loro familiari;

c) garantire forme di assistenza specifica, integrativa degli interventi svolti dal servizio sanitario regionale, finalizzate all'ottimale inserimento sociale dei malati verificandone l'evoluzione e adottano misure idonee al conseguimento dei seguenti obiettivi:

1) la qualificazione dei servizi di cui al presente comma costituiti da unità funzionali multidisciplinari per la cura e, ove necessario, la riabilitazione delle persone con epilessia;

2) la definizione di equipe dedicate, nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, delle quali fanno parte gli enti del Terzo Settore rappresentanti delle persone con epilessia, che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza anche in sinergia con le altre attività dei servizi stessi;

3) promozione dell'informazione e l'introduzione di un coordinatore degli interventi multidisciplinari;

4) promozione del coordinamento degli interventi e dei servizi di cui al presente comma per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della

persona con epilessia;

5) l'incentivazione di progetti dedicati alla formazione e al sostegno delle famiglie che hanno in carico persone con epilessie e che ne facciano richiesta;

6) la disponibilità sul territorio di strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, con competenze specifiche sull'epilessia e, in particolare, sull'epilessia farmacoresistente, in grado di effettuare la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti con epilessia anche farmacoresistente;

7) la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di persone adulte con epilessia, idonei a valorizzarne le capacità e l'idoneità al lavoro, a prescindere dal grado di gravità della malattia e a impedirne ogni forma di discriminazione.

Art. 9

*(Norme in materia di rilascio della patente di guida in favore delle persone affette da epilessia)*

1. I costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti di guida speciali e/o sottoposte a restrizioni, non possono superare, per identici periodi di tempo, i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti ordinarie di guida.

2. I benefici riguardanti la scelta della sede di lavoro e il trasferimento, previsti dall'articolo 21 e dall'articolo 33, comma 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, sono estesi a tutti i soggetti con epilessia che, a causa della loro condizione patologica, non sono abilitati alla guida di un veicolo.

3. Al D.Lgs. 18 aprile 2011, n.59 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il punto D.4. dell'allegato III è sostituito con il seguente: *"Il conseguimento/rinnovo della patente alle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni";*

b) il punto D.5. dell'allegato III del D.Lgs. 11/04/2011 n. 59 il primo periodo è sostituito dal seguente: *"Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi";*

c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente: *"D.5.bis. Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida"*

d) al punto D.7.1. è soppresso tutto il testo dopo la fine del primo periodo del secondo capoverso (da "Vi" alla fine del periodo).

e) al punto D.8.1.: al primo periodo, dopo la parola "candidato" sono aggiunte le seguenti parole: *"deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";* le parole da "non" a "crisi" sono soppresse;

f) al punto D.8.3., nel primo periodo, dopo la parola "guida" sono inserite le seguenti parole: *"se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta*

*libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";*

g) il punto D.8.5 è soppresso.

Art. 10

*(Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia)*

1. È istituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale Permanente per l'Epilessia, con il compito di tutelare il diritto delle persone con epilessia a non essere discriminate in ragione della loro malattia e ad avere su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di assistenza, uniformi e omogenei.

2. L'Osservatorio definisce il Piano Nazionale per l'Epilessia con il quale:

a) propone al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;

b) monitora l'adozione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano delle iniziative di cui all'articolo 8 proponendo, ove necessario, gli interventi ritenuti opportuni per il conseguimento degli obiettivi alle quali esse sono preordinate;

c) propone alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e ove già adottati, ne valuta l'idoneità;

d) predispone la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992;

e) incentiva l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;

f) adotta le azioni necessarie al superamento di ogni pregiudizio sull'epilessia e all'integrazione sociale delle persone con epilessia nonché a promuovere la ricerca, l'assistenza e la cura delle epilessie.

3. L'Osservatorio nazionale permanente per le epilessie, per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali può chiedere che suoi rappresentanti vengano sentiti dai Ministeri competenti, dall'AIFA, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano

4. L'Osservatorio è composto da nove membri nominati dal Ministro della Salute: quattro proposti da enti del terzo settore rappresentativi delle persone con epilessia operanti sul territorio nazionale, scelti tra soggetti in possesso di qualifica EUPATI o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti alle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale Linee Guida; un presidente nominato dal Ministro della Salute. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengono prese a maggioranza.

Art. 11

*(Copertura finanziaria)*

1. All'onere derivante dalla presente legge, valutato in 500 mila euro a decorrere dal 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2020-2022, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.»

--

**Allegato I**

**Fac-simile di richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico  
(in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) .....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome) .....

nato a ..... il.....

residente a ..... in Via.....

che frequenta la classe ..... sezione .....

della scuola .....

sita in Via ..... Cap .....

Località .....prov. ....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:

famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

--

## Allegato II

### Fac-simile per la comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

nato a .....il.....

residente a ..... in Via..... tel.....

studente/studentessa che frequenta la classe ..... sezione .....

della scuola .....

sita in Via .....Cap .....

Località .....prov. ....

#### COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....

come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI'  NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data .....

--

**Allegato III**

**Fac-simile Piano Terapeutico Individuale (PTI) per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Constatata la assoluta necessita SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita.....

residente a .....in Via.....tel.....

**A)** Nome commerciale del farmaco .....

Durata della terapia:

dal ..... al .....

per l'intero anno scolastico

**1 A)** Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina..... dose.....

Pasto..... dose.....

Pomeriggio..... dose.....

Modalità di somministrazione .....

.....

**2 A )** Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

.....

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI  NO

Modalità di conservazione .....

.....

Note per eventuali effetti collaterali .....

.....

Note di formazione specifica per personale scolastico .....

.....

**B)** Nome commerciale del farmaco **salvavita** .....

Modalità di somministrazione .....

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

.....

.....

Modalità di conservazione .....

.....

Note per eventuali effetti collaterali .....

.....

Note di formazione specifica per personale scolastico .....

.....

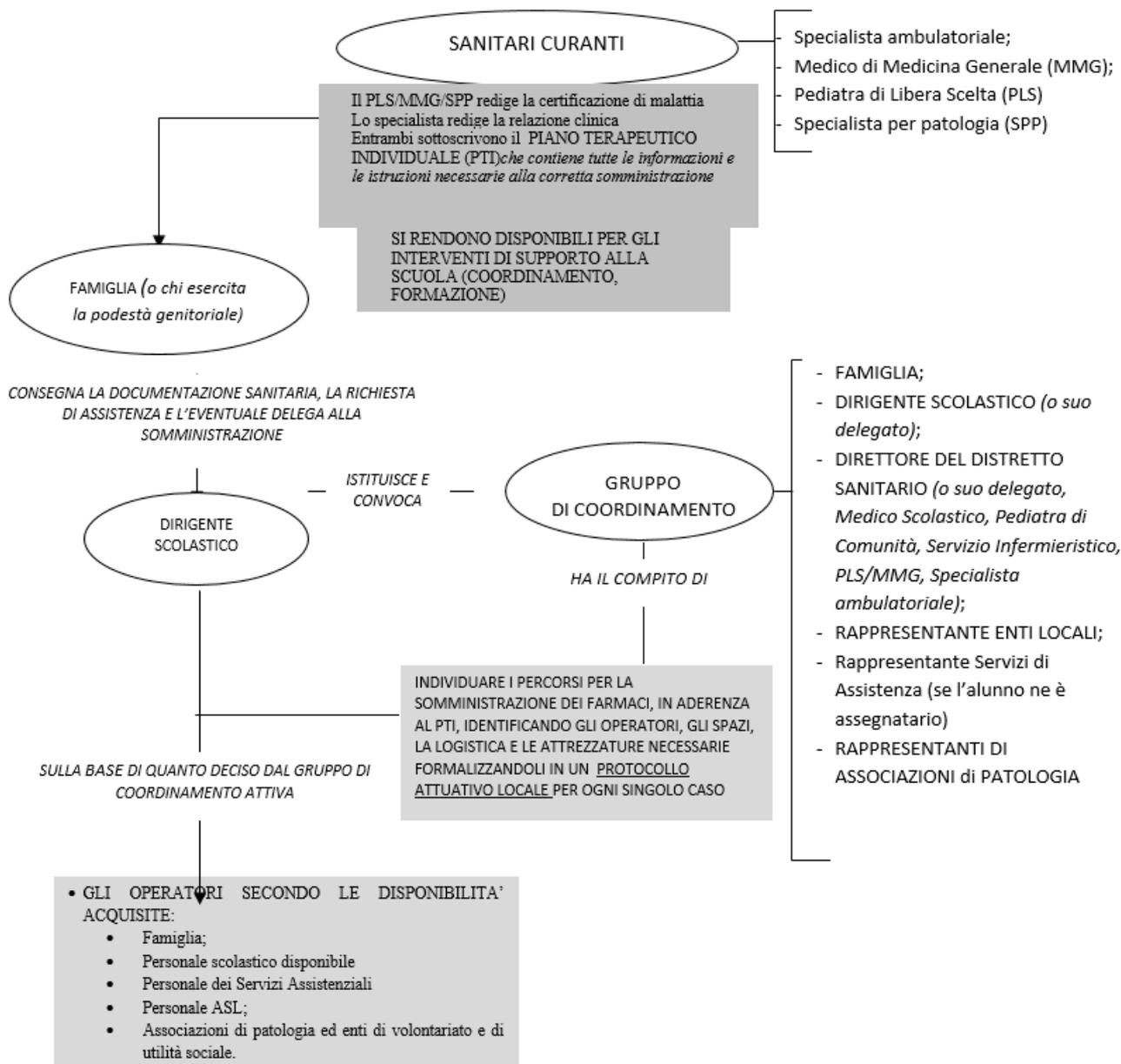
Data .....

Medico (Timbro e Firma)

--

### Allegato IV

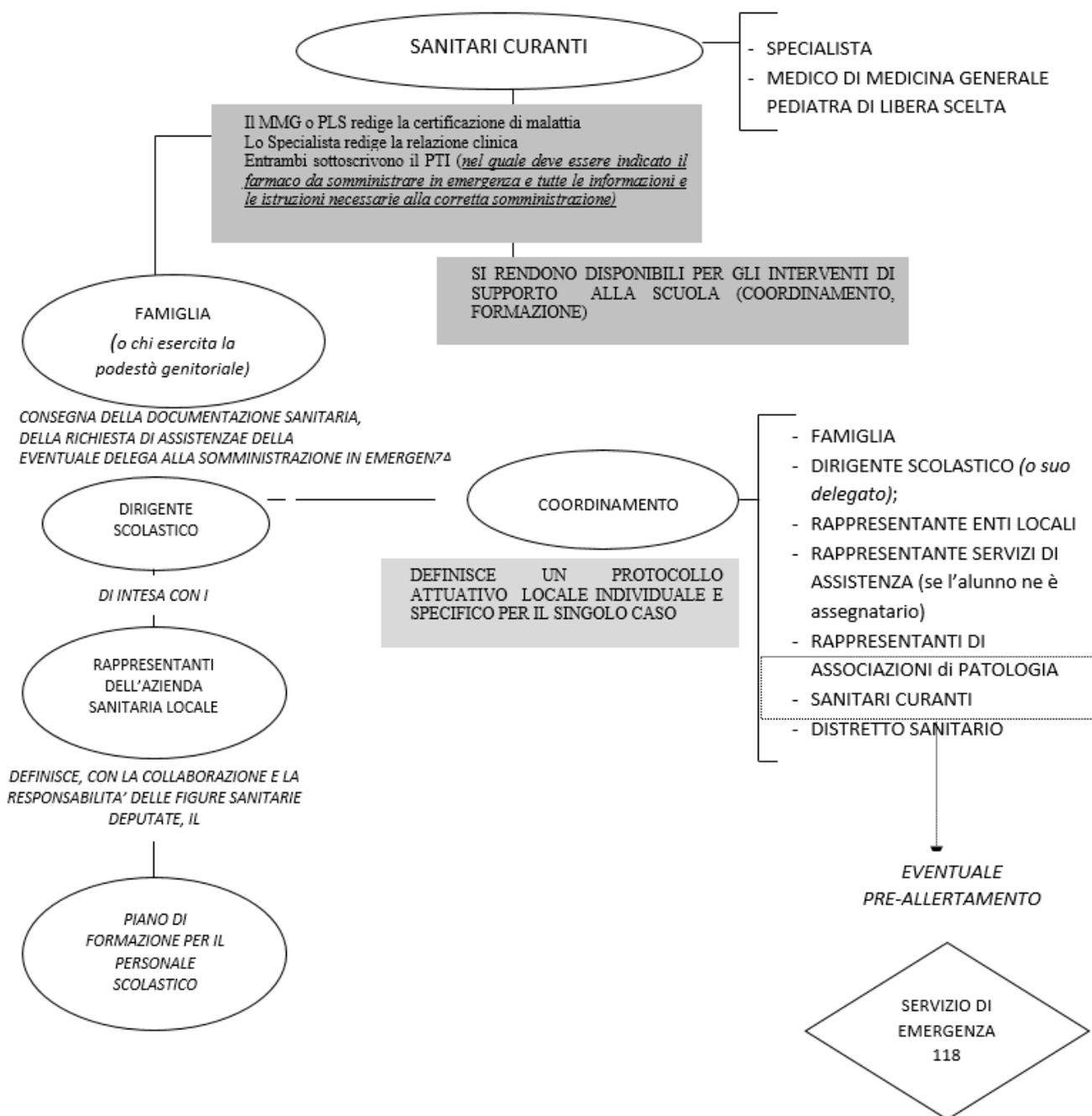
#### Modello di intervento per la somministrazione dei farmaci per assicurare la continuità terapeutica



--

**Allegato V**

**Flow chart: percorso per la somministrazione dei farmaci in emergenza**



**1.5**

[Binetti](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

Sostituire l'articolo 1 con i seguenti:

«ART.1(Finalità)

1.La presente legge, nel rispetto del principio della parità di trattamento di cui all'art. 3 della Costituzione, in conformità a quanto previsto dalla Dichiarazione sull'epilessia del Parlamento Europeo n. 0022/2011, dalle Risoluzioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2 Febbraio 2015, n. 136/R8 dell'Executive Board e del 26 maggio 2015, n. 68.20 dell'Assemblea Generale, che sollecitano gli Stati Membri ad adottare piani nazionali di assistenza sanitaria per la gestione

dell'epilessia, per superare disuguaglianze e iniquità nei servizi sanitari e sociali e rafforzare i servizi pubblici di assistenza sanitaria nel contesto della copertura sanitaria universale, in modo che l'epilessia possa essere diagnosticata e curata in maniera appropriata, ha la finalità di consentire e di assicurare la piena integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone con epilessia, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci e terapie adeguate.

2. Per il conseguimento di tali finalità, il Ministro della salute, in collaborazione con le regioni e con gli enti locali, con le scuole, con gli enti del terzo settore, con le società scientifiche, con le aziende sanitarie locali e ospedaliere, con i medici di medicina generale e con le strutture sanitarie pubbliche e private, promuove campagne di informazione e di formazione dirette a:

- a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge;
- b) divulgare tra i cittadini una corretta informazione sui contenuti della presente legge, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;
- c) promuovere la realizzazione e la divulgazione di messaggi ed attivare canali di sensibilizzazione ed informazione sull'epilessia attraverso i mezzi di comunicazione di massa;
- d) favorire l'implementazione di master e di corsi di alta formazione in epilettologia clinica diretti a neurologi, neuropsichiatri infantili e ogni altra specializzazione medica, al fine di aggiornare e diffondere le conoscenze in ambito di diagnosi e cura dell'epilessia;
- e) assicurare una capillare distribuzione di materiale di informazione sull'epilessia presso le strutture sanitarie preposte alla diagnosi e alla cura della patologia;
- f) rafforzare la collaborazione e il dialogo tra famiglie e il personale scolastico per favorire la corretta gestione dell'epilessia nell'ambiente scolastico;
- g) migliorare l'accoglienza dei bambini e degli studenti con epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado;
- h) istituire corsi di aggiornamento per docenti sulle problematiche relative all'epilessia nell'età scolare e sulle specificità.

#### ART. 2 (Aggiornamento delle linee di indirizzo del ministero della salute)

1. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, e successive modificazioni, provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza previsto dall'articolo 9, comma 2 e all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali per la diagnosi e la cura dell'epilessia. Le linee di indirizzo sono aggiornate con cadenza almeno triennale.

2. L'attuazione delle linee di indirizzo aggiornate ai sensi del comma 1 del presente articolo, costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

#### ART. 3 (Attività di ricerca)

1. Il Governo, attraverso i Ministeri di volta in volta competenti, promuove lo sviluppo di progetti di ricerca sull'epilessia con la finalità di migliorare i processi diagnostici e terapeutici e facilitare il superamento dello stigma nei confronti delle persone con epilessia.

ART. 4 (Certificazione per la decadenza delle limitazioni e dei benefici derivanti dal precedente stato patologico)

1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal

precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.»

### 1.6

La Relatrice

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«Art. 1

*(Certificazione per la decadenza delle limitazioni e dei benefici derivanti dal precedente stato patologico)*

1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, o affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.»

### 1.7

[Binetti](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire il comma 1 con il seguente:*

«1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.»

### 1.8

[Boldrini](#)

*Al comma 1, capoverso D.4, dopo le parole "la cui guarigione," inserire le seguenti: "per le forme ed i criteri definiti ed acquisiti nella letteratura scientifica e nelle sue evoluzioni,".*

### 1.9

[Boldrini](#)

*All'articolo 1, apportare le seguenti modificazioni:*

a) al comma 2, dopo le parole "decadono tutte le limitazioni" inserire le seguenti: "e le agevolazioni" ed aggiungere, in fine, le seguenti parole "e non possono essere operate discriminazioni motivate dalla superata condizione patologica.";

b) sopprimere il comma 3.

Art. 2

### 2.1

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire l'articolo con i seguenti:*

«Art. 2

*(Persone con epilessia in condizione di farmacoresistenza)*

1. Ai fini della presente legge s'intende per "farmacoresistenza" la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante l'appropriatezza della terapia che assume.

2. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico

specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali.

3. Tale certificazione deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia farmacoresistente a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

4. Alla persona certificata di epilessia farmacoresistente che richieda il riconoscimento dello stato di invalidità civile, è riconosciuta dalla commissione medico-legale di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o dall'organo competente secondo le leggi *pro tempore* vigenti, l'invalidità minima del 46% e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60% anche ai sensi dell'art. 4, comma 3-*bis*, della legge n. 68 del 1999.

5. È fatto salvo il diritto della persona in condizione di farmacoresistenza, ove ne ricorrano i presupposti, a ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 3 del presente articolo e anche la connotazione di gravità di cui all'art. 3, commi 1 e 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

6. Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia farmacoresistente, a prescindere dalla percentuale di invalidità che le è stata riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmacoresistenza è stata certificata.

*Art. 2-bis*

*(La gestione delle persone con epilessia nella scuola)*

1. Le Istituzioni e gli operatori scolastici devono assicurare agli studenti il diritto all'istruzione, la promozione della salute nonché la prevenzione delle complicanze dell'epilessia. La tutela di tali diritti rientra nelle competenze istituzionali dei Ministeri dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e della Salute che devono garantire la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado, anche attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale che, a qualunque titolo, opera nella scuola, inclusi i Dirigenti Scolastici, al fine di evitare le situazioni che costituiscono grave pericolo per la sicurezza degli studenti con epilessia ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che ne limitano l'integrazione sociale e conducono alla loro stigmatizzazione.

2. La famiglia della/del bambina/o o della/o studente con epilessia o, se maggiorenne, la/lo stessa/o studente, prima ancora dell'inserimento scolastico o, tempestivamente, nel caso in cui l'evento patologico cronico accada nel corso dell'anno scolastico, presenta al Dirigente Scolastico la richiesta per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico secondo il modello di cui all'allegato I o II, corredata dal Piano Terapeutico Individuale (PTI) redatto a cura del medico specialista in neurologia o disciplina affine, secondo il modello di cui all'allegato III.

3. Il Dirigente scolastico, entro il termine di 10 giorni dalla presentazione del PTI, istituisce e convoca il Gruppo di Coordinamento che adotta idonei modelli di intervento che definiscono modalità appropriate per assicurare la continuità terapeutica e la corretta gestione delle emergenze in orario scolastico.

4. Sono sempre membri del Gruppo di Coordinamento di cui al comma 3:

A. il Dirigente Scolastico (o suo delegato);

B. la Famiglia della/o studente con epilessia e/o la/lo studente, se maggiorenne;

C. il Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato: Medico Scolastico, Pediatra di Comunità, Specialista ambulatoriale, Pediatra Libera Scelta o Medico di Medicina Generale).

5. Possono essere, altresì, membri del Gruppo di Coordinamento:

A. il rappresentante dell'ente del Terzo Settore che la famiglia o, se maggiorenne, la/lo studente, ha facoltà di nominare, in qualsiasi momento; e, se la/il bambina/o o la/lo studente è destinataria/o del servizio di assistenza alla persona, comunque denominata,

B. il Sindaco (o un suo delegato);

C. il Delegato della Cooperativa appaltatrice del Servizio Assistenziale.

6. Il Gruppo di Coordinamento, adotta protocolli operativi, supportati da idonea e specifica formazione a favore del personale scolastico, coerenti con il PTI secondo i fac-simile, rispettivamente

previsti per assicurare la continuità terapeutica e l'intervento in caso di emergenza, di cui agli allegati IV e V. Quanto previsto dai protocolli operativi si configura come attività che non richiede il possesso di competenze tecnico-sanitarie, né l'esercizio di discrezionalità da parte di chi interviene.

7. Per garantire la continuità terapeutica in orario scolastico, la somministrazione dei farmaci deve soddisfare tutti i seguenti criteri:

A. prevista dal PTI;

B. indispensabile in orario scolastico;

C. non essere discrezionale (da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrarlo, né in relazione ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione);

D. essere praticabile da parte di personale non sanitario adeguatamente formato;

E. non ostacolare l'integrazione dell'alunno/studente nel contesto scolastico e/o indurre nella comunità scolastica a errate percezioni di "medicalizzazione" della Scuola;

8. Per la gestione delle emergenze l'intervento, è dettato esclusivamente dalla necessità di prestare soccorso in breve tempo, configurandosi uno stato di necessità laddove l'omissione dell'intervento potrebbe determinare l'insorgenza di gravi complicazioni quali, a esempio, lo stato epilettico. Per garantire la somministrazione dei farmaci in caso di emergenza, in orario scolastico, devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri:

A. deve essere assicurata la pronta disponibilità dei farmaci previsti dal PTI da somministrare in caso di crisi epilettiche;

B. deve essere stabilita la modalità di conservazione e somministrazione dei farmaci;

C. nel PTI deve essere indicato l'evento in cui occorre procedere alla somministrazione e le istruzioni per la somministrazione del farmaco in emergenza;

D. l'intervento deve essere praticabile da parte di personale non sanitario e non deve richiedere discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, in relazione alle modalità, ai tempi e alla posologia.

9. La Famiglia o la/lo studente, se maggiorenne, possono decidere di procedere direttamente o tramite loro delegati alla somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, sia per garantire la continuità terapeutica che in caso di emergenza. In tal caso deve essere assicurata alle persone incaricate della somministrazione la possibilità di accedere ai locali scolastici in coerenza con il protocollo operativo stabilito dal Gruppo di Coordinamento.»

--

**Allegato I**

**Fac-simile di richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico  
(in caso di alunno/a minorenni)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome) .....

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome) .....

nato a .....il.....

residente a ..... in Via.....

che frequenta la classe ..... sezione .....

della scuola .....

sita in Via ..... Cap .....

Località .....prov. ....

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:

famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

--

**Allegato II**

**Fac-simile per la comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico  
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia .....

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome) .....

nato a .....il.....

residente a ..... in Via..... tel.....

studente/studentessa che frequenta la classe ..... sezione .....

della scuola .....

sita in Via .....Cap .....

Località .....prov. ....

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....  
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI'  NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data .....

--

### Allegato III

#### Fac-simile Piano Terapeutico Individuale (PTI) per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative  
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Constatata la assoluta necessita SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome .....

data e luogo di nascita.....

residente a .....in Via.....tel.....

**A)** Nome commerciale del farmaco .....

Durata della terapia:

dal ..... al .....

per l'intero anno scolastico

**1 A)** Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina..... dose.....

Pasto..... dose.....

Pomeriggio..... dose.....

Modalità di somministrazione .....

**2 A )** Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI  NO

Modalità di conservazione .....

Note per eventuali effetti collaterali .....

Note di formazione specifica per personale scolastico .....

**B)** Nome commerciale del farmaco **salvavita** .....

Modalità di somministrazione .....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

Modalità di conservazione .....

Note per eventuali effetti collaterali .....

Note di formazione specifica per personale scolastico .....

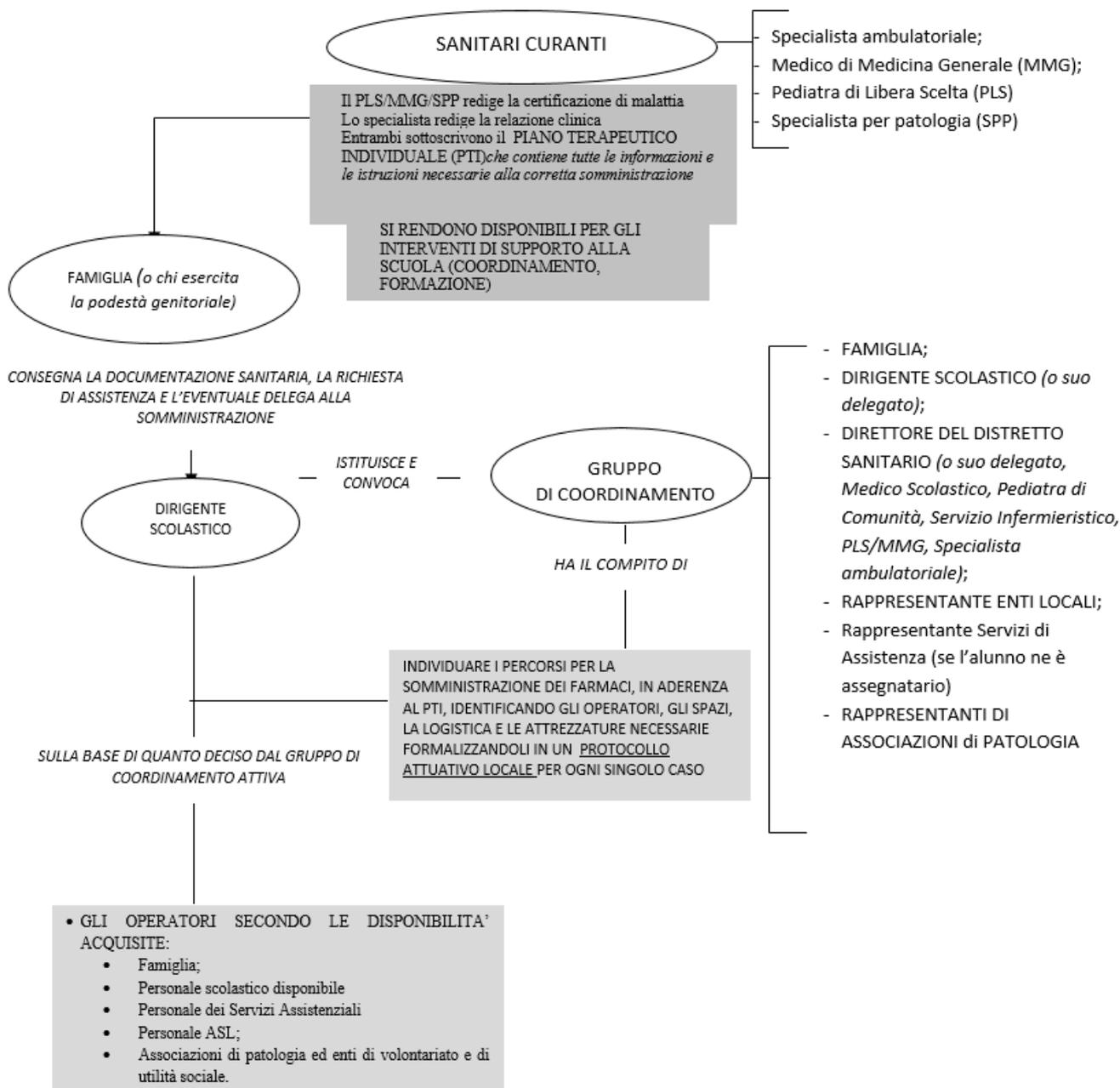
Data .....

Medico (Timbro e Firma)

--

**Allegato IV**

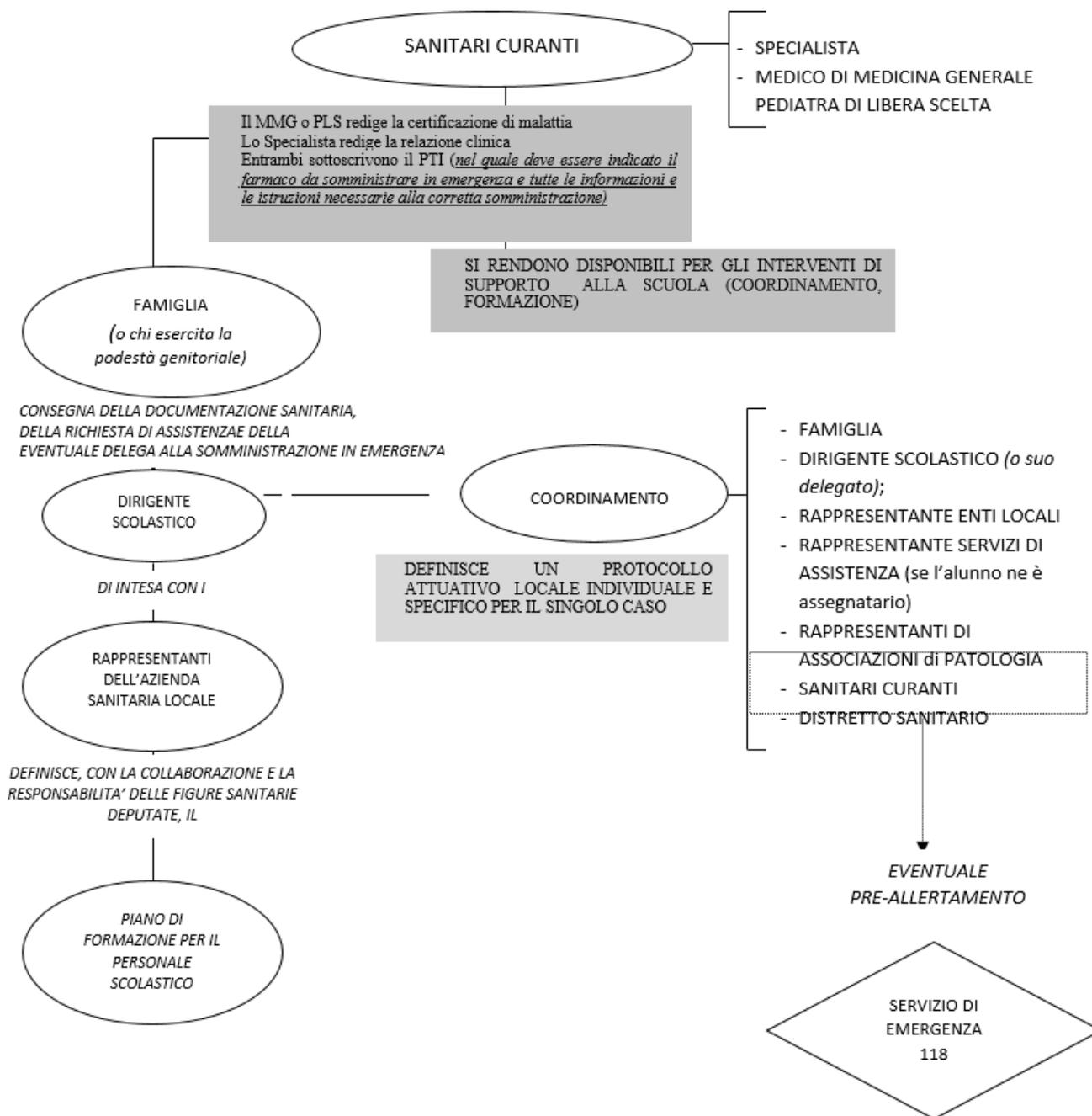
**Modello di intervento per la somministrazione dei farmaci per assicurare la continuità terapeutica**



--

**Allegato V**

**Flow chart: percorso per la somministrazione dei farmaci in emergenza**



**2.2**

[Binetti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

Sostituire l'articolo con il seguente:

"Art. 2 (Diritti delle persone con epilessia in condizione di farmacoresistenza)

1. La farmacoresistenza è la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante l'appropriatezza della terapia che assume.

2. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali.

3. Qualsiasi distinzione, esclusione o restrizione nei confronti di persone con epilessia a causa di tale condizione patologica comporta l'adozione di misure di promozione dell'autonomia e di inclusione sociale, nonché di ragionevole accomodamento ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione delle Nazioni

Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, di seguito denominata «Convenzione».

4. La certificazione di farmacoresistenza deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia farmacoresistente a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

5. Alla persona certificata di epilessia farmacoresistente che richieda il riconoscimento dello stato di invalidità civile, è riconosciuta dalla commissione medico-legale di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o dall'organo competente secondo le leggi pro tempore vigenti, l'invalidità minima del 46% e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60% anche ai sensi dell'art. 4, comma 3-bis, della legge n. 68 del 1999.

6. È fatto salvo il diritto della persona in condizione di farmacoresistenza, ove ne ricorrano i presupposti, a ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 3 del presente articolo e anche la connotazione di gravità di cui all'art. 3, commi 1 e 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104.

7. Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia farmacoresistente, a prescindere dalla percentuale di invalidità che le è stata riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmacoresistenza è stata certificata.

8. Con apposito Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, sentita la Commissione nazionale permanente per l'epilessia di cui all'articolo 4, da emanarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità con cui le Istituzioni e gli operatori scolastici devono assicurare agli studenti il diritto all'istruzione, la promozione della salute, la prevenzione delle complicanze dell'epilessia, garantire la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado, anche attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale che, a qualunque titolo, opera nella scuola, inclusi i Dirigenti Scolastici, al fine di evitare le situazioni che costituiscono grave pericolo per la sicurezza degli studenti con epilessia ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che ne limitano l'integrazione sociale e conducono alla loro stigmatizzazione."

### 2.3

La Relatrice

*Nella rubrica sostituire le parole «farmaco-resistenti» con la seguente «attiva».*

### 2.4

La Relatrice

*Al comma 1, sostituire le parole «Le limitazioni previste dalla legislazione vigente in conseguenza di uno stato patologico determinato da crisi epilettica o epilessia» con le seguenti «Le limitazioni conseguenti dallo stato patologico determinato da epilessia»*

### 2.5

[Faraone](#), [Parente](#)

*All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:*

- 1) al comma 1 le parole «crisi epilettica o» sono soppresse;
- 2) al comma 3:
  - a) le parole «crisi epilettica o» sono soppresse;
  - b) le parole «dall'avvio di ricerca di terapia tollerata ed appropriata» sono soppresse;
  - c) l'ultimo periodo è soppresso;
- 3) il comma 4 è soppresso;
- 4) il comma 5 è soppresso;

5) il comma 6 è soppresso;

6) il comma 7 è soppresso.

## 2.6

La Relatrice

*Al comma 1 sostituire le parole di «specialista in neurologia o disciplina affine» con le seguenti «specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, o affine».*

## 2.7

[Boldrini](#)

*Al comma 1, sostituire le parole «che certifichi tale condizione patologica» con le seguenti «che certifichi, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali, tale condizione patologica e i motivi della limitazione imposta.»*

## 2.8

La Relatrice

*Sostituire i commi 3 e 4, con i seguenti:*

«3. A seguito di diagnosi di epilessia da parte di un medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, o affine, il soggetto preso in cura può richiedere apposito accertamento da parte della commissione medico-legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di seguito denominata «commissione medica», ai fini dell'accertamento dell'handicap. Alla persona presa in cura è comunque riconosciuta, per il periodo di un anno dall'avvio di ricerca di terapia tollerata ed appropriata e ai soli fini dell'articolo 4, commi 3-*bis* e 4, della legge n. 68 del 1999, un'invalidità pari al 60 per cento anche qualora la percentuale di invalidità accertata dalla commissione medica sia inferiore.

4. Il Ministro della sanità provvede con proprio decreto, da emanare entro sessanta giorni dalla data di approvazione della presente legge, all'aggiornamento della tabella indicativa delle percentuali d'invalidità per le minorazioni e malattie invalidanti relativamente alle forme di epilessia al fine di rendere maggiormente specifici ed attuali i vigenti indici di gravità della patologia e di impatto della stessa sulla qualità di vita e sul grado di autonomia del soggetto.»;

## 2.9

[Boldrini](#)

*Al comma 3, apportare le seguenti modificazioni:*

a) al primo periodo, sostituire le parole "ed accertamento" con le seguenti: ", qualora l'interessato richieda l'accertamento dell'invalidità civile,";

b) al secondo periodo, sostituire le parole "Alla persona" con le seguenti: "Qualora detta persona con epilessia sia".

## 2.10

[Binetti](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire i commi 4, 5 e 6 con i seguenti:*

«4. Ai fini della presente legge s'intende per "farmacoresistenza" la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante l'appropriatezza della terapia che assume.

5. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali.

6. Tale certificazione deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia farmacoresistente a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi

riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

*6-bis.* Alla persona certificata di epilessia farmaco-resistente che richieda il riconoscimento dello stato di invalidità civile, è riconosciuta dalla commissione medico-legale di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o dall'organo competente secondo le leggi *pro tempore* vigenti, l'invalidità minima del 46% e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60% anche ai sensi dell'art. 4, comma 3-*bis*, della legge n. 68 del 1999.

*6-ter.* È fatto salvo il diritto della persona in condizione di farmaco-resistenza, ove ne ricorrono i presupposti, a ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 3 del presente articolo e anche la connotazione di gravità di cui all'art. 3, commi 1 e 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

*6-quater.* Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia farmaco-resistente, a prescindere dalla percentuale di invalidità che le è stata riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmaco-resistenza è stata certificata.»

## 2.11

### [Boldrini](#)

*Al comma 4, dopo le parole "forme di epilessia farmaco-resistenti" inserire le seguenti: "certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali, con crisi con perdita di contatto con l'ambiente o capacità d'agire,".*

## 2.12

La Relatrice

*All'articolo apportare le seguenti modifiche:*

a) *al comma 5, dopo le parole «epilessia farmaco-resistenti'» inserire le seguenti «con crisi con perdita di contatto con l'ambiente e/o capacità d'agire,»;*

b) *al comma 6, dopo le parole «epilessia farmaco-resistente'» inserire le seguenti «con crisi con perdita di contatto con l'ambiente e/o capacità d'agire,»*

## 2.13

### [Boldrini](#)

*Al comma 5, apportare le seguenti modificazioni:*

a) *dopo le parole "forme di epilessia farmaco-resistenti" inserire le seguenti: "che manifesti crisi con perdita di contatto con l'ambiente o capacità d'agire, su richiesta dell'interessato ed";*

b) *sostituire le parole "commissione medica" con le seguenti: "apposita commissione medica integrata di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104.«*

## 2.14

### [Boldrini](#)

*Al comma 6, dopo le parole "epilessia farmaco-resistente" inserire le seguenti: "che manifestino crisi con perdita di contatto con l'ambiente o capacità d'agire, su richiesta dell'interessato,".*

## 2.15

### [Boldrini](#)

*Dopo il comma 6, inserire il seguente:*

*"6-bis.* La revisione dello stato d'invalidità riconosciuto a persona affetta epilessia farmaco-resistente, se non subentra modifica di detta condizione patologica, deve essere intervallata su frequenza non inferiore al precedente intervallo di tempo per cui sia stata certificata da medico specialista in neurologia o disciplina affine."

## 2.16

### [Boldrini](#)

*Al comma 7, sostituire le parole "affetti da forme di epilessia farmaco-resistenti per i quali è stata rilasciata un'idonea prescrizione medica e' garantita dalle autorità scolastiche" con le seguenti: "affetti da epilessia, su richiesta della famiglia o, se maggiorenne, dell'interessato, e per i quali è stata rilasciata un'idonea prescrizione medica, è garantita dalle autorità scolastiche, come dalle relative raccomandazioni del Ministero dell'istruzione, dell'università e ricerca e Ministero della salute del 25 novembre 2005 contenenti le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico."*

## **2.17**

La Relatrice

*Al comma 7 sopprimere le parole «farmaco-resistenti»*

## **2.18**

La Relatrice

*Al comma 7 dopo le parole «autorità scolastiche» inserire le seguenti «in conformità alle Raccomandazioni del 25 novembre 2005 del Ministero dell'Istruzione, università e ricerca e del Ministero della salute per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico e previa autorizzazione dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale, dei tutori o dei soggetti affidatari»*

## **2.19**

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Zaffini](#), [Binetti](#)

*Dopo il comma 7, aggiungere i seguenti:*

*"7-bis. L'articolo 33, comma 1, del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, è sostituito dal seguente: «1. Per ogni minore con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, hanno diritto, entro il compimento del sedicesimo anno di vita del bambino, al prolungamento del congedo parentale, fruibile in misura continuativa o frazionata, per un periodo massimo, comprensivo dei periodi di cui all'articolo 32, non superiore a quattro anni, a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore.».*

*7-ter. Ai maggiori oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 7-bis, valutati in 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per le esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 199, della legge 23 dicembre 2014, n. 190".*

## **2.20**

[Boldrini](#)

*Dopo il comma 7, inserire il seguente:*

*"7-bis. Con apposito decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'istruzione, il Ministero dell'università e della ricerca, e il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentita la Commissione nazionale permanente per l'epilessia di cui all'articolo 4, da adottare entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità con cui le scuole, di ogni ordine e grado e le università assicurano agli studenti affetti da epilessia il diritto all'istruzione, la promozione della salute, la prevenzione delle complicanze dell'epilessia, la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia, anche attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale docente e non docente che, a qualunque titolo, opera nelle scuole e nelle università, nonché gli uffici competenti al collocamento mirato di cui alla legge 12 marzo 1999, n.68, garantiscono la formazione e l'avvio al lavoro, al fine di evitare le situazioni che costituiscono pericolo per la sicurezza delle persone affette ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che ne limitano l'integrazione*

sociale e conducono alla loro stigmatizzazione."

#### Art. 3

##### 3.1

[Faraone](#), [Parente](#)

*L'articolo è soppresso.*

##### 3.2

[Binetti](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«ART. 3 (*Estensione della tutela del diritto antidiscriminatorio alle persone con epilessia*)

1. Le persone con epilessia non devono essere discriminate in ragione della loro malattia. L'adozione nei confronti di persona con epilessia di comportamenti che, ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione, comportino la violazione del principio di parità di trattamento, anche parziale e/o temporanea, deve essere giustificata sulla base di idonea certificazione, rilasciata da medico specialista in neurologia o disciplina affine, contenente la specifica indicazione delle ragioni cliniche che giustificano la disparità di trattamento.

2. La tutela di cui alla Legge 67 del 01.03.2006 è estesa alla persona con epilessia nei seguenti casi:

- a) qualora venga discriminata in ragione della sua malattia;
- b) qualora a seguito della certificazione di cui all'articolo 2, comma 1, non si facciano decadere, nei suoi confronti, tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico.»

##### 3.3

[Binetti](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:*

«2. La tutela di cui alla Legge 67 del 01.03.2006 è estesa alla persona con epilessia nei seguenti casi:

- a) qualora venga discriminata in ragione della sua malattia;
- b) qualora a seguito della certificazione di cui all'articolo 1, non si facciano decadere, nei suoi confronti, tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico.»

#### Art. 4

##### 4.1

[Binetti](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«ART. 4 (*Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia*)

1. È istituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale Permanente per l'Epilessia, con il compito di tutelare il diritto delle persone con epilessia a non essere discriminate in ragione della loro malattia e ad avere su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di assistenza, uniformi e omogenei.

2. L'Osservatorio definisce il Piano Nazionale per l'Epilessia con il quale:

- a) propone al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;
- b) monitora l'adozione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano delle iniziative a favore dei pazienti affetti da epilessia proponendo, ove necessario, gli interventi ritenuti opportuni per il conseguimento degli obiettivi alle quali esse sono preordinate;
- c) propone alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e ove già

adottati, ne valuta l'idoneità;

d) predisporre la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992;

e) incentiva l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;

f) adotta le azioni necessarie al superamento di ogni pregiudizio sull'epilessia e all'integrazione sociale delle persone con epilessia nonché a promuovere la ricerca, l'assistenza e la cura delle epilessie.

3. L'Osservatorio nazionale permanente per le epilessie, per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali può chiedere che suoi rappresentanti vengano sentiti dai Ministeri competenti, dall'AIFA, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano

4. L'Osservatorio è composto da nove membri nominati dal Ministro della Salute: quattro proposti da enti del terzo settore rappresentativi delle persone con epilessia operanti sul territorio nazionale, scelti tra soggetti in possesso di qualifica EUPATI o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti alle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale Linee Guida; un presidente nominato dal Ministro della Salute. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengono prese a maggioranza.»

#### 4.2

##### [Boldrini](#)

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

"Art. 4.

*(Commissione nazionale permanente per la cura delle epilessie)*

"1. Allo scopo di garantire alle persone con epilessia la rimozione di fattori discriminanti, adeguata presa in cura sanitaria e sociale omogenea su tutto il territorio nazionale, promozione della formazione degli operatori dei servizi di riferimento, della ricerca scientifica e di una cultura sociale consapevole ed inclusiva, è istituita, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, con decreto del Ministro della salute e presso lo stesso, la Commissione nazionale permanente per l'epilessia, con il compito di proporre:

a) gli indirizzi programmatici nell'ambito del Piano sanitario nazionale (PSN), del Piano nazionale della cronicità (PNC) e di quanto necessario per la predisposizione di atti del Governo concernenti l'epilessia anche valorizzando buone pratiche attuate a livello regionale;

b) l'aggiornamento dei criteri per la definizione del grado d'invalidità per le persone con epilessia e, la costituzione di uno specifico osservatorio-registro, monitorarne i dati della presa in cura, sanitaria e sociale;

c) la promozione, assieme agli altri Ministeri ed Istituzioni competenti, di tutte le azioni ritenute necessarie per superare i persistenti pregiudizi sulle epilessie e predisporre programmi per la ricerca scientifica, la cura e l'inclusione sociale, specialmente in ambito scolastico e lavorativo, in favore delle persone affette da epilessia e delle loro famiglie;

d) interventi formativi e informativi, relativi alla prima comunicazione della diagnosi di epilessia e del conseguente stato invalidante, nonché all'accesso ai percorsi di cura e di inclusione sociale;

e) l'istituzione di corsi universitari di perfezionamento post laurea per la prevenzione e la cura dell'epilessia e l'aggiornamento, tramite il relativo sistema nazionale, delle Linee Guida di riferimento;

f) l'accesso universale ai farmaci innovativi e ai dispositivi elettromedicali di neuro modulazione per la cura delle epilessie e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

g) la promozione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano, l'istituzione, in ogni regione, di «Percorso epilessia», ovvero di una rete di centri di riferimento che, in rapporto di sussidiarietà anche con le associazioni locali di volontariato, garantisca, con ambulatori dedicati, la cura delle persone con epilessia, anche per la loro inclusione sociale con un omogeneo trattamento specifico, assicurato, con adeguati Piani Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali, su tutto il territorio nazionale;

h) ogni utile iniziativa atta a superare i pregiudizi sulle epilessie e a favorire la promozione della ricerca, della dotazione e formazione, anche universitaria, del competente personale sanitario e degli altri servizi dedicati, della cura sanitaria e sociale, nonché dell'inclusione sociale delle persone con epilessia e delle loro famiglie.

2. La Commissione nazionale permanente per l'epilessia, presieduta dal Ministro della salute è composta da 11 membri nominati dallo stesso: il presidente, quattro membri indicati dalle associazioni delle persone con epilessia afferenti al Terzo Settore, quattro specialisti indicati dalle società scientifiche di riferimento per l'epilessia incluse nel registro del sistema nazionale delle Linee guida, un componente indicato dal Ministero dell'Istruzione e un altro dalla Conferenza delle Regioni. Per detti membri è previsto il divieto di compensi, indennità, rimborsi o altri emolumenti comunque denominati. A seguito della prima convocazione la Commissione nazionale permanente per le epilessie adotta un regolamento per il proprio funzionamento."

#### 4.3

[Binetti](#), [Siclari](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*All'articolo 4 apportare le seguenti modificazioni:*

a) al comma 1, dopo la lettera a), sono aggiunte le seguenti:

«a-bis) propone al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;

a-ter) incentiva l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;»;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. La Commissione è composta da nove membri nominati dal Ministro della Salute di cui quattro sono proposti da enti del terzo settore rappresentativi delle persone con epilessia operanti sul territorio nazionale, scelti tra soggetti in possesso di qualifica EUPATI o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti dalle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale Linee Guida; un presidente scelto dal Ministro della Salute. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengano prese a maggioranza.»

#### 4.4

La Relatrice

*Al comma 1, dopo la lettera a), inserire le seguenti:*

«a-bis) proporre gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;

a-ter) incentivare l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;»

#### 4.5

[Faraone](#), [Parente](#)

*All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:*

1) al comma 1, la lettera f) è soppressa;

2) il comma 2, primo periodo, è sostituito dal seguente:

«La Commissione nazionale permanente per l'epilessia è composta da un esperto indicato dal Ministero della Salute, due rappresentanti delle associazioni delle persone con epilessia, quattro specialisti indicati da 4 società scientifiche di riferimento per l'epilessia, individuate dal Ministero della Salute ed incluse nel Registro del Sistema Nazionale Linee Guida.»

#### 4.6

La Relatrice

*Al comma 1, sopprimere la lettera f).*

#### 4.7

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Al comma 1, dopo la lettera g), aggiungere le seguenti:*

h) propone alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e ove già adottati, ne valuta l'idoneità;

i) predisporre la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992;

l) incentiva l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali.»

#### 4.8

[Modena](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#), [Stabile](#)

*Al comma 1, dopo la lettera g) aggiungere la seguente:*

h) garantire il diritto al lavoro dei malati di epilessia, realizzando i percorsi formativi e di inserimento lavorativo ordinario e obbligatorio, rapportati all'effettivo stato invalidante, al controllo delle crisi con appropriata terapia e alle caratteristiche della occupazione. A tal fine sarà promossa ogni utile collaborazione con le organizzazioni dei datori di lavoro e con le organizzazioni sindacali.»

#### 4.9

[Binetti](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire il comma 2 con il seguente:*

«2. L'Osservatorio è composto da nove membri nominati dal Ministro della Salute: quattro proposti da enti del terzo settore rappresentativi delle persone con epilessia operanti sul territorio nazionale, scelti tra soggetti in possesso di qualifica EUPATI o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti alle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale Linee Guida; un presidente nominato dal Ministro della Salute. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengono prese a maggioranza.»

*Conseguentemente, sostituire la rubrica con la seguente: "(Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia)"*

*e, ovunque ricorrano, sostituire le parole "Commissione nazionale" con le parole "Osservatorio nazionale".*

#### 4.10

La Relatrice

*Sostituire il comma 2 con il seguente:*

«2. La Commissione nazionale permanente per l'epilessia è composta, oltre che da tre esperti indicati dal Ministero della salute, da tre membri indicati dalle associazioni delle persone con epilessia, da tre specialisti indicati dalle società scientifiche di riferimento per l'epilessia. Il Presidente è eletto dai membri della Commissione tra i tre esperti nominati dal Ministero della salute. A seguito della prima convocazione la Commissione nazionale permanente per le epilessie adotta un regolamento per il proprio funzionamento.»

Art. 5

## 5.1

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«ART. 5 (Norme in materia di rilascio della patente di guida in favore delle persone affette da epilessia)

1. I costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti di guida speciali e/o sottoposte a restrizioni, non possono superare, per identici periodi di tempo, i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti ordinarie di guida.

2. I benefici riguardanti la scelta della sede di lavoro e il trasferimento, previsti dall'articolo 21 e dall'articolo 33, comma 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, sono estesi a tutti i soggetti con epilessia che, a causa della loro condizione patologica, non sono abilitati alla guida di un veicolo.

3. Al D.Lgs. 18 aprile 2011, n.59 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il punto D.4. dell'allegato III è sostituito con il seguente: *"Il conseguimento/rinnovo della patente alle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni";*

b) il punto D.5. dell'allegato III del D.Lgs. 11/04/2011 n. 59 il primo periodo è sostituito dal seguente: *"Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi";*

c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente: *"D.5.bis. Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida"*

d) al punto D.7.1. è soppresso tutto il testo dopo la fine del primo periodo del secondo capoverso (da "Vi" alla fine del periodo).

e) al punto D.8.1.: al primo periodo, dopo la parola "candidato" sono aggiunte le seguenti parole: *"deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";* le parole da "non" a "crisi" sono soppresse;

f) al punto D.8.3., nel primo periodo, dopo la parola "guida" sono inserite le seguenti parole: *"se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale."*;

g) il punto D.8.5 è soppresso.»

## 5.2

### Boldrini

*All'articolo 5, apportare le seguenti modificazioni:*

a) sopprimere il comma 1;

b) al comma 2, sostituire la parola "disabili" con le seguenti: "con disabilità";

c) sostituire il comma 3 con il seguente:

"3. Ai fini del completo recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione, del 25 agosto 2009, all'allegato III al decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al punto D.2 la parola "equipollente" è sostituita con "affine" e le parole tra parentesi sono sopresse. La parola "equipollente" è sostituita con "affine" anche nei successivi punti D.3, D.4, D.5.

b) al punto D.7.1, sono apportate le seguenti modificazioni:

1) al primo periodo, le parole: «in assenza di terapia» sono sopresse;

2) al terzo periodo, dopo la parola: «epilessia» sono inserite le seguenti: «, qualora questa possa compromettere la capacità di guidare autoveicoli,»;

c) al punto D.8.3, la parola: «dieci» è sostituita dalla seguente: «cinque».

d) sostituire il comma 4 con il seguente: "4. All'Allegato I del Decreto Ministeriale 29 luglio 2008 n. 146 - MIT -, la lettera E. Epilessia è sostituita dalla seguente: E. Epilessia. La patente nautica per la navigazione entro 12 miglia dalla costa è rilasciata o convalidata alle persone con epilessia che non presentino crisi comiziali o le presentino esclusivamente in sonno da almeno un anno. Tale condizione è verificata dalla competente commissione medico legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 sulla base di certificazione, di data non anteriore a trenta giorni, redatta dal medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e s. m. e i.). La validità di tale patente nautica deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche. La patente nautica per la navigazione senza alcun limite dalla costa o per navi da diporto non è rilasciata né convalidata ai soggetti con epilessia in atto affetti o che abbiano sofferto in passato di manifestazioni epilettiche ripetute, se non a fronte di riconoscimento di guarigione."

## 5.3

### Binetti, Rizzotti, Stabile, Siclari, Fregolent, Zaffini

*Sostituire il comma 3 con il seguente:*

«3. Al D.Lgs. 18 aprile 2011, n.59 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il punto D.4. dell'allegato III è sostituito con il seguente: "Il conseguimento/rinnovo della patente alle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni";

- b) il punto D.5. dell'allegato III del D.Lgs. 11/04/2011 n. 59 il primo periodo è sostituito dal seguente: "Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi";
- c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente: "D.5.bis. Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida"
- d) al punto D.7.1. è soppresso tutto il testo dopo la fine del primo periodo del secondo capoverso (da "Vi" alla fine del periodo).
- e) al punto D.8.1.:
- 1) al primo periodo, dopo la parola "candidato" sono aggiunte le seguenti parole: "deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";
- 2) le parole da "non" a "crisi" sono soppresse;
- f) al punto D.8.3., nel primo periodo, dopo la parola "guida" sono inserite le seguenti parole: "se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";
- g) Il punto D.8.5 è soppresso.»

#### 5.4

[Binetti](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire il comma 3 con il seguente:*

«3. Al Decreto Legislativo del 18 aprile 2011, n.59, recante disposizioni in materia di rilascio della patente di guida e di diritto alla mobilità in favore delle persone con epilessia, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) il punto D.4 è sostituito con il seguente:
- »D.4. Il conseguimento o il rinnovo della patente alle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni ad eccezione delle patenti di guida rientranti nelle categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E.«;
- b) il primo periodo del punto D.5. è sostituito dal seguente: »Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi.«;
- c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente:
- »D.5.bis - Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di

una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida per tutte le categorie di veicoli ad eccezione delle patenti di guida rientranti nelle categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E.«;

d) al punto D.7.1. il terzo periodo è soppresso;

e) al punto D.8.1., il primo periodo è sostituito dal seguente: »il candidato deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.« Le parole da »non« a »crisi« sono soppresse.;

f) il punto D.8.3 è sostituito dal seguente:

»D.8.3. Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.« ed è soppresso il resto del periodo.»

## 5.5

[Faraone](#), [Parente](#)

*Al comma 3, lettere a), i punti 2), 3) e 4) sono soppressi.*

## 5.6

[Faraone](#), [Parente](#)

*Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:*

«3-bis. La lettera E. Epilessia dell'Allegato I del Decreto Ministeriale 29 luglio 2008 n. 146 - MIT - è sostituito dal seguente testo: E. Epilessia. La patente nautica per la navigazione entro 12 miglia dalla costa è rilasciata o convalidata alle persone con epilessia che non presentino crisi comiziali o le presentino esclusivamente in sonno da almeno un anno. Tale condizione è verificata dalla competente commissione medicolegale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 sulla base di certificazione, di data non anteriore a trenta giorni, redatta dal medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e s. m. e i.). La validità di tale patente nautica deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche. La patente nautica per la navigazione senza alcun limite dalla costa o per navi da diporto non è rilasciata né convalidata ai soggetti in atto affetti o che abbiano sofferto in passato di manifestazioni epilettiche ripetute. se non a fronte di riconoscimento di guarigione.»

### 5.0.1

[Binetti](#), [Sicliari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Dopo l'articolo 5 aggiungere il seguente:*

«ART. 6 (*Politiche regionali in materia di epilessia*)

1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e tenuto conto del nuovo Patto per la salute 2014-2016, con la procedura di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con l'inserimento, per quanto attiene all'epilessia, delle prestazioni necessarie per una diagnosi precoce, della cura e del trattamento

individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili.

2. In ogni caso, i livelli essenziali di assistenza per l'epilessia devono prevedere:

a) per i soggetti già in possesso di diagnosi di epilessia, prima visita neurologica o neuropsichiatrica infantile,

b) visita di controllo;

c) le seguenti indagini elettroencefalografiche:

EEG Standard,

EEG Dinamico 24h,

Video-EEG, Poligrafia,

Poligrafia con Videoregistrazione,

Polisonnografia con videoregistrazione;

d) le seguenti indagini di neuroimmagine:

a) Tomografia Computerizzata (TC) cerebrale,

b) Risonanza Magnetica (RM) con e senza mezzo di contrasto,

c) Angio-TC,

d) Angio RM,

e) Tomografia con emissione di positroni (PET),

f) Scintigrafia cerebrale,

g) Tomografia computerizzata ad emissione di fotoni singoli (SPECT);

e) esami ematochimici di routine;

f) dosaggi plasmatici di tutti i farmaci antiepilettici.

1. Ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, conferisce a queste ultime, i seguenti compiti:

a) qualora alla data di entrata in vigore della presente legge non ne avessero ancora adottati, adottare percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con epilessia;

b) istituire presso ogni regione, centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi stessi nell'ambito della rete sanitaria regionale e delle province autonome, che garantiscono il funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone con epilessia e provvedono ad assicurare un trattamento specifico, profilattico e sintomatico, anche domiciliare, ai soggetti con epilessia, in collaborazione con enti del Terzo Settore delle persone con epilessia e loro familiari;

c) garantire forme di assistenza specifica, integrativa degli interventi svolti dal servizio sanitario regionale, finalizzate all'ottimale inserimento sociale dei malati verificandone l'evoluzione e adottano misure idonee al conseguimento dei seguenti obiettivi:

1) la qualificazione dei servizi di cui al presente comma costituiti da unità funzionali multidisciplinari per la cura e, ove necessario, la riabilitazione delle persone con epilessia;

2) la definizione di equipe dedicate, nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, delle quali fanno parte gli enti del Terzo Settore rappresentanti delle persone con epilessia, che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza anche in sinergia con le altre attività dei servizi stessi;

3) promozione dell'informazione e l'introduzione di un coordinatore degli interventi multidisciplinari;

4) promozione del coordinamento degli interventi e dei servizi di cui al presente comma per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della

persona con epilessia;

5) l'incentivazione di progetti dedicati alla formazione e al sostegno delle famiglie che hanno in carico persone con epilessie e che ne facciano richiesta;

6) la disponibilità sul territorio di strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, con competenze specifiche sull'epilessia e, in particolare, sull'epilessia farmacoresistente, in grado di effettuare la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti con epilessia anche farmacoresistente;

7) la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di persone adulte con epilessia, idonei a valorizzarne le capacità e l'idoneità al lavoro, a prescindere dal grado di gravità della malattia e a impedirne ogni forma di discriminazione.»

## 5.0.2

[Binetti](#), [Rizzotti](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Dopo l'articolo 5 aggiungere il seguente:*

«ART. 6 (Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dalla presente legge, valutato in 500 mila euro a decorrere dal 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2020-2022, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.»

## Tit.1

[Boldrini](#)

*Sostituire il titolo con il seguente:* « Disposizioni concernenti la piena cittadinanza delle persone affette da epilessia».

## Tit.2

La Relatrice

*Nel Titolo sostituire le parole « la piena cittadinanza» con «dei diritti»*

## EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1201](#)

Art. 3

## 3.200

Il Relatore

*Al comma 3, ultimo periodo, le parole da "locale" fino al termine del periodo sono sostituite dalle seguenti: "della stessa in Italia".*

Art. 5

## 5.200

Il Relatore

*Al comma 3, le parole " dei dati previsti dall'articolo 3, comma 4" sono sostituite dalle seguenti: "delle comunicazioni, dei dati e degli atti di cui al comma 2".*

Art. 6

## 6.300

Il Relatore

*Al comma 2, dopo le parole "dell'erogazione" sono inserite le seguenti: ", pattuita o eseguita,".*

## ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1441](#)

**G/1441/1/12**

[Boldrini](#)

La 12ª Commissione,

premessi che:

sta finalmente per diventare legge un provvedimento che dà importanti risposte in tema di potenziamento delle opportunità di salvare vite umane;

57.000 persone muoiono ogni anno in Italia per arresto cardiaco, 156 persone ogni giorno, una ogni nove minuti;

l'arresto cardiaco è la causa del 10 per cento dei decessi che si verificano ogni anno in Italia;

si tratta di un provvedimento che interviene in modo concreto sul problema prevedendo la diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE), l'installazione dei DAE nei luoghi pubblici, l'utilizzo dei DAE da parte di società sportive che usufruiscono di impianti sportivi pubblici, l'introduzione dell'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e dell'uso del DAE, la registrazione dei DAE presso le centrali operative del sistema di emergenza sanitaria «118», la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE più vicini al luogo ove si sia verificata l'emergenza e, *last but not least*, la possibilità di utilizzo del DAE anche a chi non ha ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare, stabilendo altresì la salvaguardia giuridica rispetto a tutti gli eventi riconducibili ai tentativi di rianimazione e defibrillazione con defibrillatori nei confronti della vittima;

si tratta di un provvedimento che mira a eliminare le insopportabili diversità esistenti a livello territoriale anche nel sistema di emergenza;

per alcune misure contenute nel provvedimento se ne prevede l'attuazione, da parte delle amministrazioni interessate, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di implementare nei prossimi provvedimenti le risorse destinate all'attuazione del presente provvedimento.

**G/1441/2/12**

[Faraone](#), [Parente](#)

La Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante "Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero",

premessi che:

come dimostrano le esperienze avviate in alcune parti d'Italia, l'adozione di un'applicazione mobile integrata per la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE consente di dare un impulso determinante alla diffusione e al corretto utilizzo di tali strumenti,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di adottare misure volte alla creazione, in via sperimentale, di un'apposita applicazione mobile per monitorare il funzionamento e migliorare l'utilizzo dei DAE su tutto il territorio italiano.

**G/1441/3/12**

[Binetti](#)

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge recante "Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero",

premessi che:

i casi di arresto cardiaco sono molto numerosi e intervenire tempestivamente è vitale per salvare

una vita. Circa 60mila persone all'anno in Italia vengono colpite da un arresto cardiaco e il 70% di questi episodi avviene in presenza di qualcun altro. L'uso del defibrillatore associato alla rianimazione cardiopolmonare è un intervento che, se eseguito tempestivamente e nella maniera corretta, può salvare le persone vittime di un arresto cardiaco;

oggi molte persone potrebbero essere caute nell'usare un defibrillatore automatico per timore di rischiare qualcosa nel caso in cui l'arresto cardiaco sia fatale nonostante il pronto intervento. Ma per paura di essere puniti dalla legge nel caso di un mancato risultato positivo, oggi solo il 15% delle persone interviene per salvare chi è colpito da un arresto cardiaco, nonostante gli operatori del 118, in ogni caso, siano chiamati a supportare passo dopo passo chi segnala l'arresto cardiaco, per aiutarlo a valutare i segnali effettivi di un arresto cardiaco e per seguirlo nell'uso del defibrillatore;

già da diverse legislature sembra che il disegno di legge sui Defibrillatori, intesi come strumenti Salvavita, possa essere approvato velocemente, salvo poi assistere ad un suo blocco nel passaggio da una Camera all'altra. Questa volta è volontà condivisa, almeno attraverso il dibattito che si è svolto in commissione, che il ddl, già approvato all'unanimità alla Camera, possa essere velocemente approvato anche in Senato, rimandando ai successivi decreti attuativi quegli aspetti che potrebbero migliorare il testo e renderne più agevole l'applicazione;

uno degli aspetti emersi con maggiore chiarezza durante le audizioni svolte è una sorta di duplice paura che assale chi dovrebbe applicarlo: la paura a fare del danno al paziente, invece di riuscire ad aiutarlo adeguatamente e il timore che da eventuali errori commessi possa derivare per il soggetto che ha fatto uso del defibrillatore una qualche penalizzazione. Già durante l'approvazione alla Camera, è stato affermato con chiarezza che chi usa i defibrillatori per salvare una persona colpita da arresto cardiaco non è punibile per legge in nessun caso. Ma resta comunque forte l'altra paura: quella di arrecare un danno al paziente. Per cui il vero e proprio investimento va fatto sul piano della formazione, intesa come informazione, ma anche come esercitazione pratica, come sperimentazione nell'uso del defibrillatore, garantendo al paziente le migliori condizioni possibili;

serve quindi una formazione all'uso dei defibrillatori che inizi già nelle scuole primarie e secondarie e che trasmetta ai potenziali utenti la non punibilità delle azioni di chi interviene per salvare una vita umana in caso di arresto cardiaco. Ma serve anche una diffusione capillare degli apparecchi per la defibrillazione nelle sedi con almeno quindici dipendenti e con servizi aperti al pubblico. La loro installazione va poi considerata "prioritaria" nelle scuole di ogni ordine e grado e nelle università. Essenziale, a tal fine, l'installazione dei defibrillatori anche in condomini, aeroporti, alberghi, aerei, treni, navi e nei centri commerciali. Ogni luogo dove ci sono assemblamenti va quindi fornito di un defibrillatore,

impegna il governo:

a valutare la possibilità di condurre una intensa campagna di sensibilizzazione, di informazione e di formazione, che coinvolga docenti di ogni ordine e grado, in collaborazione con le famiglie nel caso dei soggetti più giovani, per introdurre l'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e di utilizzo del DAE e la disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo;

a valutare la possibilità di creare un'app o un tutorial, scaricabile sul cellulare, da cui sia possibile ricavare con facilità tutti i gesti e le manovre necessarie all'applicazione dei defibrillatori.

**G/1441/4/12**

[Leone](#)

Il Senato

premessi che

il provvedimento in esame è volto a favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni: *a)* presso le sedi delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in cui siano impiegati almeno quindici dipendenti e che abbiano servizi aperti al pubblico; *b)* negli aeroporti, nelle stazioni ferroviarie e nei porti, a bordo dei mezzi di trasporto aerei, ferroviari, marittimi e della navigazione

interna che effettuano tratte con percorrenza continuata, senza possibilità di fermate intermedie, della durata di almeno due ore;

l'articolo 1, definisce, altresì, il programma pluriennale per favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei DAE nei luoghi e sui mezzi di trasporto indicati al comma 1, con priorità per le scuole di ogni ordine e grado e per le università, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;

impegna il Governo

a valutare l'installazione obbligatoria dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni nei luoghi e nei mezzi di trasporti indicati al comma 1 dell'articolo 1 del presente provvedimento;

a valutare l'installazione obbligatoria dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni presso le scuole di ogni ordine e grado e le Università e a bordo degli autoveicoli in dotazione alle forze dell'ordine e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco su strada adibiti a servizi di polizia e di protezione civile

a prevedere agevolazioni fiscali per l'acquisto di DAE fino a un importo di 1.000 euro;

a prevedere l'istituzione in ogni regione e provincia il registro dei soccorritori e degli istruttori di BLSD, in cui vengono iscritti da chi gestisce i corsi di formazione i soggetti, residenti nella regione o nella provincia autonoma, in possesso dell'attestazione di cui all'allegato A del decreto del Ministro della salute 18 marzo 2011 e i soggetti abilitati all'erogazione dei corsi di formazione di cui all'allegato A dell'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 30 luglio 2015.

**G/1441/5/12**

[Castellone](#)

Il Senato

premessi che

l'articolo 1 prevede la definizione un programma pluriennale per la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni;

impegna il Governo:

a valutare la possibilità di rendere obbligatoria l'installazione dei DAE nei centri commerciali, negli alberghi, negli stabilimenti balneari, nelle farmacie, nelle palestre e nelle discoteche e a bordo degli autoveicoli in dotazione alle forze dell'ordine e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco su strada adibiti a servizi di polizia e di protezione civile;

a incentivare, anche attraverso l'individuazione di misure premiali, l'installazione dei DAE nei luoghi e nelle strutture aperte al pubblico, nel rispetto dell'equilibrio dei rispettivi bilanci e della normativa vigente;

a valutare la riduzione dell'iva al 5 per cento dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni;

a valutare l'istituzione di un fondo atto a garantire un contributo pari al 50 per cento del costo di acquisto di DAE per i condomini con un numero di unità abitative superiore a dieci che, previa richiesta, decidano di dotarsene;

a registrare il Punto di Defibrillazione Precoce con DAE presso la centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria "118" territorialmente competente, a cui devono essere altresì comunicati, attraverso opportuna modulistica informatica, l'esatta collocazione del dispositivo.

**G/1441/6/12**

[Drago](#)

Il Senato

premessi che

l'articolo 5 prevede l'introduzione dell'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e dell'uso del DAE;

considerato che

il comma 10 dell'articolo 1 della legge 13 luglio 2015, n. 107, prevede che "*Nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado sono realizzate, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, iniziative di formazione rivolte agli studenti, per promuovere la conoscenza delle tecniche di primo soccorso, nel rispetto dell'autonomia scolastica, anche in collaborazione con il servizio di emergenza territoriale «118» del Servizio sanitario nazionale e con il contributo delle realtà del territorio.*";

il comma 1 dell'articolo 5 del presente provvedimento stabilisce, inoltre, che le iniziative di formazione volte alla comprensione le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base, l'uso del defibrillatore semiautomatico e automatico esterno e la disostruzione delle vie aeree del corpo estraneo;

impegna il Governo

al fine di salvaguardare la salute degli studenti, a prevedere nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado, ad esclusione della scuola dell'infanzia, la dotazione di defibrillatori semiautomatici in ognuna delle sedi impiegate per lo svolgimento dell'attività didattica, di quella sportiva e di ogni altra attività organizzata dall'istituto che comporti la presenza di uno o più studenti;

a prevedere la presenza, durante lo svolgimento delle attività scolastiche e in ognuna delle sedi, persone adeguatamente formate all'impiego dei dispositivi e a garantire la loro presenza, anche alternativamente, durante l'arco temporale in cui verranno svolte le attività didattiche, sia curricolari che extracurricolari.

a valutare per i fornitori degli istituti scolastici una compensazione, ai sensi del decreto legislativo 9 luglio 1997 n. 241, in misura pari al 100% dell'importo sostenuto per la dotazione di defibrillatori semiautomatici.

**G/1441/7/12**

[Marinello](#)

Il Senato

premessi che

il disegno di legge in esame reca disposizioni volte a favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni;

l'articolo 5 prevede l'introduzione dell'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e dell'uso del DAE;

considerato che

le iniziative di formazione volte alla comprensione le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base, l'uso del defibrillatore semiautomatico e automatico esterno e la disostruzione delle vie aeree del corpo esterno sono di notevole importanza per poter intervenire tempestivamente a aiutare le persone in pericolo di vita;

impegna il Governo

ad incentivare iniziative di formazione al fine di garantire interventi tempestivi ed efficaci da parte di coloro che operano negli istituti scolastici, palestre, teatri, cinema e centri commerciali sulle manovre di base BLS (*Basic Life Support*) e della Posizione Laterale di Sicurezza (PLS).

**G/1441/8/12**

[Boldrini](#)

La 12ª Commissione,

premessi che:

l'articolo 8 del disegno di legge in esame riguarda le campagne di informazione e di sensibilizzazione sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare e sull'uso dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE);

l'articolo 3 prevede che in assenza di personale sanitario o non sanitario formato, nei casi di sospetto arresto cardiaco è comunque consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico anche a chi non abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare, stabilendo altresì la salvaguardia giuridica rispetto a tutti gli eventi riconducibili ai tentativi di rianimazione e di defibrillazione con defibrillatori nei confronti della vittima;

proprio perché l'uso dei DAE non pone problemi diagnostici a chi lo usa, dato che è lo strumento stesso a riconoscere le condizioni del paziente, è di fondamentale importanza far capire a ogni cittadino che chiunque può usarli in modo appropriato, anche senza una specifica formazione;

l'uso tempestivo del DAE può rappresentare la differenza tra la vita e la morte ed è per questo motivo che occorre incentivarne l'utilizzo da parte di ogni cittadino che si trovi a poter soccorrere un'altra persona spiegando, in modo diffuso e convincente, che non sussiste alcun tipo di ostacolo, giuridico o medico, nell'intraprendere quella che spesso è l'unica scelta da fare per salvare una vita;

impegna il Governo:

ad attuare campagne di informazione e di sensibilizzazione che incentivino i cittadini all'utilizzo dei DAE spiegando in modo chiaro ed esauriente che non ci deve essere alcuna remora o timore nel soccorrere una persona che rischia di morire per un attacco cardiaco e che la tempestività nell'intervento può essere decisiva per salvare una vita.

#### Art. 1

##### 1.1

[Faraone](#), [Parente](#)

*All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:*

1. Al comma 1, lett. a), le parole «in cui siano impiegati almeno quindici dipendenti e che abbiano servizi aperti al pubblico» sono soppresse.

2. Al comma 1, lett. b), aggiungere infine le seguenti parole «, nonché nelle aree di sosta».

##### 1.2

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, lettera a), sopprimere le seguenti parole:*

" , in cui siano impiegati almeno quindici dipendenti e".

##### 1.3

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Dopo la lettera a) aggiungere la seguente:*

«a-bis) a bordo dei mezzi operativi delle forze dell'ordine e dei vigili del fuoco;».

##### 1.4

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Al comma 1 lettera b) apportare le seguenti modifiche:*

1) sopprimere le parole da "che effettuano" a "due ore";

2) dopo le parole "negli aeroporti" aggiungere le seguenti «nei parcheggi e nelle stazioni metro,".

##### 1.5

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Cantù](#), [Marin](#)

*Al comma 2, primo periodo, dopo le parole "mezzi di trasporto indicati al comma 1" inserire le seguenti:*

« , ivi incluse le attività di formazione di cui al successivo art. 5 della presente norma»

#### Art. 2

##### 2.1

[Faraone](#), [Parente](#)

*All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:*

1. *Al comma 1, dopo le parole "gli enti territoriali" sono aggiunte le seguenti: "*, sentito il parere della centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118» territorialmente competente".

2. *Al comma 3, dopo le parole "gli enti territoriali" sono aggiunte le seguenti: "*, sentito il parere della centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118» territorialmente competente".

## 2.2

[Faraone](#), [Parente](#)

*All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:*

1. *Al comma 2, dopo le parole «in teche», sono aggiunte le seguenti: «dotate di strumentazione che attiva la chiamata automatica della centrale 118».*

2. *Al comma 3, la parola «possono» è sostituita dalla seguente: «devono».*

## 2.3

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Al comma 3 sostituire le parole "possono incentivare" con le seguenti:*

"incentivano"

## Art. 3

### 3.1

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Al comma 1 lettera a) sopprimere il seguente periodo:*

"Si applica l'articolo 54 del codice penale a colui che, non essendo in possesso dei predetti requisiti, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco, utilizza un defibrillatore o procede alla rianimazione cardiopolmonare."

### 3.2

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

*Al comma 1, lettera a), capoverso «1», al terzo periodo, sostituire le parole: "utilizza un defibrillatore o procede alla rianimazione cardiopolmonare", con le seguenti: «**utilizza un defibrillatore e/o procede alla rianimazione cardiopolmonare**».*

### 3.3

[Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, lettera a), capoverso 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo:*

"Non sono punibili le azioni connesse all'uso del defibrillatore, nonché alla rianimazione cardiopolmonare intraprese dal personale non sanitario formato di cui al primo periodo che agisce in base all'articolo 51 del codice penale, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco.«

### 3.4

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Cantù](#)

*Al comma 1, al termine della lettera a), aggiungere i seguenti paragrafi:*

«1-bis. Chiunque applichi un defibrillatore automatico o semiautomatico ad una persona apparentemente priva di conoscenza non è considerato responsabile, in sede penale e civile, di qualsivoglia conseguenza derivante dall'impiego del DAE stesso, salvo il caso in cui non abbia intenzionalmente modificato il dispositivo o sia a conoscenza del fatto che qualcun altro lo abbia modificato;

1-ter. Il possessore o detentore di un DAE non può essere considerato responsabile, in sede penale e civile, di qualsivoglia conseguenza derivante dal mancato o dall'errato impiego del DAE stesso in presenza delle indicazioni al suo utilizzo»

## Art. 4

#### 4.1

[Durnwalder](#), [Steger](#), [Unterberger](#), [Laniece](#)

*Apportare le seguenti modificazioni:*

1) al comma 1, lettera a), sostituire le parole: «nelle competizioni e negli allenamenti» con le seguenti: «durante le gare inserite nei calendari delle federazioni sportive nazionali e delle discipline sportive associate, durante lo svolgimento di attività sportive con modalità competitive ed attività agonistiche di prestazione organizzate dagli enti di promozione sportiva, nonché durante le gare organizzate da altre società dilettantistiche; sono escluse dall'obbligo di defibrillatori le attività sportive a ridotto impegno cardiocircolatorio e quelle svolte al di fuori degli impianti sportivi, così come indicato nell'articolo 4 del decreto del Ministro della salute 26 giugno 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 149 del 28 giugno 2017.»;

2) al comma 2, sostituire le parole: «n.169 del 20 luglio 2013, al fine di adeguarlo» con le seguenti: «n.169 del 20 luglio 2013, e il decreto del Ministero della salute 26 giugno 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n.149 del 28 giugno 2017, al fine di adeguarli».

#### 4.2

[Faraone](#), [Parente](#)

*Al comma 1, lett. a), dopo le parole "«nelle competizioni e negli allenamenti»" sono aggiunte le seguenti "«nonché in ogni luogo di attività sportiva, la quantità e la collocazione dei quali è determinata in ragione dell'estensione dell'area di attività sportiva interessata»".*

#### 4.3

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

*All'articolo 4, comma 1, lettera b), capoverso «11-bis», al secondo periodo, dopo le parole: "emergenza sanitaria "118""", inserire le seguenti: «**o rispettivamente il numero 112, numero unico per ogni emergenza,**».*

*Conseguentemente, all'articolo 6, comma 1, 2 e 3, dopo le parole: "emergenza sanitaria "118""", inserire le seguenti: «**o rispettivamente il numero 112, numero unico per ogni emergenza,**» e all'articolo 7, commi 1 e 3, dopo le parole: "emergenza sanitaria "118""", inserire le seguenti: «**o rispettivamente il numero 112, numero unico per ogni emergenza,**»;*

#### 4.4

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

*Apportare le seguenti modificazioni:*

a) sostituire la Rubrica con la seguente: «**Utilizzo dei DAE da parte di società sportive e associazioni che usufruiscono di impianti sportivi pubblici e privati**» ;

b) al comma 1, lettera b), dopo il capoverso «11-bis», aggiungere il seguente: «**11-ter. L'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico è consentito anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare. In assenza di personale sanitario o non sanitario formato, nei casi di sospetto arresto cardiaco è comunque consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico anche a chi non sia in possesso dei requisiti di cui al primo periodo. Si applica l'articolo 54 del codice penale a colui che, non essendo in possesso dei predetti requisiti, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco, utilizza un defibrillatore e/o procede alla rianimazione cardiopolmonare.**»

Art. 5

#### 5.1

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Cantù](#), [Marin](#)

*Al comma 1, dopo le parole "da corpo estraneo" aggiungere il seguente periodo:*

«Le iniziative di formazione di cui al presente comma devono prevedere nozioni di diritto penale

e civile atte a chiarire la mancanza di responsabilità, sia in sede penale che civile, attribuibile ad un soggetto che utilizza un defibrillatore automatico o semiautomatico nel tentativo di prestare soccorso, a norma del comma 1, articolo 3 della presente norma.»

#### Art. 6

##### 6.1

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

*Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: "soggetti pubblici e privati", con le seguenti: «soggetti pubblici».*

##### 6.2

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Al comma 1 primo periodo dopo le parole "devono darne comunicazione", aggiungere le seguenti: "attraverso modulistica informatica"*

##### 6.3

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Al comma 1, sostituire il secondo periodo con il seguente:*

"I soggetti pubblici e privati che si dotano di DAE successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, all'atto dell'acquisto devono comunicare attraverso modulistica informatica, alla centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118?» territorialmente competente, le caratteristiche, la marca e il modello, l'esatta ubicazione, gli orari di accessibilità al pubblico, la data di scadenza delle parti deteriorabili, quali batterie e piastre adesive, nonché gli eventuali nominativi dei soggetti in possesso dell'attestato di formazione all'uso dei DAE. I soggetti di cui al precedente periodo sono tenuti altresì a inviare comunicazione di ogni variazione rispetto ai dati inviati in precedenza."

##### 6.4

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Sostituire il comma 2 con il seguente:*

"Nei luoghi pubblici e privati presso i quali è presente un DAE registrato ai sensi del comma 1 deve essere individuato un soggetto referente per la gestione del DAE, per una adeguata informazione all'utenza e per le comunicazioni con le centrali operative. La centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118» territorialmente competente, sulla base dei dati forniti, presta un servizio di segnalazione periodica delle date di scadenza delle parti deteriorabili dei DAE."

##### 6.5

[Faraone](#), [Parente](#)

*Al comma 2, aggiungere infine le seguenti parole: «La medesima centrale operativa è tenuta a conservare ed aggiornare il registro dei DAE e ad evidenziare in cartografia tutti DAE distribuiti sul territorio di sua competenza. Parimenti, la medesima centrale operativa è tenuta a conservare ed aggiornare il registro degli operatori DAE che hanno ricevuto adeguata formazione, e a dare lettura dei dati registrati dai singoli DAE dopo ogni utilizzo».*

##### 6.6

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

*Al comma 3, alinea, dopo le parole: "I DAE", inserire le seguenti: «nei luoghi pubblici».*

##### 6.7

[Stabile](#), [Rizzotti](#), [Binetti](#)

*Al comma 3, primo periodo, aggiungere alla fine le seguenti parole:*

«e attivare la chiamata automatica alla centrale operativa in caso di utilizzo.».

#### Art. 7

##### 7.1

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Binetti](#)

*Al comma 3, sostituire le parole "novanta giorni" con le seguenti: "sessanta giorni".*

Conseguentemente, al medesimo comma, dopo le parole: "Ministero della salute", aggiungere le seguenti: "entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge,".

Art. 8

### 8.1

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

*Al comma 1, dopo le parole "rianimazione cardiopolmonare" aggiungere le seguenti:*

«le manovre di disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo»

### 8.2

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Cantù](#), [Marin](#)

*Al comma 1, dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

«2-bis. Le campagne di informazione e di sensibilizzazione sociale di cui ai precedenti commi 1 e 2 del presente articolo, devono prevedere informazioni atte a chiarire la mancata responsabilità, in sede penale e civile, attribuibile ad un soggetto che utilizza un defibrillatore automatico o semiautomatico nel tentativo di prestare soccorso, a norma del comma 1, articolo 3 della presente norma.»

## 1.3.2.1.18. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 148 (ant.) dell'08/07/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**MERCOLEDÌ 8 LUGLIO 2020**  
**148<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza del Presidente*  
**COLLINA**

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 8,40.*

*IN SEDE REDIGENTE*

**(867-B) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni**, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati  
(Seguito e conclusione della discussione)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 30 giugno.

Il **PRESIDENTE** dà conto del parere espresso dalla Commissione bilancio su testo ed emendamenti (non ostativo sul testo e sull'emendamento 2.1; contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sull'emendamento 7.1).

Si procede all'esame degli ordini del giorno.

Previo parere favorevole della Relatrice, il rappresentante del GOVERNO accoglie l'ordine del giorno n. G/867-B/2/12.

La Relatrice esprime parere favorevole sull'ordine del giorno G/867-B/3/12, a condizione che il primo punto del dispositivo sia riformulato nel senso di impegnare il Governo a valutare l'opportunità di ulteriori misure solo in esito al monitoraggio sugli effetti del provvedimento in esame.

Il rappresentante del GOVERNO esprime parere conforme a quello della Relatrice.

Poiché la senatrice **STABILE** (FIBP-UDC) accetta la predetta riformulazione, l'ordine del giorno G/867-B/3/12 è accolto dal Governo nel testo 2 pubblicato in allegato.

Si passa all'esame degli articoli modificati o introdotti dalla Camera e degli emendamenti ad

essi correlati.

Previa verifica del numero legale, è posto in votazione e approvato l'articolo 1.

Posto in votazione con il parere contrario della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, è respinto l'emendamento 2.1. E' quindi posto ai voti e approvato l'articolo 2.

In esito a distinte votazioni, sono approvati gli articoli 3, 4 e 5.

Posto in votazione con il parere contrario della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, è respinto l'emendamento 7.1. E' quindi posto ai voti e approvato l'articolo 7.

Posti distintamente ai voti, sono approvati gli articoli 8 e 9.

Il [PRESIDENTE](#), dopo aver avvertito che si passa alla votazione del mandato alla Relatrice, prende atto che non ci sono richieste d'intervento per dichiarazione di voto.

La Commissione conferisce infine mandato alla relatrice Boldrini a riferire all'Assemblea in senso favorevole all'approvazione del disegno di legge n. 867-B, nel testo trasmesso dalla Camera, autorizzandola a richiedere di poter svolgere la relazione orale.

Il [PRESIDENTE](#) rileva che la Commissione ha deliberato in maniera unanime.

## IN SEDE DELIBERANTE

**(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

**(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**

**(947) Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale**

**(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni**

**(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri - e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 7 luglio.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che, secondo quanto stabilito nella seduta summenzionata, ulteriori ordini del giorno potranno essere presentati entro le ore 12 di domani, giovedì 9 luglio.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 1.

La senatrice [STABILE](#) (FIBP-UDC) illustra gli emendamenti 1.2, 1.3 e 1.4.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) interviene sul complesso degli emendamenti presentati dai senatori del proprio Gruppo, riepilogandone le finalità.

Gli emendamenti riferiti all'articolo 2 sono dati per illustrati.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 3.

La senatrice [STABILE](#) (*FIBP-UDC*) illustra l'emendamento 3.1.

Il senatore [STEGER](#) (*Aut (SVP-PATT, UV)*) illustra l'emendamento 3.2.

I restanti emendamenti all'articolo 3 sono dati per illustrati.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 4.

Il senatore [STEGER](#) (*Aut (SVP-PATT, UV)*) illustra gli emendamenti 4.1, 4.3 e 4.4.

Il restante emendamento all'articolo 4 è dato per illustrato, così come l'emendamento riferito all'articolo 5.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 6.

Il senatore [STEGER](#) (*Aut (SVP-PATT, UV)*) illustra gli emendamenti 6.1 e 6.6.

La senatrice [STABILE](#) (*FIBP-UDC*) illustra gli emendamenti 6.3, 6.4 e 6.7.

I restanti emendamenti all'articolo 6 sono dati per illustrati, così come gli emendamenti riferiti all'articolo 7 e all'articolo 8.

Non essendovi altre richieste d'intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara concluse le fasi di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

*IN SEDE REDIGENTE*

**[\(Doc. XXII, n. 2\)](#) Maria RIZZOTTI ed altri - Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale**

**[\(Doc. XXII, n. 13\)](#) AUDDINO ed altri - Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali**

**[\(Doc. XXII, n. 14\)](#) IANNONE - Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul funzionamento e sulla gestione del servizio sanitario in Campania**

**[\(Doc. XXII, n. 16\)](#) SILERI ed altri - Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)**

**[\(Doc. XXII, n. 19\)](#) ZAFFINI, CIRIANI - Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 24 giugno.

Dopo aver riepilogato lo stato dell'*iter*, il [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*), intervenendo sull'ordine dei lavori, chiede che lo svolgimento della discussione generale sia rinviato, essendo in corso valutazioni in seno al proprio Gruppo.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*), intervenendo a sua volta sull'ordine dei lavori, chiede se il Relatore abbia maturato un convincimento in ordine al testo di riferimento per il seguito della discussione.

Il [PRESIDENTE](#) assicura che la discussione generale appena aperta non sarà chiusa nella giornata odierna. Saggiunge che le determinazioni in ordine al testo base ben possono essere assunte anche al termine della discussione generale, allorquando il Relatore potrà disporre di un quadro completo delle posizioni espresse dai Gruppi.

Quindi, constatato che non vi sono richieste di intervento, dispone il rinvio del seguito della trattazione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

**[\(716\) ERRANI ed altri.](#) - *Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia***

**[\(116\) DE POLI.](#) - *Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia***

**[\(1219\) Paola BINETTI ed altri.](#) - *Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia***

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 7 luglio.

Dopo che l'unico ordine del giorno presentato è stato dato per illustrato, si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 1.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) illustra gli emendamenti 1.1, 1.2, 1.8 e 1.9.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) illustra l'emendamento 1.4.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) illustra l'emendamento 1.5.

La Relatrice illustra l'emendamento 1.6.

I restanti emendamenti all'articolo 1 sono dati per illustrati.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

*La seduta termina alle ore 9,30.*

ORDINE DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [867-B](#)

**G/867-B/3/12 (testo 2)**

[Rizzotti](#), [Stabile](#), [Siclari](#), [Binetti](#)

La 12a Commissione,  
premessò che:

il provvedimento in esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

si evidenzia che tra i compiti dell'Osservatorio di cui all'articolo 2 vi è il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla disciplina in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;

si segnala che la Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari del Ministero della salute (Racc. n. 8 del novembre 2007) intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative;

pertanto l'individuazione delle più adeguate condizioni di sicurezza dei presidi sanitari e ospedalieri, in quanto luoghi di lavoro, dovrebbe considerarsi la *conditio* inderogabile al fine di salvaguardare la più sicura operatività del personale senza trascurare la sicurezza dei pazienti e degli utenti delle strutture sanitarie ed ospedaliere;

sebbene in queste ultime settimane sia stata attuata una sorta di rivalutazione dell'immagine dei medici ed infermieri, che sono diventati eroi nazionali e guerrieri in prima linea, non si è fermata l'ostilità che talvolta si manifesta nei loro confronti: infatti la penuria di personale, soprattutto nella piena fase emergenziale, unita alla carenza di dispositivi di protezione e di *screening* ha alimentato episodi di violenza che non possono passare inosservati, segnale di uno scenario su cui appare inderogabile intervenire;

il 28 aprile, l'OMS in occasione della Giornata mondiale per la sicurezza e la salute sul lavoro, ha invitato tutti i Governi, le organizzazioni dei datori di lavoro e i sindacati, nonché la comunità globale ad adottare misure urgenti per rafforzare le capacità delle Nazioni di proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari: come sottolineato dall'OMS dall'8 per cento al 38 per cento degli operatori sanitari nel corso della propria carriera subisce violenze fisiche;

partendo da tali premesse, appare opportuno sottolineare come l'accesso alle strutture ospedaliere ed in particolare ai singoli reparti appare in taluni casi particolarmente facile, tale da legittimare il transito di profili dediti ad illeciti e potenzialmente in grado di recare danni a persone e a cose, compromettendo la vocazione di luogo di cura e di supporto delle medesime strutture;

non risulta essere stato definito un protocollo unico a livello nazionale attraverso cui garantire l'adozione di sistemi di controllo degli accessi ai presidi sanitari e ospedalieri mediante strumenti identificativi al fine di esorcizzare l'ingresso di soggetti non addetti;

si ritiene opportuno sottolineare come l'esperienza drammatica della gestione epidemiologica da COVID-19 di questi mesi abbia provveduto ad amplificare l'istanza di sicurezza unita a quella di controllo e monitoraggio degli accessi nelle strutture sanitarie;

il grado di esposizione degli operatori sanitari non solo al rischio biologico ma anche al contatto e al confronto con i degenti e con i loro parenti, e con i profili che dovrebbero essere collocati fuori dall'alveo dell'intervento diretto sanitario e la conseguente urgenza di prevedere meccanismi di controllo degli accessi, rappresentano - anche alla luce della recente esperienza sul versante sanitario - delle premesse da cui partire per rivedere l'attuale sistema di sicurezza sui luoghi di lavoro sanitario;

sarebbe stato opportuno, alla luce delle evidenze emerse con l'esperienza emergenziale in atto, rivedere alcuni punti di questo provvedimento per renderlo realmente rispondente alle istanze di una categoria, che mai come in questo periodo appare vessata,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, all'esito del monitoraggio sugli effetti del provvedimento in esame, di prevedere ulteriori misure, volte a consentire un più ampio e diffuso utilizzo di strumenti di

videosorveglianza nelle strutture sanitarie e negli ambiti individuati dalla presente legge, così come in ulteriori ambiti quali le strutture per l'infanzia e le strutture per anziani e persone con disabilità;

a favorire, nell'ambito delle proprie prerogative, la conclusione dell'iter parlamentare delle proposte di legge volte a prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso anche mediante l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza.

## 1.3.2.1.19. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (ant.) del 13/01/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MERCLEDÌ 13 GENNAIO 2021  
195<sup>a</sup> Seduta

Presidenza della Presidente  
[PARENTE](#)

*Interviene il vice ministro della salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 9,45.*

IN SEDE CONSULTIVA

**(1892) Deputati DELRIO ed altri. - Delega al Governo per riordinare, semplificare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico attraverso l'assegno unico e universale**, approvato dalla Camera dei deputati

(Parere alla 11a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta di ieri.

La [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) fa presente che le misure per il sostegno economico delle famiglie hanno caratterizzato l'operato anche dei Governi precedenti: una pluralità di interventi diversi quali il *bonus* bebé, gli assegni di maternità e i *bonus* per gli asili nido, che rappresentano misure di scopo e limitate nel tempo. Dà atto che il riconoscimento di un assegno unico per il sostegno dei figli mira all'unificazione delle diverse misure, adottate in passato, al fine di utilizzare un parametro unitario valido per tutti i nuclei familiari. Giudica la *ratio* dell'emanazione dell'assegno unico basata su due obiettivi fondamentali: in prima battuta, sostenere i genitori nella crescita dei figli, poi sostenere il figlio maggiorenne per favorirne l'autonomia.

Osserva che, data la diversità di composizione e di esigenze dei nuclei familiari, nonché la loro capacità di spesa, la consistenza effettiva dell'assegno non è commisurata alle prospettive delle famiglie stesse. In tal senso, ritiene che i criteri di gradualità per la concessione dell'assegno rappresentino un punto critico, dimostrando la limitatezza sul piano pratico della misura universalistica. Saggiunge che il supporto alle politiche demografiche dell'assegno universale viene ad essere limitato dalla scarsità delle risorse economiche previste.

Con riferimento all'articolo 2, comma 1, lettera *b*), pone alcuni interrogativi sul riconoscimento dell'assegno ai figli maggiorenni, nella fattispecie agli universitari, ai tirocinanti o a coloro che svolgono il servizio civile, evidenziando come le diverse figure rappresentino esigenze molto diverse fra loro. Paveggia pertanto che tale misura possa rappresentare un ulteriore finanziamento a pioggia

senza centrare l'obiettivo.

Nel ricordare che il Gruppo di Forza Italia è sempre stato sensibile alle misure a sostegno della famiglia, dubita che lo strumento dell'assegno universale, per come configurato dal provvedimento in esame, sia rispondente ai bisogni della stessa.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*), nel ribadire che le politiche a favore della famiglia sono sempre state nel programma politico del proprio Gruppo, giudica indispensabile superare la frammentazione normativa degli interventi a sostegno della natalità.

Osserva che il ricorso allo strumento della delega, con il rinvio all'adozione dei decreti legislativi, non conferisce concretezza all'applicazione delle norme, considerati i tempi lunghi che spesso caratterizzano la fase attuativa.

A suo avviso, l'adozione dell'assegno unico doveva coniugarsi con un riordino del sistema fiscale, in difetto del quale essa rischia di trasformarsi nella previsione dell'ennesimo *bonus*. Inoltre, paventa che l'assegno unico non rappresenti un reale aiuto al ceto medio, in quanto le risorse stanziare sono esigue. Da ultimo, critica la disposizione recata dall'articolo 1, comma 1, lettera *f*), che prevede l'erogazione dell'assegno anche agli stranieri residenti in Italia per almeno due anni, non necessariamente continuativi, lamentando che, in assenza di controlli, il beneficio potrebbe essere percepito anche senza titolo.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*), nel ricordare che il tema dell'assegno unico fu affrontato in maniera trasversale anche nella scorsa legislatura, giudica il testo, approvato dalla Camera dei deputati e risultante dall'unificazione di più progetti di legge, una cornice legislativa per superare la frammentazione delle norme già previste in materia. Si trova d'accordo nel sostenere che la denatalità non è stata in passato affrontata con adeguate risorse economiche e che i *bonus* finora erogati hanno rappresentato misure di scopo non continuative. Ritiene che la lungimiranza del provvedimento in esame consista nell'aver previsto un sostegno economico fino ai 26 anni di età, in modo da supportare non solo le famiglie, ma anche i figli nella loro ricerca di autonomia. Fa presente che l'articolo 2, comma 1, lettera *b*), destina un importo maggiorato per i figli con disabilità, che può tradursi anche in credito d'imposta. Saggiunge inoltre che è prevista l'istituzione di un organismo aperto alla partecipazione delle Associazioni dei familiari maggiormente rappresentative, che avrà il compito di monitorare l'impatto della norma. Fa rilevare che con l'attuazione del provvedimento in esame si perverrà a un graduale riordino delle norme finora previste in materia.

Da ultimo, si dichiara d'accordo con la senatrice Rizzotti sulla necessità di rapida emanazione dei decreti attuativi ed esprime la convinzione che il provvedimento rappresenti l'inizio di un percorso, che consentirà infine all'Italia di uniformarsi ai migliori *standard* europei.

La senatrice [PIRRO](#) (*M5S*), nel chiarire alcuni aspetti tecnici del provvedimento, fa presente che l'assegno unico è una misura universale rivolta a tutte le famiglie con figli. Ricorda poi le risorse aggiuntive, stanziare nella legge di bilancio per il 2021, per sostenere i nuclei familiari, pari a 3 miliardi per il 2021 e 8 miliardi per il 2022. Quanto alla critica espressa dalla senatrice Rizzotti sulla concessione dell'assegno agli stranieri residenti non continuativamente, fa presente che tale disposizione rappresenta un elemento di civiltà. Saggiunge che i percettori senza titolo delle provvidenze vanno perseguiti, a prescindere dalla loro nazionalità.

Replica brevemente la senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*), ribadendo che l'assegno unico, a suo giudizio, non dovrebbe essere erogato a chi non risiede stabilmente in Italia.

Non essendovi altre richieste d'intervento, la [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale.

La relatrice [CASTELLONE](#) (*M5S*), in sede di replica, sottolinea che l'assegno unico permette un riordino della normativa in materia, allineandola agli *standard* europei. Si sofferma in particolare sul

sostegno alla genitorialità per le madri *single* o di età inferiore ai 21 anni, per le quali non erano state previste finora disposizioni specifiche. Reputa che la denatalità nel Paese sia determinata dalla mancanza di sostegni concreti alle famiglie. Plaudendo alla completezza della norma in esame, e dando atto della complessità della stessa, propone di esprimere un parere favorevole.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia allo svolgimento della replica.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) ritiene che, data la complessità del provvedimento, della quale la stessa relatrice ha dato atto, sarebbe stata opportuna la formulazione di uno schema di parere più articolato e corredato da alcuni distinguo. Annuncia pertanto l'astensione del proprio Gruppo.

La senatrice [IORI](#) (*PD*) è dell'avviso che, per superare il problema della denatalità, sia necessario riconoscere il diritto ad usufruire di un accompagnamento di natura economica ed educativa per le famiglie. Ciò premesso, dichiara il voto favorevole del proprio Gruppo.

La senatrice [LUNESU](#) (*L-SP-PSd'Az*) condivide le perplessità emerse nel corso del dibattito e ricorda che, nel corso dell'esame presso l'altro ramo del Parlamento, le proposte emendative del Gruppo Lega non sono state prese in considerazione. Nonostante ciò, dà atto che il provvedimento in esame interviene per favorire la natalità, in un Paese che ha un rilevante problema di invecchiamento della popolazione. Rileva che il riconoscimento dell'assegno universale mira espressamente al sostegno dei figli e delle famiglie, cercando di creare un compromesso tra lavoro e natalità. Plaude al riconoscimento dell'importo maggiorato per i ragazzi disabili presenti in famiglia. Rimarca la necessità di un miglioramento della misura, ma ritiene che essa sia un primo passo verso forme di politiche attive a sostegno delle famiglie. In conclusione, annuncia il voto favorevole del proprio Gruppo.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) trova che la *ratio* del provvedimento sia condivisibile, pur riconoscendo la fondatezza delle perplessità espresse dalle senatrici Rizzotti e Binetti. Dichiara, ciò premesso, voto favorevole.

La senatrice [PIRRO](#) (*M5S*) annuncia il voto favorevole del proprio Gruppo.

Nessun altro chiedendo di intervenire, accertata la presenza del numero legale, la [PRESIDENTE](#) mette ai voti la proposta di parere favorevole, che risulta approvata.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare**

**(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 30 giugno 2020.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) ritiene che il tema centrale sia il salto di qualità che entrambi i testi in discussione prefigurano in termini di prevenzione, appropriatezza e innovazione nelle attività

sanitarie e socio sanitarie nella medicina territoriale, di famiglia e scolastica.

Si tratta a suo avviso di affrontare normativamente il problema della costruzione della rete distrettuale dei medici e infermieri di famiglia, che vada a coadiuvare il medico di cure primarie negli interventi di prevenzione, assistenza e cura domiciliare dei fragili e cronici secondo parametri di medicina di prevenzione accreditata e a contratto.

Ritiene che si debba costruire una "architrave evolutiva" del testo con un mandato al relatore, ove questo percorso fosse condiviso, perché su un argomento di questo genere sarebbe auspicabile deliberare all'unanimità, con un approccio coerente alla messa in campo di un nuovo sistema di governo delle acuzie e della cronicità, incentrato sulla prevenzione e sulla promozione della salute.

Rileva che oltre il 75 per cento delle risorse economiche del bilancio per la Sanità sono destinate alla cronicità: senza un cambio di paradigma delle cure croniche non si affronta strutturalmente il problema della scarsità di risorse per la sostenibilità futura in chiave universalistica del sistema sanitario, in chiave di riduzione al minimo dell'ospedalizzazione e riconduzione delle risposte di salute al livello domiciliare e ambulatoriale. Precisa che, in tale ottica, la figura dell'infermiere di famiglia non può prescindere dall'istituzione della rete di medicina territoriale *one health* di promozione della salute, che comprende anche i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia in stretto raccordo e integrazione con i medici di continuità assistenziale.

Ritiene che alcuni postulati fondamentali non possono non essere tenuti in considerazione normativamente: occorrono strumenti di integrazione dei dati e delle informazioni mediante la messa in rete delle banche dati assistite, la trasformazione del fascicolo sanitario elettronico in fascicolo socio sanitario elettronico, la messa a disposizione della strumentazione di primo inquadramento diagnostico agganciato a supporto specialistico "*SOS Second Opinion Supporting*", personale amministrativo e ausiliario a supporto dei medici di cure secondo *standard*/parametri definiti.

Sottolinea che occorrono nuovi principi regolatori legittimanti a LEA un modello di presa in carico basato sulla condivisione di azioni, obiettivi e risultati di prevenzione e cura nella forma di *team* o *microteam* con infermiere e assistente sanitario, privilegiando il rapporto di convenzione opportunamente adeguato e sviluppando i parametri fondamentali, assunti a Contenuto Minimo Assistenziale del nuovo sistema garanzia dei LEA di Prevenzione e Medicina Territoriale, in una Rete delle Cure Primarie che comprende anche lo specialista ambulatoriale 'interno', con presenze decentrate ambulatoriali e domiciliari non solo nei presidi territoriali ma anche utilizzando gli strumenti di telemedicina e collaborando al telemonitoraggio in una logica di vera integrazione del *microteam* anche sul versante sociale.

Per il perseguimento delle finalità di entrambi i provvedimenti reputa imprescindibile una disciplina di garanzia per la strutturazione della Rete territoriale dei medici e infermieri di famiglia.

Osserva che, in chiave sistematica, dovrebbero qualificarsi ruolo e compiti dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie.

Soggiunge alcune esemplificazioni del percorso prospettato, rappresentando che nell'ambito del settore delle cure primarie dovrebbe essere prevista l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come professionista erogatore del servizio infermieristico e delle professioni sanitarie, in forma singola o associata, a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. I compiti di assistenza domiciliare in capo all'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, a suo parere, si dovrebbero rinvenire in normazione di rango nazionale, e dovrebbero essere intesi quali compiti di assistenza sanitaria, alternativi al ricovero ospedaliero, erogati in collaborazione con il medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta presso il domicilio del paziente, in presenza di patologie trattabili a domicilio e che non richiedano il ricovero ospedaliero.

Fa cenno alla necessità del riconoscimento, con disciplina di rango nazionale, anche della figura dell'assistente familiare, richiamando quanto si ebbe a dedurre in sede di affare assegnato 456 come proposta congiunta di tutte le forze di minoranza. Anziché fare una sanatoria per i migranti, propone di finalizzare almeno una parte delle importanti risorse disponibili, cassa integrazione compresa, per creare lavoro strutturato e giustamente remunerato per i cittadini italiani, nell'ambito dell'assistenza e

cura al domicilio delle persone e delle famiglie, istituendo il ruolo professionale dell'assistente familiare non solo per la protezione dell'anziano fragile (marginalizzando i ricoveri in struttura) ma anche di disabili non autosufficienti e minori, con un innovativo riconoscimento del lavoro di assistenza e cura del *caregiver* familiare.

Ritiene che in questi due anni e nove mesi di legislatura si sia appurato che il reddito di cittadinanza non crea una prospettiva di riscatto individuale per una nuova occupazione lavorativa, non almeno nei termini attesi, al contrario delle misure alternative che si propone di implementare.

Osserva, infatti, che si potrebbero creare nuovi posti di lavoro strutturati che prevalentemente assorbano la schiera di lavoratori provenienti dai settori ad elevata interazione con il pubblico, a ciò destinando il cosiddetto reddito di emergenza in fase di adozione, condizionandolo allo svolgimento di un lavoro di comunità che privilegia la disponibilità all'accudimento socioassistenziale e socioeducativo di minori, disabili, anziani. Ciò - aggiunge - permetterebbe di avviare un percorso di riconoscimento non solo etico ma giuridico-economico e previdenziale al lavoro di cura 'dentro' e 'per' la famiglia, con percorso responsabilizzante per ogni beneficiario del reddito di emergenza accompagnato da corsi di formazione differenziati e con supporto a distanza nel progetto di presa in carico del fragile a domicilio in *team care* con gli infermieri di famiglia e con i medici di cure primarie, a garanzia di appropriata continuità assistenziale del paziente a domicilio.

È un intervento che a suo giudizio si inserirebbe nel processo di rafforzamento sostanziale della medicina territoriale.

Reputa che il ripensamento dell'istituzionalizzazione e la riduzione della pressione sulle RSA nella nuova Rete di Long Term Care parta strategicamente dal potenziamento dei servizi domiciliari di presa in carico di anziani, disabili, minori non autosufficienti, che con la formula proposta darebbe anche lavoro ai cittadini, con una visione che va ad incrociare la curva discendente dell'emergenza sanitaria con quella ascendente dell'emergenza economica e sociale.

Qualificare il lavoro degli assistenti familiari, contrastare il lavoro sommerso e irregolare, sostenere le famiglie e le persone assistite sia economicamente che attraverso il supporto di azioni di orientamento e consulenza: queste le direttrici fondamentali dell'iniziativa legislativa auspicata, che si inserisce in un disegno più ampio di strategie di riqualificazione del sistema sanitario 'non solo cure Covid'.

Osserva che si tratta di un modello innovativo di regolazione e della formazione di un nuovo *welfare* di lavoro e di sostegno alla domiciliarità, con LEA socio sanitari e socio assistenziali integrati di contrasto all'emergenza sociale anti e *post Covid*.

A risorse date, ritiene che si potrebbe indentificare quale *target* prioritario il 40 per cento di quelli più compromessi degli 1,2 milioni di anziani con problemi cognitivi e/o demenze.

Per il percorso relativo alla formazione al lavoro di assistente familiare, reputa che si possano prevedere brevi sessioni di addestramento del *caregiver* da parte dell'infermiere di famiglia (formatore e certificatore) sul monitoraggio e sui sistemi di allerta.

Inoltre, attraverso delle schede educazionali, si può a suo avviso verificare l'avvenuto raggiungimento della capacità di gestire in modo autonomo il sistema di tele monitoraggio/teleconsulto, che permette all'assistente familiare di raggiungere sempre l'infermiere, che valuterà la necessità di allertare il medico di medicina generale. Saggiunge che le competenze ulteriori, relative all'igiene della persona e alle norme di primo soccorso, potrebbero essere ugualmente verificate, attraverso delle schede di addestramento, da parte dell'infermiere di famiglia.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) osserva che i temi delle cure primarie e dell'infermiere di famiglia sono venuti drammaticamente all'attenzione proprio nel periodo di emergenza sanitaria, in cui una sanità territoriale forte avrebbe permesso una gestione preventiva delle malattie, limitando l'accesso alle strutture ospedaliere.

In tal senso, l'istituzione dell'infermiere di famiglia è a suo giudizio positiva: agevolerà il supporto familiare nella corretta gestione della salute e renderà possibile una presenza capillare sul territorio, soprattutto per raggiungere le aree più interne del Paese.

Con riferimento ai suggerimenti pervenuti durante le audizioni, si augura che essi possano essere presi

in considerazione per semplificare il processo di inclusione di questa figura professionale. Paventa tuttavia che il riconoscimento dell'infermiere di famiglia non sia sufficiente, tenuto conto della pluralità di professionalità sanitarie richieste per la gestione dei bisogni di salute. Domanda se l'introduzione di tale figura vada a sommarsi alle 22 professionalità già esistenti o si tratti di una specializzazione dell'infermiere, già iscritto all' Ordine delle Professioni Infermieristiche. Inoltre, chiede se l'inserimento dell'infermiere di famiglia negli ambiti di operatività previsti dal provvedimento in esame abbia carattere di esclusività oppure interferisca sull'operatività degli altri infermieri che esercitano in tali contesti.

Con riferimento al disegno di legge n. 1346, ritiene che le maggiori criticità siano contenute nell'articolo 4, per la sovrapposizione di alcune competenze della nuova figura con quelle proprie dell'assistente sanitario. Reputa inoltre che vengano a crearsi competenze sovrapponibili a quelle dell'infermiere *tout court* e stima pertanto necessario operare dei distinguo.

Nel preannunciare la volontà di tradurre in emendamenti le perplessità manifestate, ritiene fondamentale istituire una figura professionale concretamente operativa, che abbia una formazione adeguata alle diverse esigenze di cura.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) ricorda che nel decreto-legge "Rilancio" la figura dell'infermiere di famiglia è stata già delineata, e che occorre in questa sede definirne ruoli e funzioni. Fa presente che l'Organizzazione mondiale della sanità ha indicato le peculiarità di tale figura professionale e richiama le esperienze positive fatte in alcune Regioni in cui essa è operativa, che hanno dimostrato che può esistere una adeguata risposta sanitaria sul territorio. Segnala che l'istituzione delle USCA ha limitato gli accessi alle strutture ospedaliere.

Ritiene che l'infermiere di famiglia debba essere un professionista che, con adeguate competenze *post* laurea e formazione specifica, sia in grado di far attivare tutti i servizi necessari (anche psicologici e assistenziali) per affrontare le diverse esigenze del malato e della famiglia.

Concorda circa l'opportunità di prendere in considerazione i suggerimenti emersi durante le audizioni, così come trova utile tenere conto di alcune linee guida che le Regioni hanno già promosso. Rimarca, infine, che la figura dell'infermiere di famiglia rappresenta solo una parte di una *équipe* professionale, composta anche dal medico di base e dal pediatra di libera scelta, ed è funzionale allo sviluppo di una reale sanità di prossimità.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

**[\(716\) ERRANI ed altri.](#) - *Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia***

**[\(116\) DE POLI.](#) - *Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia***

**[\(1219\) Paola BINETTI ed altri.](#) - *Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia***

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'8 luglio 2020.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che è in corso la fase di illustrazione degli emendamenti.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 2.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) dà conto dell'emendamento 2.1.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

*La seduta termina alle ore 11,15.*



## 1.3.2.1.20. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 210 (ant.) dell'08/04/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
GIOVEDÌ 8 APRILE 2021  
210<sup>a</sup> Seduta

Presidenza della Presidente  
[PARENTE](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 8,35.*

IN SEDE CONSULTIVA

**(2144) Conversione in legge del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41, recante misure urgenti in materia di sostegno alle imprese e agli operatori economici, di lavoro, salute e servizi territoriali, connesse all'emergenza da COVID-19**

(Parere alle Commissioni 5a e 6a riunite. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 31 marzo.

La [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale.

La senatrice [CASTELLONE](#) (M5S) considera il decreto-legge in esame un'occasione per dare un segnale forte al Paese, intervenendo in primo luogo sul sistema di emergenza urgenza sanitaria. Fa presente che il Gruppo M5S presenterà emendamenti presso le Commissioni di merito per sostenere, anche da un punto di vista economico, gli operatori del 118 e i volontari autisti soccorritori. Ricorda che in materia di emergenza urgenza e di autisti soccorritori sono stati presentati anche appositi disegni di legge, assegnati alla Commissione. Nel formulare l'auspicio che tutti i Gruppi parlamentari sostengano l'approvazione delle annunciate proposte emendative, richiama l'attenzione sulla difficile situazione in cui versano i medici del 118, che in alcune Regioni, come la Campania, si sono perfino visti revocare l'indennità di rischio che in precedenza era stata loro riconosciuta. Più in generale, lamenta la mancata valorizzazione del personale in questione, che continua ad essere in prima linea nel fronteggiare l'emergenza epidemiologica.

In merito alla medicina generale, manifesta l'avviso che un potenziamento della sanità territoriale possa avvenire soltanto ampliando la platea dei medici deputati all'erogazione delle cure primarie. Fa rilevare, al riguardo, l'opportunità di valorizzare la specializzazione in medicina di territorialità e cure primarie, riconosciuta recentemente dal Ministero della salute.

La senatrice [STABILE](#) (*FIBP-UDC*) si sofferma sui problemi di inquadramento contrattuale della dirigenza amministrativa, professionale e tecnica del Servizio sanitario nazionale, in relazione a quanto previsto dall'articolo 1, comma 687 della legge di bilancio 2019. Auspica che attraverso emendamenti al provvedimento in esame detti problemi possano essere affrontati e risolti.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) plaude al corposo impegno di risorse messo in campo dal Governo con il provvedimento in esame, pur ravvisando la necessità di ulteriori stanziamenti. Dopo aver criticato i tagli lineari subiti in passato dal settore sanitario, si sofferma sull'articolo 20, concernente il tema delle vaccinazioni, che a suo avviso muove un passo nella giusta direzione. Dopo aver osservato che l'attuazione del Piano vaccinale è essenziale anche per la ripresa economica del Paese, auspica una ulteriore accelerazione della campagna in atto, attraverso la somministrazione dei vaccini sui luoghi di lavoro e un maggiore coinvolgimento dei medici di cure primarie e degli infermieri. Riguardo a questi ultimi, trova opportuno prevedere deroghe al regime di esclusività per i dipendenti del Servizio sanitario nazionale, funzionali ad un accresciuto apporto alle somministrazioni. Si duole di dover rilevare, ancora una volta, la mancanza di interventi per la stabilizzazione del personale precario di Agenas, a fronte del discusso impiego di risorse per finanziare le consulenze esterne della predetta Agenzia. Si augura che vi sarà modo di integrare il provvedimento allo scopo di colmare la lacuna evidenziata. Da ultimo, annuncia la presentazione di un emendamento, presso le Commissioni di merito, in materia di credito d'imposta per la ricerca.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) reputa il provvedimento in esame particolarmente rilevante e atteso, stanti le numerose attività economiche in affanno, di cui sono testimonianza le recenti manifestazioni di piazza. Si sofferma, in particolare, su due aree di intervento: i vaccini e il supporto psicologico. Quanto al primo aspetto, ritiene necessario ampliare la platea dei vaccinatori e il novero dei luoghi adibiti alla somministrazione: occorre, a suo avviso, agevolare la partecipazione dei medici specializzandi alle attività vaccinali e consentire l'inoculazione anche all'interno delle parafarmacie. In merito al secondo aspetto, giudica fondamentale fornire un supporto adeguato, non solo in ambito scolastico, ma anche familiare, laddove siano presenti maggiori necessità di sostegno.

Il senatore [SICLARI](#) (*FIBP-UDC*) valuta positivamente le misure adottate dal Governo per superare la situazione di emergenza sanitaria ed economica. Plaude, soprattutto, all'attenzione data all'implementazione della campagna vaccinale. In merito ai problemi legati alle reazioni avverse, ritiene che sia giunto il momento di affrontare il tema della responsabilità, specie nell'ottica dei possibili effetti di medio-lungo periodo delle vaccinazioni. Segnala l'esigenza di assicurare non solo l'approvvigionamento dei vaccini in quantità sufficiente a coprire il fabbisogno, ma anche un numero adeguato di vaccinatori. Sul punto, invita a considerare attentamente la possibilità di demandare ad agenzie per il lavoro il reclutamento di medici in quiescenza. Richiama inoltre l'attenzione sul rischio che medici impiegati nella sanità privata possano lasciare il proprio posto di lavoro per proporsi come vaccinatori nelle strutture pubbliche, essendo tale ruolo più remunerativo, lasciando nelle strutture di provenienza vuoti di organico difficilmente colmabili.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 13 gennaio.

Riprende l'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 2.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) illustra gli emendamenti 2.11, 2.13, 2.14, 2.15 e 2.16.

La relatrice [PIRRO](#) (M5S) dà conto delle proposte emendative 2.3, 2.4, 2.6, 2.8, 2.12 e 2.18.

I restanti emendamenti all'articolo 2 sono dati per illustrati, così come gli emendamenti riferiti all'articolo 3.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 4.

La relatrice [PIRRO](#) (M5S) dà conto degli emendamenti 4.4, 4.6 e 4.10.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) illustra la proposta emendativa 4.2.

I restanti emendamenti all'articolo 4 sono dati per illustrati, così come le proposte emendative riferite all'articolo 5 e al titolo del provvedimento.

Poiché nessun altro chiede di intervenire, la [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

*La seduta termina alle ore 9,15.*

## 1.3.2.1.21. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 284 (pom.) del 15/02/2022

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MARTEDÌ 15 FEBBRAIO 2022  
284<sup>a</sup> Seduta

Presidenza della Presidente  
[PARENTE](#)

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 14,35.*

IN SEDE REDIGENTE

**(1748) MAUTONE.** - *Istituzione della Giornata nazionale per la donazione del midollo osseo*  
(Discussione e rinvio)

La relatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) illustra il provvedimento in titolo, manifestando l'auspicio di un passaggio alla sede deliberante.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

**(1969) Valeria ALESSANDRINI ed altri.** - *Disposizioni in materia di consegna di medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento*

(Discussione e rinvio)

Il relatore [MAUTONE](#) (M5S) illustra il provvedimento in titolo.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

**(1325) MAUTONE ed altri.** - *Istituzione della Giornata nazionale per la promozione dell'allattamento al seno*

(Discussione e rinvio)

La relatrice [LUNESU](#) (L-SP-PSd'Az) illustra il provvedimento in titolo.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

**(1980) CAMPARI ed altri.** - *Modifiche alla legge 14 agosto 1991, n. 281, in materia di animali di*

***affezione e prevenzione del randagismo***

(Discussione e rinvio)

Il relatore [MARINELLO](#) (M5S) illustra il provvedimento in titolo.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

***(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia***

***(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia***

***(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia***

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'8 aprile 2021.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti a suo tempo presentati.

Dopo aver dato atto che non è ancora stata completata l'acquisizione dei prescritti pareri, comunica che sono stati presentati: da parte della relatrice Pirro, le riformulazioni 1.6 (testo 2) e 2.12 (testo 2), nonché i nuovi emendamenti 3.100, 5.100, 5.200, 5.300 e 5.400; da parte della senatrice Binetti, il testo 2 dell'emendamento 4.1; da parte del senatore Faraone, il testo 2 dell'emendamento 5.5 (emendamenti e riformulazioni anzidetti pubblicati in allegato).

Dopo un intervento incidentale della relatrice [PIRRO](#) (M5S), la [PRESIDENTE](#) propone di fissare il termine per la presentazione di eventuali subemendamenti - riferiti agli emendamenti 3.100, 5.100, 5.200, 5.300 e 5.400, che sono dati per illustrati - alle ore 12 di domani.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

***(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare***

***(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità***

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 24 giugno 2021.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti. Avverte che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri delle Commissioni 1a e 5a, rammentando che quest'ultima ha chiesto formalmente al Governo, in data 13 luglio 2021, la relazione tecnica.

Il sottosegretario SILERI riferisce di aver sollecitato la predisposizione della relazione tecnica.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

*IN SEDE CONSULTIVA*

**Affare assegnato sul Documento CCLXIII, n. 1: "Prima relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), riferita all'anno 2021" ( [n. 1055](#) )**  
(Parere alle Commissioni 5ª e 14ª riunite. Esame e rinvio)

La relattrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) riferisce sul documento in titolo.

Si tratta della prima relazione governativa sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nell'ambito delle relazioni semestrali previste dalla relativa disciplina nazionale. Il documento concerne in modo particolare gli obiettivi e i traguardi previsti per la fine dell'esercizio 2021, oggetto della rendicontazione alla Commissione europea ai fini del riconoscimento della prima rata di finanziamento. Nel documento si precisa che, a partire dal 2022, le relazioni saranno trasmesse al Parlamento entro la prima metà di aprile ed entro la fine di settembre e che, di conseguenza, ciascuna relazione recherà sia le indicazioni conclusive sulla rata semestrale di finanziamento oggetto della precedente rendicontazione (effettuata alla Commissione europea) sia lo stato di avanzamento degli interventi oggetto della successiva rata semestrale.

Le valutazioni sull'attuazione del Piano sono condotte sulla base di indicatori associati a ciascuna riforma o investimento, strutturati in traguardi (relativi alle fasi dell'attuazione delle misure) e obiettivi (indicatori misurabili dello stato di attuazione delle misure).

La prima rata semestrale è prevista in relazione a 51 traguardi od obiettivi (da conseguire entro il 31 dicembre 2021); tale prima rata consiste in un contributo finanziario di 11,5 miliardi e in un prestito di 12,6 miliardi, per un totale di 24,1 miliardi; da tali valori deve essere detratta una quota del prefinanziamento già corrisposto all'Italia; l'importo complessivo della prima rata, al netto del prefinanziamento, è pari a 21 miliardi di euro.

Secondo quanto rappresentato dalla relazione in esame, l'Italia ha conseguito i 51 obiettivi e traguardi richiesti entro il 31 dicembre 2021.

Il documento ricorda che il Piano nazionale di ripresa e resilienza ha posto, per la scadenza del 31 dicembre 2021, un unico traguardo di competenza del Ministero della salute, consistente nell'adozione del piano di riorganizzazione delle strutture sanitarie per l'emergenza pandemica. Il traguardo in oggetto è iscritto nella missione 6, componente 2, rubricata "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale", all'interno dell'investimento n. 1.1, relativo all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Tale investimento è articolato nei due distinti sub-investimenti, denominati rispettivamente "digitalizzazione" - al quale è riconducibile il traguardo in parola - e "grandi apparecchiature".

Il traguardo deve considerarsi raggiunto, secondo quanto riportato dal Governo, in virtù dell'approvazione del piano di riorganizzazione volto a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del Servizio sanitario nazionale di affrontare adeguatamente le emergenze pandemiche grazie all'incremento del numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva.

La spesa complessiva per tale investimento è pari a 4,05 miliardi di euro. Al sub-investimento "digitalizzazione", sono destinati 2,86 milioni, comprensivi di 1,41 milioni inerenti a progetti già avviati dal Ministero della salute, relativi al rafforzamento strutturale del Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero predisposti per fronteggiare l'emergenza da COVID-19, di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 34 del 2020 (convertito dalla legge n. 77 del 2020).

Riguardo ad ulteriori profili del documento, per quanto di interesse della 12ª Commissione, rileva anche il traguardo (di competenza della Presidenza del Consiglio dei ministri - Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità) dell'entrata in vigore della legge quadro per rafforzare l'autonomia delle persone con disabilità (legge n. 227 del 2021, in vigore dal 31 dicembre 2021).

La relazione in esame fornisce, inoltre, elementi di sintesi relativi alle iniziative adottate dalle amministrazioni titolari degli interventi per conseguire i traguardi e gli obiettivi fissati per il periodo successivo al 2021.

Tra le principali iniziative di competenza del Ministero della salute, il documento ricorda la definizione della ripartizione programmatica delle risorse destinate agli interventi, riconducibili alla

missione n. 6, aventi come soggetti attuatori le regioni e le province autonome. Si tratta di risorse per complessivi 8,04 miliardi di euro, di cui 6,59 a valere sul PNRR e 1,45 a valere sul Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC). In sede di Conferenza Stato-Regioni è stata sancita l'intesa (nella seduta del 12 gennaio 2022) sullo schema di decreto ministeriale di riparto delle summenzionate risorse tra le regioni e le province autonome.

Gli interventi oggetto del predetto riparto a valere sulle risorse del PNRR relative alla componente 1 ("Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale") della missione 6 sono i seguenti:

§ Investimento 1.1: Casa della comunità e presa in carico della persona (importo: 2 miliardi; *target*: almeno 1.350 Case della comunità entro giugno 2026);

§ Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura. Sub-investimento 1.2.2: Centrali Operative Territoriali - COT, a sua volta articolato negli interventi di realizzazione delle COT, di interconnessione aziendale, di fornitura di *device* a supporto degli operatori e dei pazienti (importo: 204,52 milioni; *target*: almeno 600 COT entro giugno 2024);

§ Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di comunità (importo: un miliardo; *target*: almeno 400 Ospedali di comunità entro giugno 2026).

Gli interventi oggetto del riparto a valere sulle risorse del PNRR e, con riferimento al solo investimento 2.2, sulle risorse del PNC relative alla menzionata componente 2 della missione 6 sono i seguenti:

§ Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Sub-investimento 1.1.1: Digitalizzazione dipartimenti emergenza e accettazione - DEA di primo e secondo livello (importo: 1,45 miliardi; *target*: 280 strutture digitalizzate entro il 2025). Sub-investimento 1.1.2:

Grandi apparecchiature (importo: 1,19 miliardi; *target*: 3.100 apparecchiature entro il 2024);

§ Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (importo: 638,85 milioni a valere sul PNRR e 1,45 miliardi a valere sul PNC; *target*: 109 interventi antisismici entro giugno 2026, con le risorse PNRR; 220 interventi antisismici entro dicembre 2026, con le risorse PNC);

§ Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Sub-investimento 1.3.2: Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute, analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria. Sub-misura: adozione da parte delle regioni e province autonome di quattro flussi informativi nazionali (importo: 30,3 milioni; *target*: tutte le regioni e province autonome adottano flussi per riabilitazione e cure primarie entro giugno 2023 e flussi per ospedali di comunità e consultori entro giugno 2025);

§ Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere (importo 80,02 milioni; *target*: 293.386 dipendenti formati).

Le regioni e province autonome sono chiamate a presentare i piani regionali (contenenti i piani di azione, per ciascuna linea di investimento, volti al raggiungimento dei traguardi e degli obiettivi) entro il 28 febbraio 2022. Tali piani regionali costituiscono parte integrante del Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) che dovrà essere sottoscritto, tra il Ministero della salute e l'ente territoriale, entro il 31 maggio 2022, a pena di revoca delle risorse assegnate.

In conclusione, la relatrice ricorda che le risorse del dispositivo di ripresa e resilienza - ovvero le risorse attivabili in virtù dell'approvazione (in sede europea) del PNRR - destinate al settore della salute ammontano complessivamente a 15,63 miliardi di euro. A queste si aggiungono: 1,71 miliardi di euro, derivanti dalle risorse del programma europeo complementare REACT-EU e dei quali il PNRR tiene comunque conto (nell'ottica di un approccio integrato); 2,89 miliardi di euro, derivanti dalle risorse relative al suddetto PNC (di cui 2,39 miliardi di competenza del Ministero della salute).

La [PRESIDENTE](#) comunica che, come convenuto in sede di Ufficio di Presidenza, l'esame proseguirà dopo l'audizione del Ministro della salute, che dovrebbe essere svolta - previa autorizzazione del Presidente del Senato - in sede di Commissioni riunite 5a, 12a e 14a.

La relatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*), intervenendo sull'ordine dei lavori, formula l'auspicio che il Ministro dedichi all'audizione innanzi alle Commissioni riunite un tempo congruo, sì da assicurare ai Gruppi spazi d'intervento adeguati.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

*La seduta termina alle ore 15,10.*

## EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [716](#)

Art. 1

### 1.6 (testo 2)

La Relatrice

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

«Art. 1

*(Finalità e riconoscimento della guarigione delle persone affette da epilessia)*

1. La presente legge ha la finalità di consentire e di assicurare la piena inclusione e il miglioramento della qualità di vita delle persone con epilessia, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci e terapie adeguate. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, o affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali e secondo criteri definiti e acquisiti nella letteratura scientifica nelle sue evoluzioni, attesti che la persona è clinicamente guarita, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza da quest'ultimo.

Art. 2

### 2.12 (testo 2)

La Relatrice

*Apportare le seguenti modificazioni:*

a) *al comma 5, dopo le parole "epilessia farmaco-resistenti" aggiungere le seguenti "con perdita di contatto con l'ambiente o capacità di agire";*

b) *al comma 6, dopo le parole "epilessia farmaco-resistenti" aggiungere le seguenti "con perdita di contatto con l'ambiente o capacità di agire";*

Art. 3

### 3.100

La Relatrice

*Al comma 1, sostituire le parole "e determina un ragionevole accomodamento, ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione" con le seguenti ", anche in tal caso, bisogna promuovere l'inserimento lavorativo della persona con epilessia garantendo ad essa la possibilità di mantenere una condizione lavorativa autosufficiente".*

Art. 4

#### **4.1 (testo 2)**

[Binetti](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

*Sostituire l'articolo con il seguente:*

#### «Articolo 4

##### *(Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia)*

1. È istituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale Permanente per l'Epilessia, con il compito di tutelare il diritto delle persone con epilessia a non essere discriminate in ragione della loro malattia e ad avere su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di inclusione sociale e assistenza sociosanitaria uniformi e omogenei.

2. L'Osservatorio propone:

a) al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico; (uguale ad emendamento Relatrice 4.6 lettera a-bis))

b) l'adozione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano delle iniziative a favore delle persone con epilessia proponendo, ove necessario, gli interventi ritenuti opportuni per il conseguimento degli obiettivi alle quali esse sono preordinate;

c) alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e ove già adottati, ne valuta l'idoneità;

d) la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992;

e) l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;

f) l'aumento dei posti disponibili e l'adeguata distribuzione sul territorio nazionale dei corsi di perfezionamento post-laurea per la prevenzione e la cura dell'epilessia;

g) le azioni necessarie al superamento di ogni pregiudizio sull'epilessia e all'inclusione sociale delle persone con epilessia nonché a promuovere la ricerca, l'assistenza e la cura delle epilessie.

3. L'Osservatorio nazionale permanente per le epilessie, per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali può chiedere che suoi rappresentanti vengano sentiti dai Ministeri competenti, dall'AIFA, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'Osservatorio nazionale è composto, oltre che da tre esperti indicati dal Ministero della salute, da tre membri indicati dalle associazioni delle persone con epilessia, da tre specialisti indicati dalle società scientifiche di riferimento per l'epilessia. Il Presidente è eletto dai membri dell'Osservatorio tra i tre esperti nominati dal Ministero della salute. A seguito della prima convocazione l'Osservatorio adotta un regolamento per il proprio funzionamento.»

#### Art. 5

#### **5.100**

La Relatrice

*Sopprimere il comma 1.*

#### **5.200**

La Relatrice

*Al comma 3, sostituire le parole "direttiva 2009/112/CE" con le seguenti "direttiva 2009/113/CE".*

**5.5 (testo 2)**

[Faraone](#), [Parente](#)

*Al comma 3, lettera a), sopprimere il punto 3).*

**5.300**

La Relatrice

*Al comma 3, lettera a), sostituire il punto 2) con il seguente:*

*"2) dopo il secondo periodo è inserito il seguente:"* La persona con epilessia a cui il medico specialista in neurologia o disciplina affine certifica l'idoneità alla guida di ogni tipo di veicolo, a seguito dell'accertamento obbligatorio effettuato dalla competente commissione medica, ha diritto al rilascio o al rinnovo della patente ordinaria di guida per tutte le categorie di veicoli."

*Conseguentemente, sopprimere il comma 4.*

**5.400**

La Relatrice

*Dopo il comma 4, inserire il seguente:*

*"4-bis.* La patente nautica per la navigazione entro 12 miglia dalla costa è rilasciata o convalidata alle persone con epilessia che non presentino crisi comiziali o le presentino esclusivamente in sonno da almeno un anno. Tale condizione è verificata dalla competente commissione medico legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, sulla base di certificazione, di data non anteriore a trenta giorni, redatta dal medico specialista in neurologia o disciplina affine. La validità di tale patente nautica deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche. La patente nautica per la navigazione senza alcun limite dalla costa o per navi da diporto non è rilasciata né convalidata ai soggetti con epilessia in atto affetti o che abbiano sofferto in passato di manifestazioni epilettiche ripetute, se non a fronte di riconoscimento di guarigione."

## 1.3.2.1.22. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 303 (ant.) del 04/05/2022

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

**IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)**  
**MERCOLEDÌ 4 MAGGIO 2022**  
**303<sup>a</sup> Seduta**

*Presidenza della Vice Presidente*  
**BOLDRINI**

*Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.*

*La seduta inizia alle ore 10.*

*SINDACATO ISPETTIVO*

### **Interrogazioni**

Il sottosegretario SILERI risponde all'interrogazione n. 3-03126 del senatore Zaffini, sulla mancanza di dati relativi alle analisi degli anticorpi contro il coronavirus in Italia.

Per quanto riguarda il primo quesito formulato: "se il Ministro in indirizzo intenda rivedere la strategia vaccinale prevedendo il ricorso ai test per le risposte anticorpali come strumento utile alla pianificazione delle somministrazioni", fa presente che gli anticorpi contro Sars-CoV-2 possono essere riscontrati nel sangue di persone che sono guarite dal COVID-19 o da persone vaccinate con un vaccino anti-COVID-19. Fa poi presente quanto segue.

L'Istituto Superiore di Sanità sottolinea che diverse Agenzie internazionali hanno espresso un parere negativo sulla possibilità di utilizzare gli anticorpi per individuare individui protetti dall'infezione. La "Food and Drug Administration" (FDA) americana, per esempio, ha affermato che i test anticorpali non sono in grado di fornire informazioni utili per sostenere la decisione di vaccinarsi o meno. FDA sostiene, infatti, che la relazione tra la risposta anticorpale e la capacità di proteggere un individuo dall'infezione non è chiara, che le metodiche usate potrebbero non essere in grado di individuare determinati anticorpi, e che la risposta immunitaria non prevede solo la formazione di anticorpi ma anche l'attivazione di altri componenti. Sulla base di queste e di altre evidenze, i Centri per la prevenzione e il Controllo delle Malattie (CDC) americani non raccomandano l'esecuzione di test sierologici prima della vaccinazione.

Anche il Centro Europeo per il Controllo e la prevenzione delle malattie diffuse (ECDC) ha recentemente aggiornato la propria posizione. In particolare, nel recente *report* pubblicato nel mese di febbraio 2022, gli autori segnalano, tra le altre cose, che: a) un test positivo può indicare una pregressa infezione o vaccinazione, ma non determina se un individuo è infetto o è protetto contro l'infezione; b) i titoli anticorpali che correlano con la protezione dell'infezione non sono ancora noti; c) sono numerosi i test anticorpali disponibili, ed è estremamente difficile confrontarne i risultati, in quanto non vi è una standardizzazione; d) è possibile che gli anticorpi saggiati con le attuali metodiche non siano rappresentativi del grado di protezione da infezione da nuove varianti di SARS-CoV-2.

Le metodiche attraverso cui testare gli anticorpi sono numerose, così come numerosi sono gli anticorpi che possono essere testati, sia per tipologia di immunoglobuline, che per "*target*" (ovvero verso quale componente del virus sono diretti), che per eventuale funzionalità (ovvero se manifestano attività neutralizzante in vitro). Questa eterogeneità rende difficile confrontare i risultati degli esami sierologici, anche se ciascun test dichiara un determinato livello di positività. A ciò si aggiunge che non è ancora definito, a livello internazionale, quale sia il correlato di protezione, ovvero quale possa essere il titolo anticorpale di un determinato tipo di test correlato con una protezione all'infezione; inoltre, è necessario considerare che la risposta immunitaria al virus prevede l'attivazione di altri elementi del sistema immunitario (es. risposta delle cellule T), e che una risposta anticorpale potrebbe non essere in grado di prevenire l'infezione da varianti virali diverse.

A livello nazionale, sono state fornite indicazioni dal Ministero della salute già con la Circolare n. 16106 del 9 maggio 2020 - "COVID-19: test di *screening* e diagnostici". Il Ministero ha sottolineato, nella Circolare n. 40711 del 9 settembre 2021, "Chiarimenti in merito alla vaccinazione anti-COVID-19 in chi ha contratto un'infezione da SARS-CoV-2 successivamente alla somministrazione della prima dose di un vaccino con schedula vaccinale a due dosi", che "... l'esecuzione di test sierologici, volti a individuare la risposta anticorpale nei confronti del *virus*, non è indicata ai fini del processo decisionale vaccinale", e nella Circolare n. 35309 del 4 agosto 2021, "Certificazioni di esenzione alla vaccinazione anti-COVID-19", che "... la presenza di un titolo anticorpale non può di per sé essere considerata, al momento, alternativa al completamento del ciclo vaccinale".

Pertanto, i test sierologici non trovano ad oggi indicazione ai fini diagnostici o ai fini del processo decisionale vaccinale, ma costituiscono uno strumento utile ai fini della ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale.

L'indicazione data dal Ministero della salute di non usare la sierologia come elemento per decidere se sottoporsi o meno alla vaccinazione anti-COVID-19 appare, quindi, "in linea" con le più recenti evidenze scientifiche e con la netta posizione dei più importanti Organi scientifici internazionali. In merito al secondo quesito posto: "se intenda garantire la trasparenza dell'informazione sulle evidenze scientifiche disponibili, dedicando un'apposita sezione del sito del Ministero alla pubblicazione di *report* che diano conto, per singole fasce di età, dei dati numerici della mortalità per COVID-19, e non con COVID-19, nonché di quelli relativi allo sviluppo della malattia severa e del long COVID in soggetti sani e in soggetti con patologie pregresse e comorbidità", fa presente che i dati raccolti dal sistema di sorveglianza integrato COVID-19 e delle vaccinazioni sono analizzati e pubblicati regolarmente nel sito informativo dell'Istituto Superiore di Sanità, sotto la voce: "Covid-19: sorveglianza, impatto delle infezioni ed efficacia vaccinale. Aggiornamento nazionale 27 aprile 2022" (*report* più recente).

In questi *report*, oltre alla metodologia utilizzata, vengono espone nel dettaglio le misure di incidenza dei casi, dei casi severi e dei decessi, anche per fascia di età.

Ulteriori dati sull'andamento dei casi possono essere consultati, sia come infografica sia come open data, sul sito <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>.

In questa pagina sono disponibili anche specifiche sullo stato clinico.

Tali informazioni sono accessibili anche attraverso il sito del Ministero della salute.

I dati relativi alla mortalità per Covid-19, anche in relazione alla mortalità totale, sono oggetto di pubblicazioni ISTAT. Il settimo Rapporto prodotto congiuntamente dall'Istituto Nazionale di Statistica e dall'Istituto Superiore di Sanità, infatti, presenta una sintesi delle principali caratteristiche di diffusione dell'epidemia COVID-19 e del suo impatto sulla mortalità totale del biennio 2020-2021, nonché un'analisi dettagliata della più recente fase epidemica estesa fino al mese di gennaio 2022.

Anche tali rapporti sono accessibili attraverso il citato portale Epicentro.

Inoltre, al fine di monitorare gli effetti a lungo termine dell'infezione da SARS-CoV-2, per accrescerne le conoscenze e per uniformarne l'approccio e la gestione clinica a livello nazionale, segnalò la promozione del progetto del Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie-CCM: "Analisi e strategie di risposta agli effetti a lungo termine dell'infezione COVID-19 (Long-COVID)", finanziato dal Ministero della salute, e presentato il 9 febbraio 2022 dall'Istituto Superiore di Sanità,

che ne è il "capofila".

Tale progetto, della durata di due anni, coinvolge una serie di Enti in tre Regioni (Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Puglia) - ARS Toscana, Aress Puglia, Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Rete delle Neuroscienze e Neuroriabilitazione (rete degli IRCCS), Rete *Aging* (rete degli IRCCS), Associazione Rete Cardiologica (rete degli IRCCS), Università Cattolica del Sacro Cuore.

Quanto al terzo quesito in esame, "se intenda sospendere la somministrazione del *booster* ai minorenni in assenza di ulteriori dati sulle vaccinazioni che supportino tale scelta secondo le indicazioni fornite dall'EMA o, in caso contrario, rendere noti i dati scientifici a supporto della arbitraria scelta italiana di somministrare il *booster* ai minori", fa presente che la somministrazione della dose "*booster*" ai minori è tuttora oggetto di attenta valutazione in molti Paesi. La dose "*booster*" in persone di 16-17 anni e 12-15 anni è stata autorizzata in emergenza per la prima volta dalla *Food and Drug Administration* americana, rispettivamente, nel mese di dicembre 2021 e nel mese di gennaio 2022. In particolare, per gli adolescenti di 12-15 anni, la decisione è stata presa sulla base del grande aumento del numero di casi riscontrati, della diffusione di Omicron, e dei dati sulla sicurezza provenienti da 6.300 ragazzi di 12-15 anni vaccinati in Israele. Per i ragazzi di 16-17 anni, le evidenze derivano dalla constatazione che in questa fascia di età l'immunità decresce nel tempo analogamente alle età più adulte, e dai dati preliminari di un trial clinico.

In Europa, le fasce di età di giovani 16-17 anni sono state valutate tra i "*target*" della dose "*booster*" già dal settembre 2021. Questa fascia di età è quella per cui sono disponibili maggiori evidenze. Un recente *report* del Centro Europeo di prevenzione e Controllo delle malattie infettive (ECDC), in cui sono state riassunte le evidenze disponibili in data 8 febbraio 2022, cita uno studio di coorte israeliano condotto su ragazzi di 16-18 anni. In questo studio, i ricercatori hanno mostrato come l'efficacia vaccinale della dose "*booster*" sia del 92 per cento se confrontata con soggetti non vaccinati, e del 73 per cento se confrontata con soggetti vaccinati con il solo ciclo primario. Per le fasce di età 12-15 anni, il numero di studi a disposizione è più limitato. Nonostante ciò, le evidenze disponibili, in particolare provenienti dalle analisi "*ad interim*" di un *trial* clinico condotto in Israele, sono state considerate dall'Agenzia europea per i medicinali-*European Medicines Agency*-EMA sufficienti a chiedere di estendere l'indicazione di somministrare la dose "*booster*" a partire dai 12 anni.

In Italia, la dose di richiamo "*booster*" è estesa alle persone di 16-17 anni e ai soggetti della fascia di età 12-15 anni con elevata fragilità, motivata da patologie concomitanti/preesistenti, dal 24 dicembre 2021, e a tutti i soggetti di età 12-15 anni a partire dal 5 gennaio 2022.

La vaccinazione con la dose "*booster*" nei minori può essere eseguita solo con il vaccino "Comirnaty" di Pfizer/BioNtech. L'ultimo aggiornamento normativo in materia è stato dato dalla Circolare del Ministero della salute n. 1254 del 5 gennaio 2022, "Estensione della raccomandazione della dose di richiamo ("*booster*") a tutti i soggetti della fascia di età 12-15 anni, nell'ambito della campagna di vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19", in recepimento del parere della Commissione Tecnico Scientifica (CTS) di AIFA della stessa data. Tramite questa Circolare, viene estesa la possibilità di ricevere una dose "*booster*" anche ai soggetti di età compresa tra i 12 e i 15 anni, oltre che a quelli di 16-17 anni, ma solo relativamente al vaccino "Comirnaty". Preciso che il vaccino "Spikevax" di Moderna non viene menzionato per la dose "*booster*" nei minori.

Pertanto, le indicazioni promosse in Italia appaiono "in linea" con le raccomandazioni formulate da altri Paesi e dall'EMA in risposta all'evidenza della diminuzione dell'immunità nei giovani e dell'ampia diffusione di Sars-CoV-2, in particolare della variante Omicron, nella popolazione generale.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) ringrazia il rappresentante del Governo per l'accuratezza e la puntualità formale della risposta. Fa notare, al contempo, la discordanza tra i pareri emessi dalle Agenzie regolatorie occidentali e dai vari esperti ed organi scientifici che si sono via via pronunciati, che permette di trovare sempre elementi a supporto di una determinata tesi. Non potendosi garantire nel lungo periodo la protezione offerta dal vaccino, critica la campagna di vaccinazione a tappeto della popolazione, ritenendo che debbano essere approfondite le problematiche legate alla dose *booster* per i più giovani e più in generale le scelte legate alla vaccinazione nella fascia di età fino ai 12 anni.

In merito al secondo quesito posto nell'interrogazione, ricorda che le statistiche legate alla mortalità "per" Covid-19 o "con" Covid-19 sono talvolta contraddittorie e segnala che sarebbe opportuno un approfondimento sulla raccolta dei dati ospedalieri. Ricorda infine che la struttura di farmaco-sorveglianza è attualmente sottodimensionata. Nel dare atto dell'attenzione che il sottosegretario Sileri ha posto nella risposta, si dichiara soddisfatto.

Il sottosegretario SILERI risponde, quindi, all'interrogazione 3-03179 a prima firma della senatrice Boldrini, sulla cura della cefalea.

Premette che il Servizio sanitario nazionale già garantisce l'assistenza sanitaria, la cura e la presa in carico, anche ai fini del monitoraggio dell'evoluzione della malattia, in modo uniforme sul territorio nazionale, anche a beneficio di coloro che sono affetti da cefalea.

Con specifico riferimento alle previsioni di cui alla legge 14 luglio 2020, n. 81, recante "Disposizioni per il riconoscimento della cefalea primaria cronica come malattia sociale", fa presente che si registrano talune criticità di ordine applicativo.

In particolare, il riferimento alla "malattia sociale", ivi contenuto ai fini della presa in carico mediante percorsi dedicati, appare non in linea con il vigente ordinamento sanitario: in passato, infatti, l'individuazione di alcune patologie come "malattie sociali" era funzionale - in base al risalente Decreto del Presidente della Repubblica n. 249 del 1961 antecedente all'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale -, alla costituzione di "appositi centri" per la cura delle suddette malattie, da istituirsi e da affidare in gestione "agli enti ospedalieri, ai Consorzi provinciali antitubercolari, e a qualsiasi altro ente idoneo a svolgere azioni di prevenzione e di assistenza di malattie", secondo quanto letteralmente previsto da tale risalente disciplina.

Questo modello organizzativo è da tempo superato, sicché gli organismi tecnici del Ministero della salute stanno valutando la possibilità di individuare metodi innovativi di presa in carico delle persone affette da cefalea - secondo quanto prescritto dalla legge n. 81 del 2020 in questione - nell'ambito della vigente disciplina dei Livelli Essenziali di Assistenza, che assicurerebbe anche la necessaria provvista finanziaria, non prevista invece dalla menzionata legge n. 81 del 2020, che prescrive la individuazione dei nuovi progetti di cura con decreto del Ministro della salute "senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica".

In conclusione, assicura che sarà sua cura monitorare l'evoluzione delle iniziative in corso, fermo restando il principio generale, sopra richiamato, che già allo stato attuale il Servizio Sanitario Nazionale garantisce l'assistenza sanitaria ai soggetti che soffrono di cefalea

La presidente [BOLDRINI](#) (PD), ringraziato il Sottosegretario per l'approfondimento sul tema oggetto dell'interrogazione, si dichiara perplessa in merito alla mancata attuazione della legge sul riconoscimento della cefalea quale malattia sociale, che ha sinora impedito la realizzazione dei progetti che il legislatore aveva previsto. Nell'auspicare ulteriori approfondimenti in materia, si dichiara parzialmente soddisfatta della risposta.

La [PRESIDENTE](#) dichiara quindi concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

*IN SEDE REDIGENTE*

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 15 febbraio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti. Comunica che non sono stati presentati subemendamenti ai nuovi emendamenti della relatrice Pirro, pubblicati in allegato al resoconto della seduta n. 284 dello scorso 15 febbraio. Avverte, infine, che mancano ancora diversi pareri, tra i quali quelli della Commissione bilancio e della Commissione questioni regionali.

La relatrice [PIRRO](#) (M5S) auspica che le Commissioni chiamate a esprimere pareri obbligatori siano sollecitate a esprimersi.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

*ESAME DI PROGETTI DI ATTI LEGISLATIVI DELL'UNIONE EUROPEA*

**Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/953 su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per agevolare la libera circolazione delle persone durante la pandemia di COVID-19 ( [n. COM\(2022\) 50 definitivo](#) )**

**Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/954 su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per i cittadini di Paesi terzi regolarmente soggiornanti o residenti nel territorio degli Stati membri durante la pandemia di COVID-19 ( [n. COM\(2022\) 55 definitivo](#) )**

(Rinvio del seguito dell'esame congiunto)

La Commissione conviene sulla proposta della [PRESIDENTE](#) di rinviare il seguito dell'esame congiunto.

*La seduta termina alle ore 10,40.*

## **1.4. Trattazione in consultiva**

## 1.4.1. Sedute

---

---

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge  
Atto Senato n. 116  
**XVIII Legislatura**

---

Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia

---

Trattazione in consultiva

### **Sedute di Commissioni consultive**

Seduta

8<sup>a</sup> Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni)

[N. 146 \(pom.\)](#)

7 luglio 2020

[N. 148 \(pom.\)](#)

14 luglio 2020

## **1.4.2. Resoconti sommari**

## **1.4.2.1. 8<sup>^</sup> Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni)**

# 1.4.2.1.1. 8ª Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni) - Seduta n. 146 (pom.) del 07/07/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

## LAVORI PUBBLICI, COMUNICAZIONI (8ª)

MARTEDÌ 7 LUGLIO 2020

146ª Seduta

Presidenza del Presidente

[COLTORTI](#)

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, in videoconferenza, per l'Autorità Nazionale Anticorruzione il presidente Francesco Merloni, i consiglieri Nicoletta Parisi e Ida Angela Nicotra, il segretario generale Angela Lorella Di Gioia, il capo segreteria del presidente Federico Dini, il dirigente dell'Ufficio vigilanze speciali Filippo Romani, il portavoce Paolo Fantauzzi e il funzionario dello staff del presidente Caterina Bova; per la Banca d'Italia il capo del Servizio struttura economica del Dipartimento economia e statistica Fabrizio Balassone e il capo della Divisione economia e diritto del Servizio struttura economica Silvia Giacomelli.*

*La seduta inizia alle ore 14,10.*

### SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

Il [PRESIDENTE](#) comunica che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso.

Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per la procedura informativa che sta per iniziare.

Avverte, inoltre, che della procedura informativa sarà redatto il resoconto stenografico.

### PROCEDURE INFORMATIVE

#### **Seguito dell'indagine conoscitiva sulle concessioni autostradali: audizioni di rappresentanti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione e della Banca d'Italia**

Prosegue l'indagine conoscitiva, sospesa nella seduta del 2 luglio scorso.

Il [PRESIDENTE](#) introduce la procedura informativa in titolo e dà la parola ai rappresentanti dell'Autorità Nazionale Anticorruzione.

Prende quindi la parola, per svolgere la sua relazione, il dottor MERLONI.

Intervengono successivamente i senatori [FEDE](#) (M5S), [CIOFFI](#) (M5S), [PERGREFFI](#) (L-SP-PSd'Az) e il presidente [COLTORTI](#) (M5S).

Interviene in replica il dottor MERLONI.

Il [PRESIDENTE](#) dà quindi la parola ai rappresentanti della Banca d'Italia.

Interviene, per svolgere la sua relazione, il dottor BALASSONE.

Intervengono successivamente il senatore [CIOFFI](#) (M5S), il presidente [COLTORTI](#) (M5S) e il senatore [FEDE](#) (M5S).

Interviene in replica il dottor BALASSONE.

Il [PRESIDENTE](#) ringrazia gli auditi e comunica che la documentazione consegnata sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

Dichiara quindi concluse le audizioni odierne, rinviando ad altra seduta il seguito dell'indagine conoscitiva.

#### [Resoconto stenografico](#)

#### *IN SEDE CONSULTIVA SU ATTI DEL GOVERNO*

**Schema di decreto del Presidente della Repubblica recante modifiche al decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 2017, n. 239, concernente il regolamento recante attuazione della direttiva 2014/90/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 23 luglio 2014, sull'equipaggiamento marittimo che abroga la direttiva 96/98/CE (n. 179)**

(Parere al Ministro per i rapporti con il Parlamento, ai sensi dell'articolo 18 della legge 12 agosto 2016, n. 170. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 16 giugno scorso.

Non essendovi richieste di intervento in discussione generale, il [PRESIDENTE](#) cede la parola alla relatrice [VONO](#) (IV-PSI), che dà lettura di uno schema di parere favorevole, pubblicato in allegato.

In assenza di richieste di intervento in dichiarazione di voto, il [PRESIDENTE](#), verificata la presenza del numero legale, pone in votazione lo schema di parere favorevole della relatrice, che risulta approvato.

#### *IN SEDE CONSULTIVA*

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Parere alla 12ª Commissione. Esame congiunto e rinvio)

La relatrice [DI GIROLAMO](#) (M5S) illustra i provvedimenti in titolo, che la 12ª Commissione esamina congiuntamente in sede redigente e che contengono disposizioni finalizzate ad assicurare l'integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone affette da epilessia.

Gli aspetti che coinvolgono la competenza della 8ª Commissione sono quelli che incidono sulla disciplina dei requisiti di idoneità psico-fisica richiesti per la guida di un veicolo a motore da parte delle persone affette da tale patologia, in relazione alle quali la normativa vigente - contenuta nell'allegato III del decreto legislativo n. 59 del 2011, con il quale sono state recepite le direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE concernenti la patente di guida - pone una serie di prescrizioni e limitazioni.

In particolare, il disegno di legge n. 716, di iniziativa dei senatori Errani e De Petris - che è stato adottato dalla 12ª Commissione come testo base per la discussione - all'articolo 1 novella il suddetto allegato III e, in particolare, il punto D.4 che disciplina la guarigione dei soggetti affetti da epilessia ai fini della cessazione delle limitazioni e restrizioni alla guida. Mentre la formulazione vigente prevede che non siano più soggette a restrizioni o limitazioni le persone considerate clinicamente guarite su certificazione rilasciata da uno specialista e che non abbiano presentato crisi epilettiche da almeno 10 anni in assenza di trattamento farmacologico, la novella stabilisce che è considerata clinicamente guarita la persona, già affetta da epilessia, la cui guarigione sia certificata, in evidenza scientifica, da uno specialista ed accertata dalla competente commissione medico-legale.

Anche l'articolo 5 interviene sull'allegato III, modificando la disciplina prevista con specifico riferimento sia ai conducenti di veicoli delle categorie A e B che a quelli dei veicoli delle altre categorie.

In relazione al primo gruppo di conducenti, la formulazione vigente del punto D.7.1 stabilisce che la patente di un conducente con epilessia debba essere oggetto di valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso cinque anni senza crisi epilettiche in assenza di terapia. La novella sopprime il riferimento all'assenza di terapia, conseguentemente l'obbligo di valutazione cessa dopo cinque anni dall'ultima crisi anche se il soggetto è ancora in trattamento.

Si prevede poi che il medico che ha formulato la diagnosi di epilessia, qualora questa possa compromettere la capacità di guidare i veicoli, comunichi formalmente all'interessato l'informazione dell'obbligo di astenersi dalla guida e che tale condizione sia soggetta a pubblica notifica da parte della azienda sanitaria locale e determini l'accesso alle misure di inclusione previste dalla normativa vigente. Il già esistente obbligo di segnalazione alla Motorizzazione civile, da parte degli enti e delle amministrazioni che abbiano accertato l'esistenza della patologia, viene circoscritto al caso in cui l'epilessia possa compromettere la capacità di guidare autoveicoli.

Per quanto riguarda i requisiti richiesti ai soggetti affetti da epilessia per la guida degli autoveicoli di categorie diverse da A e B, del disegno di legge in esame novella il punto D.8.3 dell'allegato III per abbassare da dieci a cinque anni, senza crisi e senza il ricorso a farmaci antiepilettici, il periodo trascorso il quale il soggetto che abbia avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida.

Ulteriori disposizioni prevedono che i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti di guida con limitazioni o speciali a causa di patologie invalidanti non devono superare quelli stabiliti per le patenti ordinarie di guida (comma 1) e che alle persone affette da epilessia dichiarate non idonee alla guida sono estesi i benefici riguardanti la scelta e il trasferimento della sede di lavoro che la normativa vigente attribuisce alle persone disabili riconosciute invalide (comma 2). Esse stabiliscono inoltre che, nel caso in cui gli venga riconosciuta l'idoneità alla guida di ogni tipo di veicolo, la persona con epilessia ha diritto al rilascio o al rinnovo della patente ordinaria di guida per tutte le categorie di veicoli (comma 4).

Sempre con riferimento agli aspetti di interesse per la Commissione, l'articolo 2, comma 6, del disegno di legge stabilisce infine che alle persone affette da forme di epilessia farmaco-resistente sono riconosciute le agevolazioni per la mobilità e, in particolare, il diritto al contrassegno invalidi.

Norme sostanzialmente identiche a quelle sopra descritte in materia di diritto al rilascio e rinnovo della patente ordinaria di guida, di costi per le patenti speciali e di estensione dei benefici in relazione alla scelta e al trasferimento della sede di lavoro per le persone con epilessia sono contenute anche nell'articolo 6 del disegno di legge n. 116, di iniziativa del senatore De Poli.

Tale articolo stabilisce inoltre che le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un

anno possano ottenere il rilascio e il rinnovo della patente speciale per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi e comunque non superiore a cinque anni. In relazione a tale previsione, la normativa vigente, contenuta al punto D.5 dell'allegato III del decreto legislativo n. 59, che peraltro non viene direttamente modificato dal disegno di legge in esame, dispone invece che i soggetti in trattamento che siano liberi da crisi da cinque anni sono sottoposti a controlli periodici da parte della Commissione medica locale, che stabilisce la durata del periodo di idoneità.

L'articolo 9 del disegno di legge n. 1219, di iniziativa della senatrice Binetti ed altri - oltre a contenere disposizioni sui costi per il rilascio e il rinnovo delle patenti di guida speciali o sottoposte a restrizioni e sull'estensione dei benefici sulla scelta e sul trasferimento della sede di lavoro di tenore analogo ai due disegni di legge sopra descritti - novella il punto D.4 dell'allegato III, per prevedere che non possano essere più applicate restrizioni o limitazioni al rilascio o al rinnovo della patente per i soggetti che presentino una certificazione medica in cui si attesti che hanno avuto una sindrome epilettica età-dipendente e hanno superato l'età applicabile, oppure che non hanno avuto crisi negli ultimi dieci anni, senza che siano stati assunti farmaci negli ultimi cinque, oppure che non assumono farmaci antiepilettici e corrono il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.

Il punto D.5 è poi modificato in maniera sostanzialmente analoga alla disposizione contenuta nel disegno di legge n. 116, restringendo quindi ad un anno il periodo dopo il quale i soggetti in terapia e senza crisi possono ottenere il rilascio ed il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B.

Viene inoltre inserita una nuova previsione (punto D.5.bis) in forza della quale, analogamente a quanto previsto dai disegni di legge n. 716 e n. 116, si stabilisce che ha comunque diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida la persona alla quale uno specialista attesti che la forma di epilessia da cui è affetta non ne compromette la capacità di guida.

Al punto D.7.1 viene soppresso l'obbligo di segnalazione alla Motorizzazione civile.

Con riferimento alla disciplina per la patente di guida delle categorie di veicoli diverse da A e B, sempre l'articolo 9 novella le disposizioni sui requisiti necessari per ottenere il titolo (punto D.8.1) in maniera corrispondente a quanto proposto al punto D.4 per le patenti di categoria A e B. La normativa vigente pone come requisito l'assenza di crisi per dieci anni senza assunzione di farmaci.

Sono infine conseguentemente modificati i punti 8.D.3 e 8.D.5, relativi alla definizione di "prima e unica crisi epilettica non provocata" e di "epilessia".

Il [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale.

Il senatore [CORTI](#) (L-SP-PSd'Az) ritiene che i disegni di legge in titolo siano tutti molto importanti, in quanto volti a dare dignità alle tante persone che in Italia sono affette da epilessia, esprimendo allo stesso tempo rammarico per la scelta della Commissione sanità di individuare quale testo base il disegno di legge n. 716 che, pur articolato e animato da intenti nobili, è meno ampio e onnicomprensivo del disegno di legge n. 1219 della senatrice Binetti, del quale apprezza tra l'altro la prevista soppressione della segnalazione alla Motorizzazione civile. Si sofferma sui problemi burocratici che le persone affette da epilessia devono affrontare in sede di rilascio e di rinnovo della patente di guida e manifesta apprezzamento per la previsione che i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti di guida con limitazioni o speciali a causa di patologie invalidanti non debbano superare quelli stabiliti per le patenti ordinarie, auspicando che si possa giungere a prevedere la gratuità delle patenti con limitazioni o speciali.

Il seguito dell'esame congiunto è quindi rinviato.

**(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**, Approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge di iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri;

Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri  
**(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**

**(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni**

(Parere alla 12ª Commissione. Esame congiunto e rinvio)

Il **PRESIDENTE**, in sostituzione del relatore D'Arienzo, illustra i provvedimenti in titolo, che la 12ª Commissione esamina in sede deliberante, congiuntamente ad altri disegni di legge sui quali non è previsto il parere della 8ª Commissione, e che sono volti a favorire la diffusione dei defibrillatori semiautomatici e automatici: la facilità dell'utilizzo di tali apparecchi e la loro comprovata efficacia come strumenti salvavita suggeriscono infatti di diffonderne la presenza in siti e luoghi extraospedalieri ulteriori rispetto a quelli già previsti dalla normativa vigente.

Il più ampio dei provvedimenti in esame è il disegno di legge n. 1441, che è stato approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione di diverse proposte ed è stato assunto dalla 12ª Commissione del Senato come testo base per la discussione.

Per quanto riguarda gli aspetti di competenza della 8ª Commissione, l'articolo 1 individua come obiettivo della legge quello di favorire la progressiva diffusione e utilizzazione dei defibrillatori automatici e semiautomatici esterni, oltre che nelle sedi delle pubbliche amministrazioni con più di quindici dipendenti e con servizi aperti al pubblico, negli aeroporti, nelle stazioni ferroviarie e nei porti, a bordo dei mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi e della navigazione interna, che effettuano tratte con una percorrenza continuata, senza possibilità di fermate intermedie, di una durata di almeno due ore e, comunque, presso i gestori di pubblici servizi di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), del codice dell'amministrazione digitale (vale a dire i gestori di servizi pubblici, ivi comprese le società quotate, in relazione ai servizi di pubblico interesse), nonché presso i gestori di servizi di trasporto extraurbano in concessione.

La progressiva diffusione e utilizzazione dei defibrillatori avverrà sulla base di un programma quinquennale, definito con un decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, adottato su proposta del Ministro della salute e sentiti i Ministri interessati, previa intesa in sede di Conferenza unificata. L'individuazione delle modalità e dei criteri per l'installazione dei defibrillatori è invece demandata ad un decreto del Ministro della salute.

È inoltre previsto che per l'acquisto dei defibrillatori le amministrazioni si avvalgano degli strumenti di acquisto e di negoziazione messi a disposizione dalla Consip o dalle centrali di committenza regionali. Gli articoli da 2 a 6 disciplinano l'installazione dei defibrillatori nei luoghi pubblici, l'uso di tali apparecchi da parte di soccorritori privi di specifici requisiti, il loro utilizzo da parte delle società sportive che usufruiscono di impianti pubblici, l'introduzione di iniziative di formazione nelle scuole, la registrazione dei defibrillatori presso le centrali operative del 118.

Con l'articolo 7 viene demandata ad un accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni la definizione delle modalità operative per la realizzazione e l'adozione di un'applicazione mobile integrata con i servizi delle centrali operative del 118, finalizzata alla rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei defibrillatori più vicini al luogo in cui si sia verificata l'emergenza.

L'articolo 8 contiene disposizioni volte a favorire la realizzazione di campagne di informazione e sensibilizzazione sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare e sull'uso dei defibrillatori. Per tali finalità, il Ministero dello sviluppo economico è tenuto ad assicurare che nel contratto di servizio con la società concessionaria del servizio pubblico radiotelevisivo sia previsto l'obbligo di riservare spazi di informazione nella programmazione televisiva pubblica nazionale e regionale.

L'articolo 9 reca infine norme a tutela delle minoranze linguistiche.

Il disegno di legge n. 320, di iniziativa del senatore Marsilio, consta di un solo articolo, che introduce l'obbligo per una serie di luoghi e strutture di dotarsi di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni. Tra questi, in particolare, figurano i grandi scali e mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi. Come nel disegno di legge n. 1441, anche in questo caso la definizione dei criteri e delle

modalità per l'attuazione delle previsioni introdotte è demandata un successivo decreto ministeriale. Con riferimento agli aspetti di competenza della 8ª Commissione, il disegno di legge n. 1410, di iniziativa della senatrice Boldrini ed altri senatori, all'articolo 2 dispone che sui mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi è obbligatoria la dotazione di defibrillatori semiautomatici o automatici esterni nonché la presenza di personale formato al loro uso ai sensi della normativa vigente. La definizione delle modalità e dei criteri per l'attuazione della disposizione è demandata ad un decreto ministeriale.

Gli altri articoli del disegno di legge riguardano la diffusione dei defibrillatori sui luoghi di lavoro, l'introduzione di agevolazioni fiscali per il loro acquisto e la copertura finanziaria.

Il seguito dell'esame congiunto è quindi rinviato.

*La seduta termina alle ore 16.*

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE  
SULL'ATTO DEL GOVERNO N. 179

L'8ª Commissione Lavori pubblici, comunicazioni, esaminato lo schema di decreto in titolo,

premesse che:

il provvedimento in esame modifica il decreto del Presidente della Repubblica n. 239 del 2017, recante il regolamento di attuazione della direttiva 2014/90/UE sull'equipaggiamento marittimo, al fine di adeguare la normativa nazionale ad una rettifica della direttiva intervenuta successivamente al suo recepimento;

infatti, successivamente all'entrata in vigore del D.P.R. n. 239, è stata pubblicata nella Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea una rettifica della suddetta direttiva 2014/90/UE, finalizzata a prevedere che, ai fini della notifica alla Commissione europea, gli organismi di valutazione della conformità dell'equipaggiamento marittimo debbano rispettare non solo i requisiti specificati nei punti da 2 a 17 dell'allegato III della direttiva, ma anche quelli indicati nei punti 18 e 19;

conseguentemente, il provvedimento in esame modifica l'articolo 20, comma 1, del D.P.R. n. 239, al fine di ricomprendere tra i requisiti necessari per l'autorizzazione ad espletare le procedure di verifica della conformità, previa notifica alla Commissione europea, anche quelli indicati al comma 12 dell'articolo, corrispondenti alle prescrizioni contenute nei suddetti punti 18 e 19 dell'allegato III della direttiva,

esprime parere favorevole.

## 1.4.2.1.2. 8ª Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni) - Seduta n. 148 (pom.) del 14/07/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

LAVORI PUBBLICI, COMUNICAZIONI (8ª)  
MARTEDÌ 14 LUGLIO 2020  
148ª Seduta (pomeridiana)

Presidenza del Presidente  
[COLTORTI](#)

*La seduta inizia alle ore 14.*

*IN SEDE CONSULTIVA*

**(1874) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19**, approvato dalla Camera dei deputati (Parere alla 5a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta antimeridiana di oggi.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento in discussione generale, il [PRESIDENTE](#) cede la parola al relatore [ASTORRE](#) (PD), che dà lettura di uno schema di parere favorevole, pubblicato in allegato.

Il [PRESIDENTE](#) comunica che il Gruppo della Lega ha presentato uno schema di parere alternativo, pubblicato in allegato, che viene illustrato dal senatore [RUFA](#) (L-SP-PSd'Az).

Si passa alle dichiarazioni di voto.

Il senatore [MALLEGNI](#) (FIBP-UDC) osserva che non si può che prendere atto dell'imminente scadenza del decreto-legge in esame e dell'impossibilità per il Senato di svolgere quella discussione seria e approfondita, che pure era stata garantita dal Governo. La maggioranza, infatti, pur avendo sottoscritto una parte significativa della miriade di emendamenti presentati alla Camera, non ha voluto affrontare i problemi veri che attanagliano il Paese in un momento così drammatico. Sottrarre a un ramo del Parlamento il diritto di discutere nel merito un decreto-legge che vale più del doppio di una manovra finanziaria è un fattore di estrema negatività del quale Forza Italia, che si è sempre dimostrata aperta al dialogo, non potrà non tenere conto.

Il provvedimento, peraltro, è caratterizzato dagli stessi difetti dei precedenti: fa rinvio a un numero eccessivo provvedimenti attuativi; modifica numerose disposizioni del decreto-legge "cura Italia", adottato solo pochi mesi fa e già ampiamente modificato anche dal decreto-legge "liquidità"; incorpora

il contenuto di un altro decreto-legge, il n. 52 del 2020, che viene conseguentemente abrogato; presenta formulazioni ambigue che si prestano a numerose interpretazioni confliggenti. Tutte spie, queste, di un modo approssimativo di legiferare che contrasta con le finalità di semplificazione del nuovo decreto-legge che, ribadisce, l'8ª Commissione non potrà che esaminare in sede referente. Il mancato riconoscimento del ruolo del Parlamento da parte del Governo risulta poi evidente dal fatto che, sommati insieme, gli emendamenti approvati durante l'esame alla Camera dei deputati valgono solo 440 milioni su un totale di 55 miliardi impiegati dal decreto, circa lo 0,8 per cento.

Ma il problema principale è che le misure adottate dal Governo si stanno rivelando poco attrattive e non stanno dispiegando effetti benefici sull'economia. Le imprese si trovano in situazione di grande difficoltà, il Governo non è riuscito a garantire un adeguato accesso al credito, la crescita della spesa corrente ha posto una pesante ipoteca su ogni futura manovra e si avvicina a grandi passi l'autunno, quando i nodi verranno al pettine, considerati i milioni di posti di lavoro persi in tutta Europa. Alla Camera, Forza Italia è stata come sempre responsabile e dialogante ma si è dovuta scontrare con l'atteggiamento di chiusura del Governo che, ad esempio, non ha voluto rinvenire, in un provvedimento del valore di 55 miliardi, 88 milioni che sarebbero stati fondamentali per il settore dei bus turistici che versa in gravi difficoltà. A fronte di alcuni circoscritti elementi positivi, quali le importanti prese di posizione relative alle concessioni demaniali, il quadro si presenta fosco: le imprese sono abbandonate e non sono messe in condizione di assumere e gli investimenti sono scarsi, mentre abbondano gli interventi di stampo assistenzialistico.

Il senatore [NENCINI](#) (*IV-PSI*) critica il contenuto dell'articolo 231-*bis*, comma 2, lettera *b*), del provvedimento in esame, il quale - nel consentire l'attivazione di ulteriori incarichi temporanei di personale docente e ATA a tempo determinato - prevede che, in caso di sospensione dell'attività in presenza, i relativi contratti di lavoro si debbano intendere risolti per giusta causa, senza diritto ad alcun indennizzo. Ritenendo tale previsione eccessiva e non in linea con quanto il Governo sta facendo sulla scuola, chiede che la Commissione possa farsi carico della questione, nello schema di parere che è in procinto di essere votato.

Il senatore [CAMPARI](#) (*L-SP-PSd'Az*) annuncia il voto contrario del Gruppo della Lega, ribadendo che le opposizioni non sono state coinvolte sul provvedimento in esame, il cui contenuto è debole - a dimostrazione del fatto che le numerose *task force* istituite dal Governo non hanno prodotto nulla di significativo - e insufficiente a dare risposta ai gravissimi problemi economici e sociali del Paese che inevitabilmente emergeranno in autunno.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento in dichiarazione di voto, il relatore [ASTORRE](#) (*PD*) invita i componenti della Commissione a segnalare la questione sollevata dal senatore Nencini ai colleghi di Gruppo facenti parte della Commissione istruzione, competente per materia sul tema, e conferma il contenuto dello schema di parere favorevole già illustrato.

Il [PRESIDENTE](#), verificata la presenza del numero legale, pone in votazione lo schema di parere favorevole del relatore, che risulta approvato, con conseguente preclusione dello schema di parere alternativo presentato dal Gruppo della Lega.

**(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia**

**(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia**

**(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia**

(Parere alla 12ª Commissione. Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Parere favorevole con osservazioni)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 7 luglio.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento in discussione generale, il [PRESIDENTE](#) cede la parola alla relatrice [DI GIROLAMO](#) (M5S), che illustra uno schema di parere favorevole con osservazioni, pubblicato in allegato.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

Il senatore [CORTI](#) (L-SP-PSd'Az) ringrazia la relatrice Di Girolamo per avere inserito nello schema di parere un'osservazione che, recependo una considerazione da lui stesso svolta nella precedente seduta, è volta ad introdurre forme di agevolazioni delle tariffe di rilascio e rinnovo della patente che tengano conto del fatto che le persone affette da epilessia devono sostenere più controlli e dunque oneri maggiori rispetto agli altri soggetti. Ribadisce la valutazione positiva sua e del suo Gruppo rispetto alle finalità dei provvedimenti in esame, ma preannuncia il voto di astensione della Lega, non sapendo se gli emendamenti migliorativi presentati in 12ª Commissione troveranno la condivisione della maggioranza.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento in dichiarazione di voto, il [PRESIDENTE](#), verificata la presenza del numero legale, pone in votazione lo schema di parere favorevole con osservazioni della relatrice, che risulta approvato.

**(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**, Approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge di iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

**(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero**

**(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni**

(Parere alla 12ª Commissione. Seguito e conclusione dell'esame congiunto. Parere favorevole)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 7 luglio.

Non essendovi richieste di intervento in discussione generale, il [PRESIDENTE](#) cede la parola al relatore [D'ARIENZO](#) (PD), che illustra uno schema di parere favorevole, pubblicato in allegato.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

Il senatore [RUFA](#) (L-SP-PSd'Az), nell'annunciare il parere favorevole del Gruppo della Lega, lamenta il fatto che, durante l'esame del provvedimento in sede consultiva presso la Commissione istruzione, una forza politica abbia tenuto un atteggiamento di contrarietà alla diffusione dei defibrillatori presso le scuole paritarie. In considerazione dell'importanza del provvedimento in esame, auspica che non vengano introdotte differenziazioni inaccettabili e illogiche.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento in dichiarazione di voto, il [PRESIDENTE](#), verificata la presenza del numero legale, pone in votazione lo schema di parere favorevole del relatore, che risulta approvato.

*SCONVOCAZIONE DELLA SEDUTA ANTIMERIDIANA DI DOMANI*

Il [PRESIDENTE](#) comunica che la seduta convocata domani, mercoledì 15 luglio, alle ore 8,30, non avrà più luogo.

La Commissione prende atto.

*La seduta termina alle ore 15.*

#### SCHEMA DI PARERE PROPOSTO DAI SENATORI CAMPARI, CORTI, PERGREFFI E RUFA SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1874

La 8ª Commissione permanente (Lavori pubblici, comunicazioni), esaminato, per i profili di competenza, il disegno di legge di conversione del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19» (AS 1874);

rilevato che:

- nel decreto-legge in conversione non sono presenti misure idonee a consentire l'immediato sblocco degli investimenti pubblici, né delle misure di semplificazione della normativa vigente in materia di appalti pubblici;
- gli interventi infrastrutturali previsti sono esigui, localistici, non si inseriscono in una visione organica di sviluppo infrastrutturale e le risorse destinate allo scopo sono irrisorie; emblematico, in tal senso, è il caso della linea ferroviaria Pontremolese (Parma - La Spezia), al potenziamento della quale l'articolo 208, comma 5, destina circa 170 milioni di euro in 12 anni (dal 2020 al 2032), a fronte di un fabbisogno finanziario complessivo di oltre 2 miliardi di euro;
- per sostenere il settore del trasporto pubblico locale e regionale di passeggeri sottoposto a obbligo di servizio pubblico, a seguito degli effetti negativi derivanti dall'emergenza epidemiologica da Covid-19, l'articolo 200 destina 500 milioni di euro per compensare la riduzione dei ricavi tariffari nonché la proroga degli abbonamenti in essere non utilizzati durante la fase c.d. di *lockdown*, laddove misure compensative siffatte richiedono - secondo le stime elaborate dalle associazioni di categoria - risorse per oltre un miliardo;
- nel decreto-legge in conversione non sono previste misure atte a risolvere taluni problemi cronici che colpiscono gli uffici della Motorizzazione civile di tutta Italia, incapaci - ancor più per l'emergenza sanitaria - di espletare in tempi ragionevoli gli esami di guida nonché le pratiche di revisione e collaudo periodici dei veicoli, con grave nocumento per i cittadini e, conseguentemente, per la sicurezza stradale in generale;
- per la compensazione dei danni subiti dagli operatori del settore aereo, l'articolo 198 del decreto-legge in esame istituisce un fondo con una dotazione di 130 milioni di euro per l'anno 2020, al quale tuttavia possono accedere soltanto gli operatori nazionali, e non anche i tanti operatori stranieri dotati di base operativa in Italia e con un elevato numero di dipendenti italiani; a tale fondo non possono inoltre accedere le società di gestione aeroportuale e le società di *handling*, entrambe del tutto escluse da qualunque misura di sostegno economico-finanziario, nonostante i costi ugualmente sostenuti durante la fase di *lockdown*, stante l'inattività e l'improvvisa riduzione dei ricavi;
- nell'ambito del trasporto aereo, nel decreto-legge in esame non è prevista alcuna disposizione che obblighi i vettori aerei al rimborso del corrispettivo pagato per i titoli di viaggio non fruiti a causa dell'emergenza sanitaria da Covid-19, e ciò a discapito di cittadini, famiglie e imprese, ed in palese contrasto con quanto previsto dal Regolamento (CE) n. 261/2004 e dai relativi Orientamenti interpretativi da ultimo adottati dalla Commissione europea;
- nel decreto-legge in conversione non sono previste misure per il sostegno degli operatori del trasporto marittimo, del settore crocieristico, della logistica e del trasporto merci in generale, eccezion fatta per il rifinanziamento, peraltro inferiore all'effettivo fabbisogno, di misure pre-esistenti (

*Marebonus e Ferrobonus*), disposto dall'articolo 197;

- in tema di mobilità sono previsti ulteriori adempimenti, inutili e gravosi, come la predisposizione - da parte di imprese e amministrazioni pubbliche con più di 100 dipendenti - di un piano degli spostamenti casa-lavoro del proprio personale dipendente al fine di limitare il ricorso a mezzi di trasporto privato da parte del proprio personale, e la contestuale nomina del *mobility manager*, ex articolo 229, comma 4;
- in tema di mobilità vi è poi un evidente sperequazione finanziaria tra le risorse destinate al bonus per l'acquisto di monopattini elettrici o biciclette a pedalata assistita (articolo 229, 120 milioni) e quelle destinate al finanziamento di incentivi all'acquisto di autovetture (articolo 44, 100 milioni), peraltro limitato a veicoli con specifici parametri ambientali;
- quanto al tema della digitalizzazione e dello sviluppo tecnologico del Paese, le misure approntate appaiono inadeguate, rispetto alla impellente necessità di provvedere in tal senso: l'articolo 239 del decreto istituisce un apposito Fondo per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione con una misura dotazione pari a 50 milioni di euro per il solo 2020, a fronte di finalità di ampio respiro che meritano un maggior riguardo dal punto di vista finanziario,

esprime PARERE CONTRARIO.

#### PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1874

La Commissione, esaminato per quanto di propria competenza il disegno di legge in titolo,

premesse che:

il provvedimento reca misure in materia sanitaria, di sostegno alle imprese, al lavoro ed all'economia, in materia di politiche sociali nonché misure finanziarie, fiscali e di sostegno a diversi settori, con l'obiettivo di favorire il rilancio del sistema economico italiano a fronte della situazione di crisi determinata dall'emergenza da Covid-19;

numerose sono le disposizioni di interesse della 8ª Commissione, concentrate in maniera particolare nel Capo III del Titolo VI (articoli da 196 a 215), recante misure per le infrastrutture e i trasporti;

per quanto riguarda il settore del trasporto, sono previsti numerosi interventi di supporto al trasporto aereo, marittimo, ferroviario, intermodale e locale, nonché in materia di autotrasporto;

per quanto riguarda il settore delle infrastrutture, le misure previste sono principalmente rivolte ad introdurre semplificazioni in grado di accelerare gli interventi, al fine di far fronte all'emergenza sanitaria e alla crisi che ne è derivata, e di favorire una maggiore e più rapida liquidità per le imprese operanti nel settore;

altre misure di interesse per l'8ª Commissione sono contenute in varie parti del provvedimento e attengono, in maniera particolare, allo sviluppo della mobilità sostenibile,

esprime parere favorevole.

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE  
SUI DISEGNI DI LEGGE NN. 716, 116 E 1219

L'8ª Commissione Lavori pubblici, comunicazioni, esaminati i disegni di legge in titolo,

premessi che:

i disegni di legge in esame sono finalizzati a garantire l'integrazione e il miglioramento della qualità della vita delle persone affette da epilessia;

la 12ª Commissione ha adottato come testo base il disegno di legge n. 716;

per quanto attiene agli ambiti di interesse dell'8ª Commissione, il disegno di legge n. 716 opera diverse modifiche all'allegato III del decreto legislativo n. 59 del 2011, con il quale sono state recepite le direttive 2006/126/CE e 2009/113/CE, e concernente i requisiti minimi di idoneità fisica e mentale per la guida di un veicolo a motore;

in particolare, all'articolo 1 viene stabilito che, ai fini di detti requisiti, è considerata clinicamente guarita la persona la cui guarigione sia certificata da uno specialista ed accertata dalla competente commissione medico-legale;

si prevede che i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti di guida con limitazioni o speciali a causa di patologie invalidanti non debbano superare quelli stabiliti per le patenti ordinarie;

con riferimento ai conducenti di veicoli di categoria A e B si prevede la cessazione dell'obbligo di valutazione da parte della commissione medica locale dopo cinque anni dall'ultima crisi indipendentemente dalla presenza o meno di una terapia in corso;

con riferimento ai conducenti di veicoli di categorie diverse da A e B viene abbassata da dieci a cinque anni il periodo oltre il quale il soggetto che abbia avuto una prima crisi, o un'unica crisi non provocata, può essere dichiarato idoneo alla guida;

si prevede inoltre che il medico responsabile della diagnosi, qualora questa possa compromettere la capacità di guidare veicoli a motore, comunichi formalmente alla persona interessata l'informazione dell'obbligo di astenersi dalla guida. Tale condizione è soggetta a pubblica notifica da parte dell'azienda sanitaria locale di riferimento del medico certificante e determina l'accesso a misure d'inclusione sociale previste dalla normativa vigente,

esprime, per quanto di competenza, parere favorevole con le seguenti osservazioni:

- si valuti l'opportunità di sopprimere la modifica introdotta dall'articolo 5, comma 3, lettera a), numero 1), al fine di mantenere la disciplina vigente che prevede, per le patenti di categoria A e B, una valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso cinque anni senza crisi epilettiche in assenza di terapia;
- valuti la Commissione di merito la possibilità di inserire la disposizione di cui al comma 4 dell'articolo 5 come punto aggiuntivo al punto D dell'allegato III al decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59, prevedendo come obbligatorio l'accertamento effettuato dalla competente commissione medica;

- si valuti l'opportunità di introdurre forme di agevolazioni delle tariffe di rilascio e rinnovo della patente che tengano conto delle ulteriori spese che le persone affette da epilessia devono sostenere per gli accertamenti richiesti dalla Commissione medica locale.

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE  
SUI DISEGNI DI LEGGE NN. 1441, 320 E 1410

La Commissione, esaminati per quanto di propria competenza i disegni di legge in titolo,

premesse che:

la 12ª Commissione ha adottato come testo base il disegno di legge n. 1441, già approvato dalla Camera dei deputati, che è quello tra i tre disegni di legge abbinati che presenta il contenuto più ampio;

in particolare, il disegno di legge n. 1441 è volto a favorire la progressiva diffusione e utilizzazione dei defibrillatori automatici e semiautomatici esterni, tra l'altro, negli aeroporti, nelle stazioni ferroviarie e nei porti, a bordo dei mezzi di trasporto aerei, ferroviari e marittimi e della navigazione interna, che effettuano tratte con una percorrenza continuata, senza possibilità di fermate intermedie, di una durata di almeno due ore e, comunque, presso i gestori di pubblici servizi di cui all'articolo 2, comma 2, lettera b), del codice dell'amministrazione digitale, nonché presso i gestori di servizi di trasporto extraurbano in concessione;

per l'acquisto dei defibrillatori le amministrazioni si avvarranno degli strumenti di acquisto e di negoziazione messi a disposizione dalla Consip o dalle centrali di committenza regionali; viene demandata ad un accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni la definizione delle modalità operative per la realizzazione e l'adozione di un'applicazione mobile integrata con i servizi delle centrali operative del 118, finalizzata alla rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei defibrillatori più vicini al luogo in cui si sia verificata l'emergenza;

il Ministero dello sviluppo economico è tenuto ad assicurare che nel contratto di servizio con la società concessionaria del servizio pubblico radiotelevisivo sia previsto l'obbligo di riservare spazi di informazione nella programmazione televisiva pubblica nazionale e regionale, volti alla sensibilizzazione sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare e sull'uso dei defibrillatori,

esprime parere favorevole.

