



Senato della Repubblica  
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter  
**DDL S. 913**

Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale

# Indice

1. DDL S. 913 - XVIII Leg.....	1
1.1. Dati generali.....	2
1.2. Testi.....	3
1.2.1. Testo DDL 913.....	4
1.3. Trattazione in Commissione.....	9
1.3.1. Sedute.....	10
1.3.2. Resoconti sommari.....	12
1.3.2.1. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita').....	13
1.3.2.1.1. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 142 (ant.) del 18/06/2020.....	14
1.3.2.1.2. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 147 (pom.) del 07/07/2020.....	18
1.3.2.1.3. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 141 (ant.) del 09/09/2020.....	67
1.3.2.1.4. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 161 (ant.) del 09/09/2020.....	68
1.3.2.1.5. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (ant.) del 06/10/2020.....	73
1.3.2.1.6. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 149 (pom.) del 21/10/2020.....	74
1.3.2.1.7. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 190 (pom.) dell'11/05/2021.....	75
1.3.2.1.8. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (pom.) dell'08/06/2021.....	76
1.3.2.1.9. 12 <sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 233 (pom.) del 10/05/2022.....	77

## **1. DDL S. 913 - XVIII Leg.**

# 1.1. Dati generali

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

Disegni di legge  
Atto Senato n. 913  
**XVIII Legislatura**

---

Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale

---

Iter

**7 luglio 2020:** in corso di esame in commissione

**Successione delle letture parlamentari**

**S.913**

**in corso di esame in commissione**

---

Iniziativa Parlamentare

[Davide Faraone](#) ( [PD](#) )

**Cofirmatari**

[Valeria Sudano](#) ( [PD](#) ), [Mauro Antonio Donato Laus](#) ( [PD](#) )

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **30 ottobre 2018**; annunciato nella seduta n. 53 del 5 novembre 2018.

Classificazione TESEO

ASSISTENZA SANITARIA , EDUCAZIONE FISICA , MEDICINA SPORTIVA

**Articoli**

RIABILITAZIONE E ALTRE TERAPIE (Art.1), MEDICINA PREVENTIVA (Art.1), IGIENE DI VITA (Art.1), PRESCRIZIONI MEDICHE (Artt.2, 3), MEDICI MUTUALISTICI E CONVENZIONATI (Artt.2, 3), PEDIATRI (Artt.2, 3), RICOVERI OSPEDALIERI (Art.5)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Stefano Collina](#) ( [PD](#) ) (dato conto della nomina il 7 luglio 2020) .

Assegnazione

Assegnato alla [12ª Commissione permanente \(Igiene e sanità\)](#) in sede redigente il 17 gennaio 2019. Annuncio nella seduta n. 80 del 17 gennaio 2019.

Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 5ª (Bilancio), 7ª (Pubbl. istruzione), Questioni regionali (aggiunto il 23 gennaio 2019; annunciato nella seduta n. 82 del 23 gennaio 2019)

## 1.2. Testi

## 1.2.1. Testo DDL 913

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

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 913

### DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **FARAONE**, **SUDANO** e **LAUS**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 30 OTTOBRE 2018

Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale

Onorevoli Senatori. - Nei Paesi industrializzati la sedentarietà è divenuta il secondo più importante fattore di rischio per la salute, dopo il fumo di tabacco. Esiste una stretta relazione tra l'inattività fisica e le patologie cronico-degenerative, che rappresentano circa il 75 per cento delle cause di mortalità nei Paesi industrializzati.

Gli effetti positivi dell'attività fisica sulla patologia cronica non trasmissibile, da quella cardiovascolare, al diabete, all'obesità, alla osteoporosi e ad alcune patologie neoplastiche quali il cancro del colon e della mammella, sono solidamente documentati in diversi studi internazionali. Al riguardo appare opportuno evidenziare le «*Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report 2008 - U.S. Department of Health and Human Services*», pubblicate nel maggio del 2008, che rivoluzionando la letteratura internazionale in materia, riassumono le principali evidenze sull'efficacia dell'esercizio fisico nelle diverse condizioni patologiche e forniscono le indicazioni per l'uso corretto di questo nuovo strumento nella pratica clinica.

L'attività fisica appare, pertanto, un efficace strumento di prevenzione e come tale rientra nella strategia di intervento nei confronti di persone sane o affette da svariate patologie, al punto che l'esercizio fisico dovrebbe essere inserito nel normale *iter* terapeutico per il trattamento di diverse patologie. Tuttavia, questa tipologia di intervento appare ancora largamente sottovalutata in ambito di Sistema sanitario nazionale.

Lo scopo del presente disegno di legge è, dunque, quello di definire principi e criteri generali al fine di introdurre una strategia complessiva relativamente alla «prescrizione dell'attività fisica». La stessa, infatti, deve riguardare sia persone che presentano fattori di rischio, quali ad esempio ipercolesterolemia, obesità, sia persone affette da condizioni patologiche, quali, a titolo esemplificativo cardiopatia ischemica, sindrome metabolica; entrambe queste condizioni, infatti, possono trarre sicuro giovamento attraverso un esercizio fisico correttamente prescritto, nonché svolto in modo controllato. Un approccio integrato in materia sarebbe, inoltre, funzionale ad una reale implementazione del documento programmatico «Guadagnare salute», di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 4 aprile 2007, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 117 del 22 maggio 2007, che tra le diverse ipotesi di intervento prevede interventi «volti ad affermare una concezione dell'attività sportiva che va al di là della mera attività fisica agonistica, divenendo invece un momento di benessere fisico e psicologico che coinvolge tutti i cittadini, giovani e meno giovani. Da qui, un'idea di sport come momento di aggregazione sociale, nonché come attività formativa ed educativa dell'individuo»

Occorre, pertanto, che gli interventi di prevenzione mirati alla promozione dell'attività motoria, i programmi di sorveglianza sulla diffusione tra la popolazione dei fattori di rischio per malattie croniche, nonché la prescrizione controllata dell'attività fisica nei pazienti a rischio rientrino nei livelli essenziali di assistenza (LEA).

Gli interventi di prevenzione individuale, da implementare sul singolo o su piccoli gruppi omogenei, sono destinati a soggetti che presentano fattori di rischio o affetti da condizioni patologiche sensibili all'esercizio fisico.

Particolare attenzione deve essere diretta alla patologia cardiovascolare ed a quelle correlate. Infatti, l'inattività fisica influisce non solo sullo sviluppo della patologia conclamata, ma anche sulle condizioni predisponenti, quali l'ipertensione, la dislipidemia, l'obesità, la sindrome metabolica e il diabete di tipo 2. Altre condizioni che possono giovare dell'esercizio fisico includono le patologie osteo-articolari, la depressione, l'osteoporosi e alcune patologie tumorali.

In relazione a quanto esposto, appare di tutta evidenza la rilevanza del ruolo svolto dal medico di medicina generale e dal pediatra che sono il primo filtro di valutazione clinica della popolazione interessata. Essi possono farsi carico di interventi di prevenzione primaria su individui con livello di rischio basso e molto basso. Avendo identificato o sospettato la necessità di interventi su livelli di rischio più consistenti, essi devono poter indirizzare il paziente verso una rete di strutture specialistiche, che a seconda dei livelli di rischio e delle modalità organizzative previste dalle singole regioni, possono essere dei centri territoriali all'uopo istituiti. Queste sono strutture ambulatoriali collegate all'assistenza sanitaria di base e si rivolgono a pazienti con livello di rischio fino a medio-alto, sia clinicamente silenti, ma portatori di fattori di rischio, sia con patologia già conclamata. I centri territoriali opereranno in rete sul territorio regionale. Al riguardo il presente disegno di legge intende configurarli in maniera tale da farli coincidere con le strutture di medicina dello sport destinate, secondo i modelli organizzativi in atto nelle diverse regioni, al rilascio delle certificazioni di idoneità alla pratica sportiva agonistica ricomprese nei LEA, all'evidente scopo di utilizzare al meglio la professionalità e l'esperienza che già operano nell'ambito dei Servizi sanitari regionali. Nella loro opera le predette strutture si possono anche avvalere della collaborazione di nutrizionisti, psicologi e laureati in scienze motorie.

## DISEGNO DI LEGGE

### Art. 1.

#### *(Finalità)*

1. La Repubblica riconosce e promuove l'attività motoria e sportiva quale strumento di realizzazione del diritto alla salute per la prevenzione in ambito sanitario e per la terapia e la riabilitazione delle persone affette da patologie croniche non trasmissibili, in condizioni cliniche stabili, o a rischio di patologie per le quali è clinicamente dimostrato il beneficio prodotto dalla pratica di un esercizio fisico strutturato e adattato sotto la supervisione di personale qualificato.
2. Al fine di introdurre l'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Sistema sanitario nazionale, gli interventi di prevenzione che mirano alla promozione dell'attività motoria e sportiva, i programmi di sorveglianza sulla diffusione tra la popolazione dei fattori di rischio per malattie croniche e la prescrizione controllata dell'attività fisica nei pazienti a rischio rientrano nei livelli essenziali di assistenza (LEA).
3. La Repubblica promuove interventi destinati alla popolazione e finalizzati a promuovere l'attività motoria e sportiva nelle persone di ogni fascia di età, sia che presentino sia che non presentino condizioni tali da richiedere un intervento di natura clinica. Gli interventi destinati alla popolazione e finalizzati a promuovere l'attività motoria e sportiva devono essere orientati ad aumentare la capacità dei cittadini di comprendere e controllare i fattori di rischio, nonché a ridurre o a rimuovere, attraverso l'adozione di politiche favorevoli alla salute, i fattori ostacolanti la pratica di una regolare attività fisica.

### Art. 2.

#### *(Interventi di prevenzione individuale)*

1. Il Sistema sanitario nazionale assicura gli interventi di prevenzione individuale, da implementare sul singolo o su piccoli gruppi omogenei, che hanno come destinatari i soggetti che presentano fattori di rischio o affetti da condizioni patologiche sensibili all'esercizio fisico.

2. La prescrizione dell'attività motoria e sportiva, effettuata da parte del medico di medicina generale (MMG) o dal pediatra di libera scelta (PLS), richiede l'individuazione tempestiva delle persone che necessitano di tale prestazione e, ove opportuno, il loro accesso a percorsi assistenziali strutturati; prevede inoltre la prescrizione personalizzata dell'esercizio fisico e lo svolgimento controllato e monitorato dello stesso.
3. Il MMG e il PLS operano la prima valutazione clinica della popolazione interessata e prescrivono gli interventi di prevenzione primaria sui soggetti con livello di rischio basso e molto basso.
4. Nei casi in cui il MMG e PLS individuino o sospettino la necessità di interventi su livelli di rischio più consistenti, indirizzano il paziente verso una rete di strutture specialistiche costituita da centri territoriali di primo o di secondo livello, di cui agli articoli 4 e 5, a seconda dei livelli di rischio e delle modalità organizzative previste dalle singole regioni. Tali strutture ambulatoriali sono collegate all'assistenza sanitaria di base e si rivolgono a pazienti sia con livello di rischio fino a medio-alto, sia portatori di fattori di rischio, anche se clinicamente silenti, sia con patologia già conclamata.
5. I centri di primo e di secondo livello sono organizzati in modo da assicurare una distribuzione territoriale ottimale delle strutture in grado di prendere in carico tutti i pazienti loro indirizzati, garantendo nel contempo la presenza di strutture dotate di attrezzature e di personale di elevata esperienza, che possano offrire percorsi formativi, consulenze o presa in carico diretta delle situazioni di elevata complessità.

Art. 3.

*(Compiti del medico di medicina generale  
e del pediatra di libera scelta)*

1. Il MMG e il PLS:

- a) partecipano ai programmi di sanità pubblica per la promozione dell'attività motoria nella popolazione generale e li diffondono;
- b) operano la valutazione della singola persona con presa in carico dei problemi minori;
- c) operano la valutazione della singola persona con gestione del suo percorso specialistico.

2. Il MMG e il PLS propongono l'attività fisica quale forma di prevenzione per la comunità per particolari obiettivi con riferimento al bambino, all'adulto e all'anziano sedentari, in assenza di patologie. Il MMG e il PLS gestiscono altresì il percorso diagnostico e terapeutico del proprio assistito in direzione dei centri territoriali di primo e di secondo livello, di cui rispettivamente agli articoli 4 e 5, nonché del centro specialistico di terzo livello, di cui all'articolo 6.

Art. 4.

*(I centri territoriali di primo livello)*

1. Nei centri territoriali di primo livello si procede alla valutazione funzionale semplice del soggetto al fine di delineare uno specifico e personalizzato programma di esercizio fisico. Possono essere predisposte tabelle di allenamento individuali, in relazione all'età e al rischio clinico potenziale, oltre all'esecuzione di analisi nutrizionali e diete personalizzate, in particolare per i soggetti diabetici o in sovrappeso, con attenzione anche agli aspetti psicologici al fine di evitare abbandoni dell'attività.

2. I centri territoriali di primo livello assicurano la prestazione di analisi diagnostico-valutative semplici finalizzate:

- a) alla definizione, a seguito di accertamenti clinici e strumentali, del profilo biologico del soggetto, in modo da delineare uno specifico e personalizzato programma di esercizio fisico;
- b) all'identificazione degli obiettivi specifici per ogni paziente;
- c) alla determinazione del profilo personale del paziente per la selezione degli strumenti e delle strategie di intervento adeguati;
- d) alla formulazione di un piano di trattamento individuale incentrato sull'attività fisica;
- e) al monitoraggio della risposta al trattamento proposto;



- f) all'eventuale adeguamento del programma in funzione dei riscontri;
- g) alla definizione del piano di mantenimento del programma proposto al fine di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a lungo termine garantendo la continuità assistenziale.

Art. 5.

*(I centri territoriali di secondo livello)*

1. Nei centri territoriali di secondo livello si procede alla valutazione funzionale approfondita in ambito ambulatoriale, con l'utilizzo di test specifici, e sono fornite indicazioni individuali sulla tipologia di attività fisica da svolgere, adattando e personalizzando gli schemi di allenamento in funzione della condizione fisica del soggetto, dei fattori di rischio presenti e della eventuale patologia in atto.
2. I centri territoriali di secondo livello garantiscono le seguenti funzioni:
  - a) definizione, a seguito di accertamenti clinici e strumentali, del completo profilo biologico del soggetto avvalendosi dell'apporto di consulenti specialistici, di servizi di laboratorio biochimico, biomeccanico, funzionale e nutrizionale, nonché di indagini specialistiche;
  - b) identificazione degli obiettivi specifici per ogni utente;
  - c) determinazione del profilo di personalità del paziente per la selezione degli strumenti e delle strategie di intervento adeguati;
  - d) formulazione di un piano di trattamento individuale incentrato sull'attività fisica e integrato in un contesto polispecialistico di supporto;
  - e) coordinamento della somministrazione e dell'esecuzione del piano di trattamento;
  - f) monitoraggio della risposta al trattamento proposto;
  - g) eventuale adeguamento del programma in funzione dei riscontri;
  - h) definizione del piano di mantenimento del programma proposto, al fine di consolidare i risultati ottenuti e favorire l'aderenza a lungo termine garantendo la continuità assistenziale.
3. Le regioni possono individuare, quali centri territoriali di secondo livello, anche le strutture intraospedaliere pubbliche già operative, le quali abbiano nel loro mandato istituzionale la prescrizione dell'esercizio fisico e siano inserite all'interno della programmazione ospedaliera regionale, nel rispetto delle condizioni che le regioni definiscono per tali centri.

Art. 6.

*(I centri specialistici di terzo livello)*

1. Nei centri specialistici di terzo livello si eseguono gli interventi di prevenzione destinati a pazienti ad alto rischio, per i quali la prescrizione dell'attività motoria e sportiva e il suo svolgimento costituiscono un elemento terapeutico fondamentale per il recupero fisico a seguito di eventi patologici maggiori o per prevenire nuovi eventi patologici, e che, per le condizioni di salute più precarie e a rischio più elevato, necessitano di ospedalizzazione.
2. Il centro specialistico di terzo livello dispone percorsi diagnostici e riabilitativi, in regime di ricovero diurno od ordinario, rivolti a pazienti con specifiche problematiche per le quali le evidenze scientifiche indicano l'utilità e la necessità di somministrare attività fisica ma che, per la specificità della patologia primaria e le condizioni di rischio elevato, richiedono una struttura e un'organizzazione che consentano un protocollo di assistenza e monitoraggio continuativi.
3. In conformità con la programmazione delle singole regioni, i centri specialistici di terzo livello possono anche fungere come centri territoriali di secondo livello per le attività ambulatoriali e le attività di monitoraggio del paziente non ricoverato presso il centro specialistico di terzo livello medesimo.
4. Le strutture complesse pubbliche che hanno nel loro mandato istituzionale la prescrizione dell'esercizio fisico e siano inserite all'interno della programmazione ospedaliera regionale, di cui all'articolo 5, comma 3, qualora non raggiungano le caratteristiche previste per i centri specialistici di

terzo livello, possono essere riconosciute come analoghe dei centri territoriali di secondo livello in ambito ospedaliero.

5. Il centro specialistico di terzo livello opera con un'area per degenza ordinaria e una di *day hospital* e dispone di specifici laboratori per indagini diagnostiche e valutazioni funzionali, nonché di aree attrezzate per l'effettuazione dell'attività fisica in condizioni di monitoraggio clinico continuo. In esso opera inoltre personale con documentata esperienza e conoscenze nel settore medico dell'esercizio fisico e dell'attività sportiva.

## **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. 913  
**XVIII Legislatura**

---

Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale

---

Trattazione in Commissione

### **Sedute di Commissione primaria**

Seduta

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

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

18 giugno 2020

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

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

7 luglio 2020

[N. 141 \(ant.\)](#)

9 settembre 2020

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

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

[N. 161 \(ant.\)](#)

9 settembre 2020

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

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

6 ottobre 2020

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

[N. 149 \(pom.\)](#)

21 ottobre 2020

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

[N. 190 \(pom.\)](#)

11 maggio 2021

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

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

8 giugno 2021

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

[N. 233 \(pom.\)](#)

10 maggio 2022

---

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

## **1.3.2. Resoconti sommari**

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

## 1.3.2.1.1. 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.

## 1.3.2.1.2. 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 relattrice [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).

Saggiunge 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 .....

.....

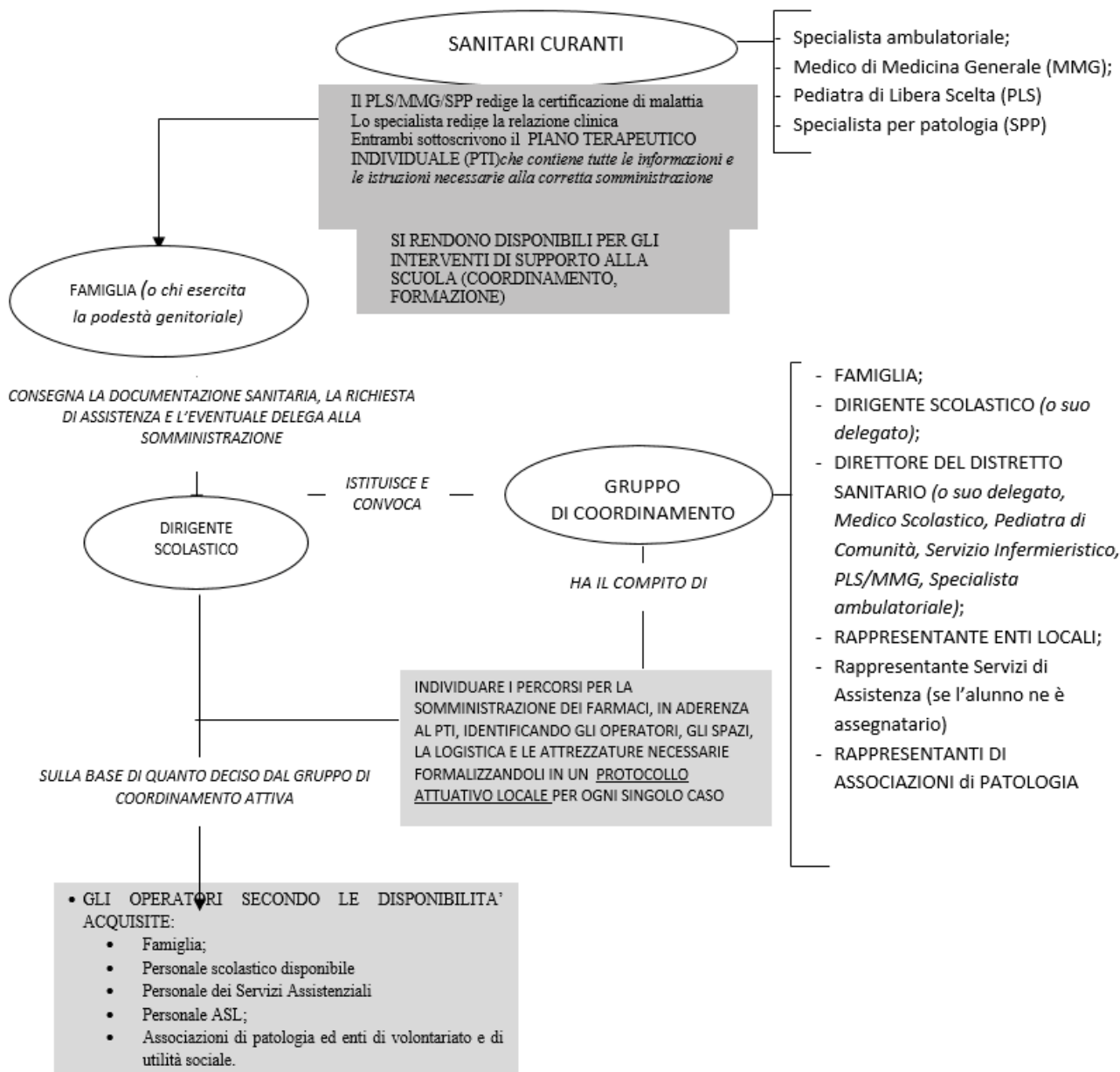
Data .....

Medico (Timbro e Firma)

--

**Allegato IV**

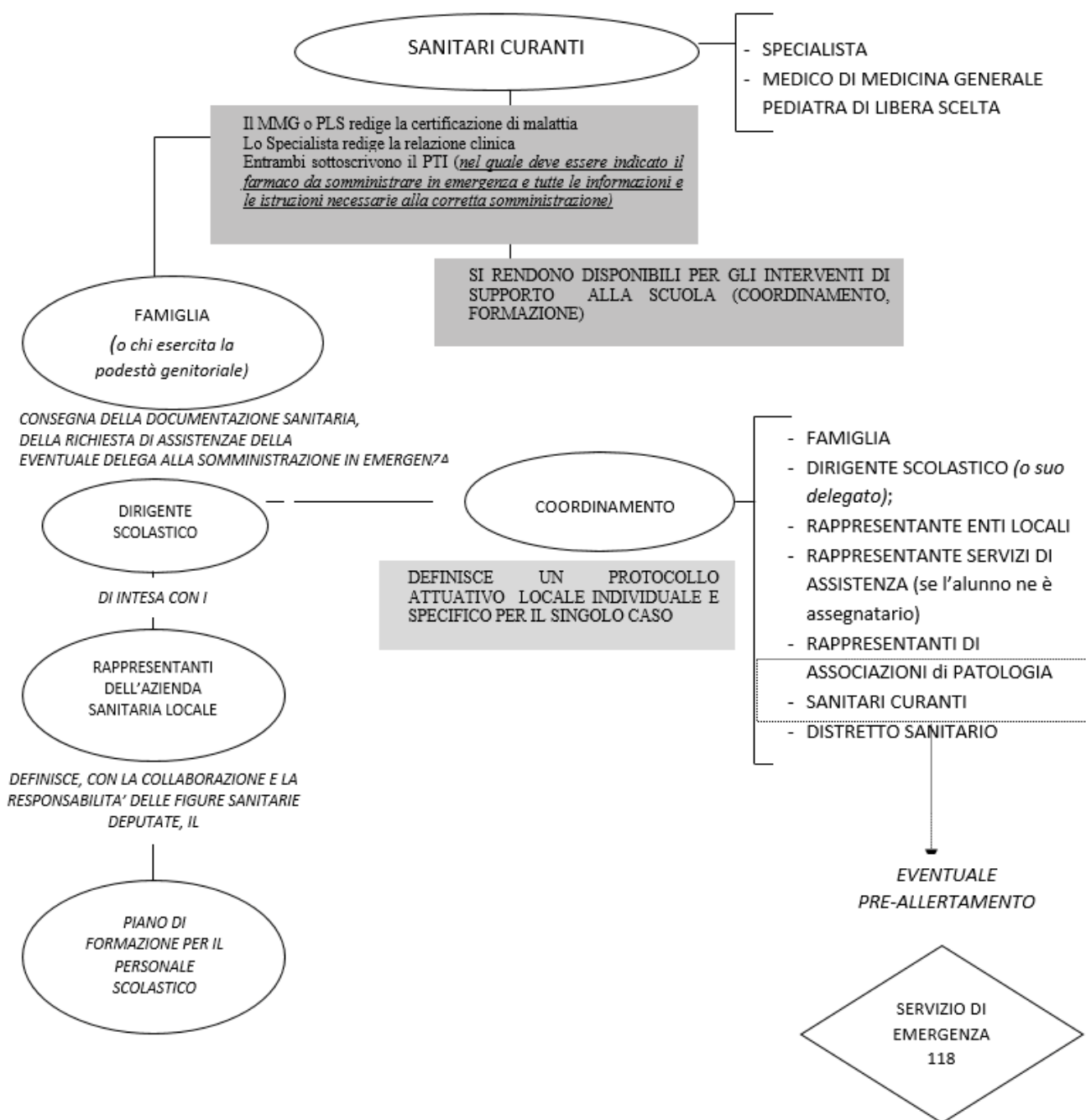
**Modello di intervento per la somministrazione dei farmaci per assicurare la continuità terapeutica**



--

**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 .....

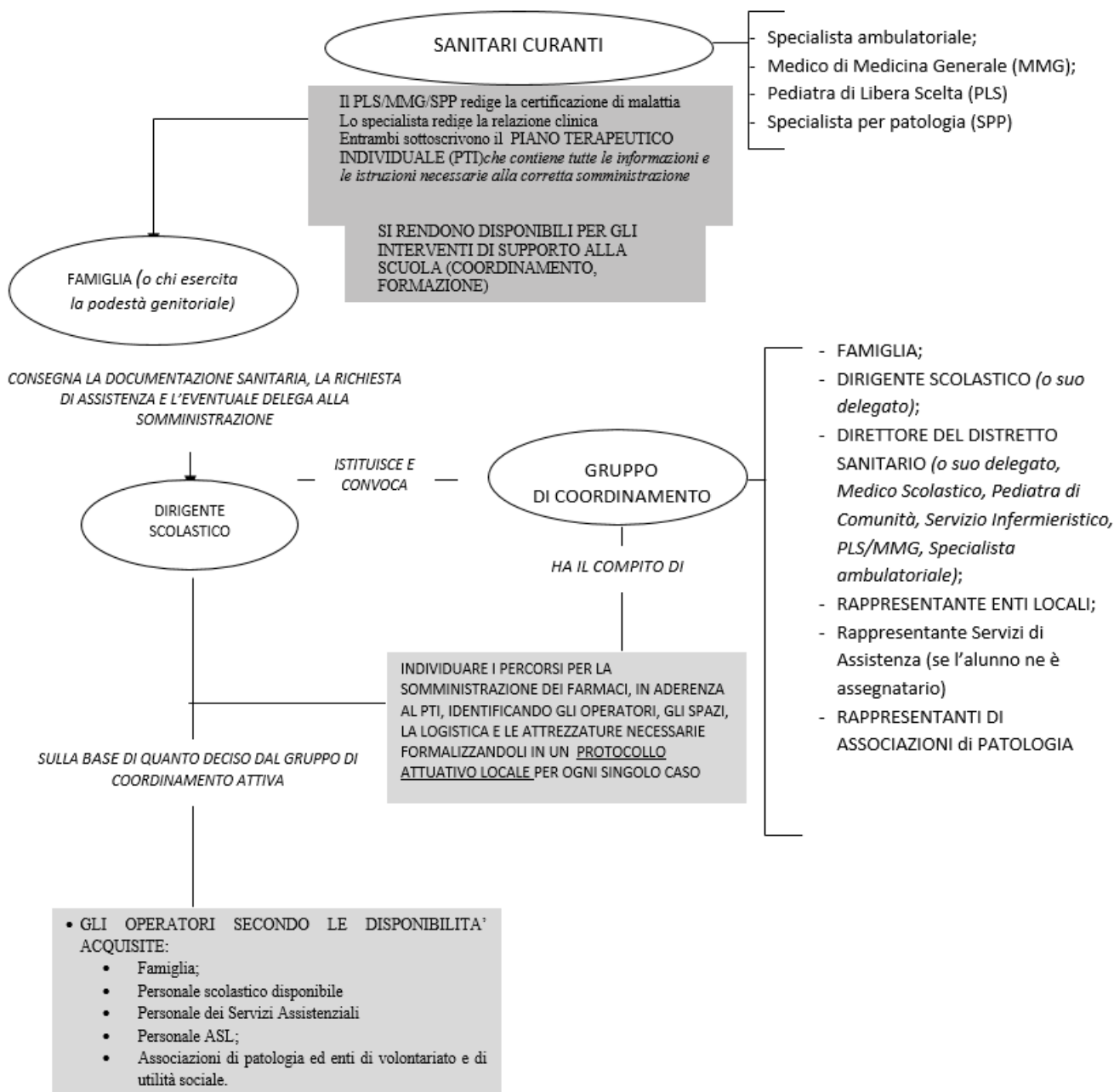
Data .....

Medico (Timbro e Firma)

--

**Allegato IV**

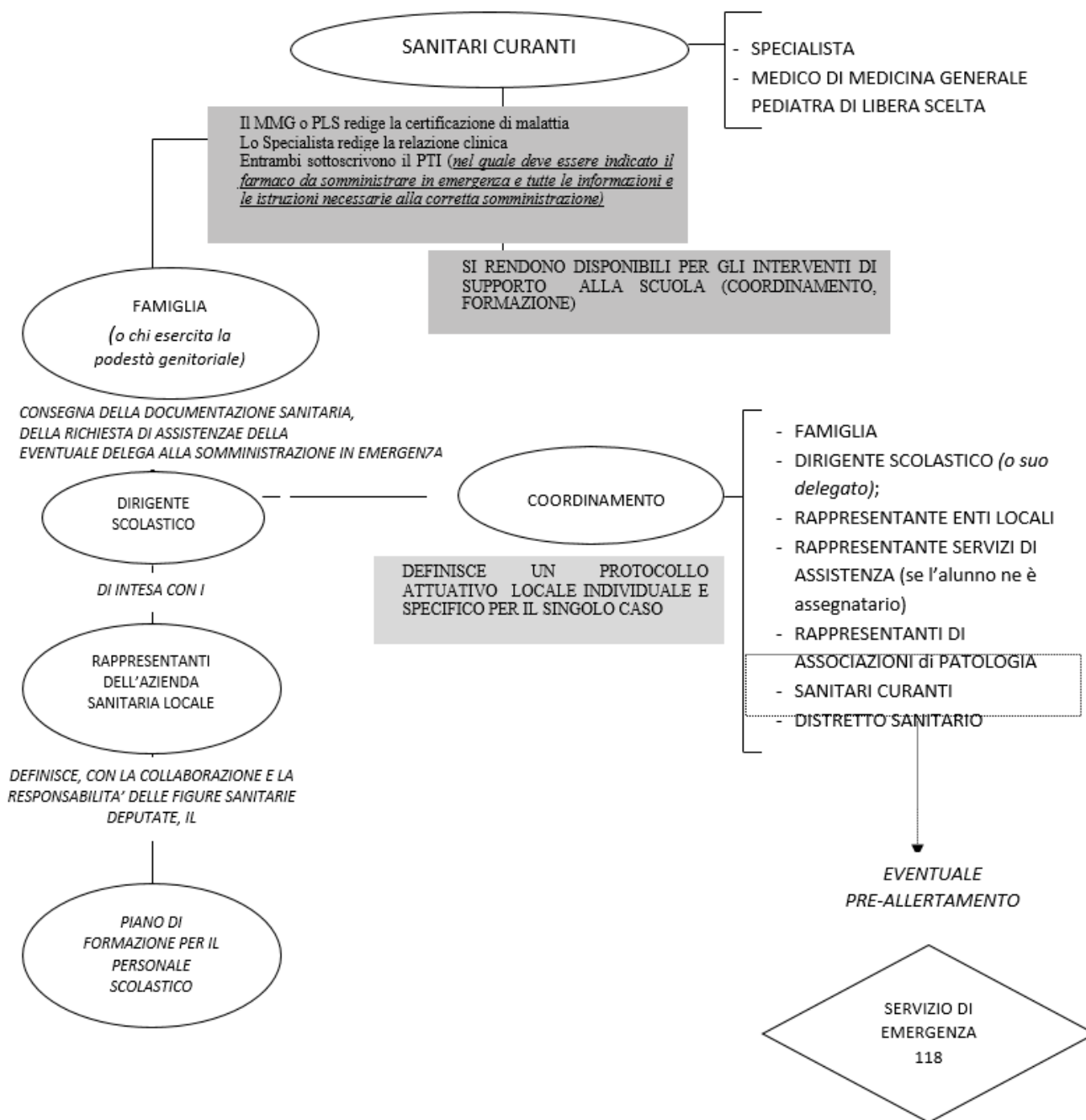
**Modello di intervento per la somministrazione dei farmaci per assicurare la continuità terapeutica**



--

**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 soppresse. 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 soppresse;

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](#), [Siclari](#), [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,**».*

*Consequentemente, 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.»

## 1.3.2.1.3. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 141 (ant.) del 09/09/2020

---

[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. 141**  
**MERCOLEDÌ 9 SETTEMBRE 2020**

*Presidenza della Presidente*  
[PARENTE](#)

*Orario: dalle ore 8,45 alle ore 9,40*

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO  
DI LEGGE N. 913 (ESERCIZIO FISICO) E DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1715 E CONNESSO  
(RIFORMA SISTEMA EMERGENZA SANITARIA "118")*

[VIDEO](#)

## 1.3.2.1.4. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 161 (ant.) del 09/09/2020

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

IGIENE E SANITA' (12<sup>a</sup>)  
MERCOLEDÌ 9 SETTEMBRE 2020  
161<sup>a</sup> Seduta

Presidenza della Presidente  
[PARENTE](#)

*La seduta inizia alle ore 9,40.*

*IN SEDE CONSULTIVA*

**[\(1928\)](#) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83, recante misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020**, approvato dalla Camera dei deputati  
(Parere alla 1a Commissione. Esame e rinvio)

La presidente [PARENTE](#) (IV-PSI), relatrice facente funzione, introduce l'esame del provvedimento in titolo.

Premette che i commi 1 e 2 dell'articolo 1 dispongono una proroga dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 - in correlazione con l'identica proroga (disposta con delibera del Consiglio dei Ministri del 29 luglio 2020) dello stato di emergenza epidemiologica - di alcune norme restrittive di diretta applicazione - inerenti alla circolazione delle persone e ad alcune attività - nonché delle norme che consentono - nel suddetto ambito temporale - la definizione di altre misure restrittive con provvedimenti di rango non legislativo. Riguardo al complesso delle suddette norme legislative, richiamate dai commi 1 e 2, il successivo articolo 1-bis - inserito dalla Camera - reca un intervento di coordinamento.

Il comma 1-bis (inserito dalla Camera) dell'articolo 1 esclude i convegni inerenti alle attività medico-scientifiche e di educazione continua in medicina (ECM) dall'ambito di eventuali divieti provvisori di svolgimento, stabiliti dai provvedimenti summenzionati.

Il comma 3 dello stesso articolo 1 ed il relativo allegato 1 stabiliscono un complesso di altre proroghe di termini che norme precedenti ponevano al 31 luglio 2020. Il successivo comma 4 specifica che le norme non contemplate dal presente decreto e recanti anch'esse come termine finale il 31 luglio 2020 non sono prorogate.

La relatrice facente funzione segnala che rilevano in questa sede, in primo luogo, le seguenti disposizioni del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla L. 24 aprile 2020, n. 27, comprese nell'allegato 1, i termini delle quali sono prorogate dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 (fatto salvo un termine specifico):

- l'articolo 2-bis, che concerne sia il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di incarichi di lavoro autonomo ad iscritti agli albi delle professioni sanitarie ed

- agli operatori socio-sanitari ovvero a personale medico, veterinario, sanitario e socio-sanitario collocato in quiescenza sia una deroga alla disciplina transitoria relativa all'assunzione di professionisti sanitari in formazione specialistica con contratti di lavoro dipendente a tempo determinato e parziale; la deroga consente tali assunzioni anche in assenza dell'accordo quadro nazionale ivi previsto;
- i commi da 1 a 3 e 5 dell'articolo 2-ter, e successive modificazioni, che consentono, in via transitoria, il conferimento, da parte degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale, di incarichi individuali a tempo determinato al personale delle professioni sanitarie e ad operatori socio-sanitari, mediante avviso pubblico e selezione per colloquio orale;
  - l'articolo 2-quinquies, che consente in via transitoria lo svolgimento di alcuni incarichi ai medici iscritti ai corsi di formazione specialistica o a quelli di formazione specifica in medicina generale. Per la proroga in esame, la riformulazione (dell'articolo 1, comma 3, e dell'allegato 1) approvata dalla Camera pone il termine del 31 dicembre 2021;
  - l'articolo 3, che, in primo luogo, autorizza le regioni, le province autonome e gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale a stipulare accordi per l'acquisto di ulteriori prestazioni sanitarie - in deroga ai limiti di spesa previsti dalla legislazione vigente e con un'autorizzazione specifica di spesa pari a 240 milioni di euro per il 2020 - quando non sia possibile attuare, mediante i contratti in essere alla data del 17 marzo 2020, i piani di incremento della dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive; in tale ambito, ove necessario, è consentito il ricorso alla stipulazione di accordi anche con strutture private non accreditate, purché autorizzate. Il medesimo articolo 3 prevede inoltre che le strutture private, accreditate e non, su richiesta delle regioni, delle province autonome o degli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale e sulla base di un'autorizzazione di spesa pari a 160 milioni di euro per il 2020, mettano a disposizione il personale sanitario in servizio nonché i locali e le apparecchiature presenti nelle medesime strutture (per le attività rese da tali strutture private è riconosciuta un'indennità). I contratti e le misure di cui al presente articolo 3 hanno efficacia fino al termine in oggetto (ora prorogato al 15 ottobre 2020);
  - l'articolo 4, che, in via transitoria, consente alle regioni ed alle province autonome di attivare aree sanitarie, anche di natura temporanea, in deroga ai requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento e pone una serie di deroghe alle norme in materia edilizia per la realizzazione delle opere strettamente necessarie all'allestimento delle strutture in oggetto (per le medesime opere, il comma 4 dell'articolo 4 in esame destina 50 milioni di euro per il 2020, a valere sulle risorse già programmate in materia di edilizia sanitaria e di ammodernamento tecnologico del patrimonio sanitario pubblico);
  - l'articolo 4-bis, che, in primo luogo, prevede la costituzione, da parte delle regioni e delle province autonome, presso una sede di continuità assistenziale già esistente, di un'unità speciale ogni 50.000 abitanti, per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitino di ricovero ospedaliero (le disposizioni in esame concernono anche la composizione dell'unità speciale, le modalità di svolgimento dell'attività ed i relativi compensi per i medici). L'articolo 4-bis, in secondo luogo, richiede che il triage per i pazienti che si rechino autonomamente in pronto soccorso con sintomi da COVID-19 avvenga in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso, al fine di consentire alle strutture sanitarie di svolgere al contempo le ordinarie attività assistenziali. Le norme di cui al presente articolo 4-bis hanno efficacia fino al termine in oggetto (ora prorogato al 15 ottobre 2020);
  - i commi 1 e 3 dell'articolo 5-bis, che recano norme transitorie relative alle procedure pubbliche di acquisto e di pagamento dei dispositivi di protezione individuale e di altri dispositivi medici nonché all'ambito delle mascherine utilizzabili dagli operatori sanitari; a quest'ultimo riguardo, si consente l'utilizzo anche di mascherine chirurgiche, nonché, previa valutazione da parte dell'Istituto superiore di sanità, mascherine prive del marchio CE;
  - il comma 1 dell'articolo 12, il quale consente, in via temporanea e a determinate condizioni, che gli enti ed aziende del Servizio sanitario nazionale trattengano in servizio i dirigenti medici e sanitari, nonché il personale del ruolo sanitario del comparto sanità e gli operatori socio-sanitari, anche in deroga ai limiti previsti dalle disposizioni vigenti per il collocamento in quiescenza;
  - il comma 1 dell'articolo 13, che prevede una deroga temporanea alla disciplina sul

riconoscimento di professioni sanitarie (relativamente a qualifiche conseguite in altri Paesi dell'Unione europea);

- il comma 1-*bis* dello stesso articolo 13, che amplia in via transitoria, per i cittadini di Paesi non appartenenti all'Unione europea, titolari di un permesso di soggiorno che consenta di lavorare, l'ammissibilità di assunzioni alle dipendenze di pubbliche amministrazioni, per l'esercizio di professioni sanitarie e per la qualifica di operatore socio-sanitario;
  - il comma 1 dell'articolo 15, e successive modificazioni, che consente, in via transitoria, la produzione di mascherine chirurgiche e di dispositivi di protezione individuale in deroga alle norme tecniche vigenti e secondo una specifica procedura di validazione, posta dal medesimo articolo 15, e successive modificazioni (tale normativa transitoria demanda la verifica della sussistenza dei requisiti di sicurezza all'Istituto superiore di sanità per le mascherine chirurgiche e all'INAIL per i dispositivi di protezione individuale) ;
  - il comma 1 dell'articolo 16, e successive modificazioni, il quale prevede che, in via transitoria, le mascherine chirurgiche reperibili in commercio - ivi comprese, previa valutazione da parte dell'Istituto superiore di sanità, quelle prive del marchio CE - siano incluse tra i dispositivi di protezione individuale (DPI), con riferimento a tutti i casi in cui i lavoratori (ivi compresi quelli addetti ai servizi domestici e familiari) e i volontari (sia in ambito sanitario sia in altri ambiti), nello svolgimento della loro attività, siano oggettivamente impossibilitati a mantenere la distanza interpersonale di almeno un metro. Tale prescrizione è in sostanza relativa ad un livello minimo di protezione (salve le norme e le valutazioni specifiche, relative ad un livello più elevato);
  - il comma 2 del citato articolo 16, il quale consente, in via transitoria, l'impiego, da parte delle persone presenti sull'intero territorio nazionale, di mascherine filtranti prive del marchio CE e prodotte in deroga alle vigenti norme sull'immissione in commercio;
  - l'articolo 17-*bis*, che reca norme transitorie in materia di trattamento di dati personali (tra cui dati relativi alla salute);
  - l'articolo 22-*bis*, e successive modificazioni, che prevede, in via transitoria, l'adozione di iniziative di solidarietà per i familiari degli esercenti una professione sanitaria, degli assistenti sociali e degli operatori socio-sanitari, che, durante lo stato di emergenza, abbiano contratto, in conseguenza dell'attività di servizio prestata, una patologia alla quale sia conseguita la morte per effetto diretto o "come concausa" del contagio da COVID-19;
  - l'articolo 102, comma 6, recante una norma transitoria sulle modalità di svolgimento delle prove compensative, per i casi in cui, per i cittadini degli Stati membri dell'Unione europea, il riconoscimento del possesso di una qualifica professionale (conseguita in altri Paesi dell'Unione), nell'ambito delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione, richieda lo svolgimento di tale prova;
  - l'articolo 122, e successive modificazioni, che prevede, in via transitoria, la figura del Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 (il Commissario attua e sovrintende ad ogni intervento utile a fronteggiare l'emergenza, organizzando, acquisendo e sostenendo la produzione di ogni genere di bene strumentale utile a contenere e contrastare l'emergenza stessa, o comunque necessario in relazione alle misure adottate per contrastarla, nonché programmando e organizzando ogni attività connessa, individuando e indirizzando il reperimento delle risorse umane e strumentali necessarie, individuando i fabbisogni, e procedendo all'acquisizione e alla distribuzione di farmaci, di apparecchiature e di dispositivi medici e di protezione individuale. Nello svolgimento delle proprie funzioni, il Commissario collabora con le regioni e le supporta nell'esercizio delle relative competenze in materia di salute e, anche su richiesta delle regioni, può adottare, in via d'urgenza, secondo la disciplina di cui al comma 2 del medesimo articolo 122, i provvedimenti necessari a fronteggiare ogni situazione eccezionale).
- Riguardo alle disposizioni in materia di lavoro agile, in base ai medesimi articolo 1, comma 3, ed allegato 1 del decreto-legge in conversione, la relatrice facente funzione segnala che:
- viene prorogata dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 la norma transitoria (di cui all'articolo 39,



commi 1 e 2-*bis*, del decreto-legge n. 18) che riconosce ai lavoratori dipendenti portatori di handicap grave, o aventi nel proprio nucleo familiare un soggetto portatore di *handicap* grave o immunodepresso, il diritto a tale modalità lavorativa, a condizione che essa sia compatibile con le caratteristiche della prestazione;

- è parimenti prorogata dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 la norma transitoria - di cui all'articolo 90, comma 1, secondo periodo, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77 - che riconosce il diritto alla modalità lavorativa in oggetto, sulla base delle valutazioni dei medici competenti e a condizione che essa sia compatibile con le caratteristiche della prestazione, ai dipendenti del settore privato maggiormente esposti a rischio di contagio da virus SARS-CoV-2, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o, comunque, da comorbilità che possano caratterizzare una situazione di maggiore rischiosità accertata dal medico competente, nell'ambito della sorveglianza sanitaria sul luogo di lavoro;

- viene prorogata dal 31 luglio 2020 al 14 settembre 2020 la norma transitoria - di cui al primo periodo del citato articolo 90, comma 1, del decreto-legge n. 34 - che riconosce lo stesso diritto ai lavoratori dipendenti del settore privato che abbiano almeno un figlio minore di anni 14, a condizione che nel nucleo familiare non vi sia altro genitore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa e che non vi sia genitore non lavoratore, ferma restando la condizione che la modalità sia compatibile con le caratteristiche della prestazione;

- è prorogata dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 la norma transitoria - di cui al comma 4 del citato articolo 90 del decreto-legge n. 34 - che consente ai datori privati, con riferimento a ogni rapporto di lavoro subordinato, il ricorso alla modalità di lavoro agile anche in assenza dell'accordo individuale (in tal caso, gli obblighi di informativa in materia di sicurezza sul lavoro possono essere assolti in via telematica, anche ricorrendo alla documentazione disponibile sul sito internet dell'INAIL);

- è prorogato dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 il termine finale del periodo - di cui al comma 3 del citato articolo 90 del decreto-legge n. 34 - durante il quale i datori di lavoro del settore privato devono comunicare al Ministero del lavoro e delle politiche sociali, in via telematica, i nominativi dei lavoratori che prestano lavoro agile e la data di cessazione della medesima modalità.

Infine, riguardo alle altre norme comprese nell'allegato 1, la relatrice facente funzione segnala:

- l'articolo 27-*bis* del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, convertito, con modificazioni, dalla L. 5 giugno 2020, n. 40, che estende in via transitoria (fino al termine ora prorogato dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020) a tutti i farmaci che richiedono un controllo ricorrente del paziente l'applicazione degli eventuali accordi che attualmente concernano solo alcuni dei farmaci in oggetto (accordi conclusi in applicazione della normativa che consente alle regioni e province autonome di stipularli con le associazioni sindacali delle farmacie convenzionate, pubbliche e private, per permettere agli assistiti di rifornirsi anche presso le stesse farmacie - cosiddetta distribuzione per conto -, con le medesime modalità previste per la distribuzione attraverso le strutture aziendali del Servizio sanitario nazionale - cosiddetta distribuzione diretta -);

- il comma 1 dell'articolo 38 del citato decreto-legge n. 23, che pone una norma transitoria relativa alla corresponsione di incrementi del trattamento economico ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta;

- l'articolo 40 dello stesso decreto-legge n. 23, che reca norme transitorie sulla sperimentazione clinica dei farmaci, con riferimento a pazienti affetti da COVID-19, nonché sull'uso compassionevole dei farmaci in fase di sperimentazione destinato ai medesimi pazienti;

- il comma 1, quarto periodo, dell'articolo 42 del citato decreto-legge n. 23, sulla durata del mandato del Commissario straordinario dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas). Anche tale durata viene prorogata dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020 (tuttavia, l'articolo 31, comma 2, del successivo D.L. 14 agosto 2020, n. 104, attualmente in fase di conversione alle Camere, prevede che il presidente e il direttore generale dell'Agenas siano nominati entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore del medesimo decreto e che, con tali nomine, cessi l'incarico conferito al

Commissario straordinario);

- la proroga (sempre dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020) sia del termine per l'utilizzo dell'applicazione per dispositivi di telefonia mobile complementare e della piattaforma relative alla gestione di un sistema di allerta (cosiddetta *app* Immuni), in relazione alle persone che siano entrate in contatto stretto con soggetti risultati positivi al virus SARS-CoV-2, sia del termine finale per il trattamento dei relativi dati personali e per la cancellazione o la conversione in forma definitivamente anonima degli stessi dati;

- l'articolo 4 del decreto-legge n. 34 del 2020, che prevede, in via transitoria, in favore delle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate, sia il riconoscimento di una remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza da COVID-19 sia un incremento tariffario per le attività rese a pazienti affetti dalla suddetta malattia;

- l'articolo 100 dello stesso decreto-legge n. 34, che prevede, in via temporanea, la facoltà di avvalimento in via diretta, da parte del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, del Comando dei Carabinieri per la tutela del lavoro e delle articolazioni dipendenti, limitatamente al personale già in organico. Anche per tale disposizione il termine è prorogato dal 31 luglio 2020 al 15 ottobre 2020.

La [PRESIDENTE](#) avverte che la tempistica di trattazione del provvedimento sarà discussa nel pomeriggio odierno in sede di Ufficio di Presidenza, alla luce del calendario vigente dell'Assemblea e dell'andamento dei lavori presso la Commissione di merito.

Prende atto la Commissione.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

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

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle odierne audizioni, in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sui disegni di legge n. 913 (esercizio fisico) e n. 1715 e connesso (Riforma Sistema emergenza sanitaria "118"), 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 tali disegni di legge.

La Commissione prende atto.

*La seduta termina alle ore 9,50.*

## 1.3.2.1.5. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (ant.) del 06/10/2020

---

[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. 145**  
MARTEDÌ 6 OTTOBRE 2020

*Presidenza della Vice Presidente*

[BOLDRINI](#)

*indi della Presidente*

[PARENTE](#)

*Orario: dalle ore 9 alle ore 9,15*

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO  
DI LEGGE N. 913 (ESERCIZIO FISICO)*

[VIDEO](#)

## 1.3.2.1.6. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 149 (pom.) del 21/10/2020

[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. 149**  
**MERCOLEDÌ 21 OTTOBRE 2020**

*Presidenza della Vice Presidente*

[BOLDRINI](#)

*indi della Presidente*

[PARENTE](#)

*Orario: dalle ore 14,05 alle ore 16,05*

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 913 (ESERCIZIO FISICO), DEL DISEGNO DI LEGGE N. 869 (PREVENZIONE MALATTIE CARDIOVASCOLARI) E DELL'AFFARE ASSEGNATO "POTENZIAMENTO E RIQUALIFICAZIONE DELLA MEDICINA TERRITORIALE NELL'EPOCA POST COVID" (ATTO N. 569)*

[VIDEO DDL 913](#)

[VIDEO DDL 869](#)

[VIDEO ATTO N. 569](#)

## 1.3.2.1.7. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 190 (pom.) dell'11/05/2021

---

[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. 190**  
**MARTEDÌ 11 MAGGIO 2021**

*Presidenza della Presidente*  
[PARENTE](#)

*Orario: dalle ore 15,30 alle ore 16,10*

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI  
DI LEGGE NN. 1202-1272 (SENSIBILITA' CHIMICA MULTIPLA) E 913 (ESERCIZIO FISICO)*

[VIDEO DDL 1202-1272](#)  
[VIDEO DDL 913](#)

## 1.3.2.1.8. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (pom.) dell'08/06/2021

---

[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. 195**  
**MARTEDÌ 8 GIUGNO 2021**

*Presidenza della Vice Presidente*  
**[BOLDRINI](#)**

*Orario: dalle ore 15 alle ore 15,50*

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI DI LEGGE NN. 913 (ESERCIZIO FISICO) E 1827 (ISTITUZIONE PSICOLOGO CURE PRIMARIE)*

**[VIDEO DDL 913](#)**  
**[VIDEO DDL 1827](#)**

## 1.3.2.1.9. 12<sup>a</sup> Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 233 (pom.) del 10/05/2022

[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. 233**  
**MARTEDÌ 10 MAGGIO 2022**

*Presidenza della Presidente*  
[PARENTE](#)

*Orario: dalle ore 14,05 alle ore 14,55*

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, DEL DOTTOR ANTONIO SPATARO,  
RESPONSABILE SANITARIO SQUADRA OLIMPICA ITALIANA CONI, NONCHE' DI  
RAPPRESENTANTI DELL'ASSOCIAZIONE ITALIANA SPECIALISTI DELL'ESERCIZIO FISICO  
(AISE), NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 913 (ESERCIZIO FISICO)*

[video](#)

