



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 921

Norme per valorizzare, in continuità con la legge 13 maggio 1978, n. 180, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei servizi di salute mentale e per promuovere equità di cure nel territorio nazionale

Indice

1. DDL S. 921 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 921	4
1.3. Trattazione in Commissione	19
1.3.1. Sedute	20
1.3.2. Resoconti sommari	21
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita')	22
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 76 (pom.) del 07/05/2019	23
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 180 (pom.) del 17/11/2020	37

1. DDL S. 921 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 921
XVIII Legislatura

Norme per valorizzare, in continuità con la legge 13 maggio 1978, n. 180, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei servizi di salute mentale e per promuovere equità di cure nel territorio nazionale

Iter

12 febbraio 2019: assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Successione delle letture parlamentari

S.921

assegnato (non ancora iniziato l'esame)

Iniziativa Parlamentare

[Caterina Bini](#) ([PD](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **6 novembre 2018**; annunciato nella seduta n. 54 del 6 novembre 2018.

Classificazione TESEO

ASSISTENZA PSICHIATRICA , MALATI MENTALI

Articoli

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE (Art.2), REGIONI (Art.2), MINISTERO DELLA SALUTE (Artt.3-5, 15), COMMISSIONI E ORGANI CONSULTIVI (Artt.3, 15, 16), PROGRAMMI E PIANI (Artt.3, 4), LIMITI E VALORI DI RIFERIMENTO (Art.3), SERVIZI DI DIAGNOSI E CURA MENTALE (Art.4), CENTRI DI IGIENE MENTALE (Art.4), OSPEDALI PSICHIATRICI (Art.10), AZIENDE SANITARIE LOCALI (Art.4), DECRETI MINISTERIALI (Artt.5, 15), FAMIGLIA (Artt.5, 8), CURE MEDICHE E CHIRURGICHE (Art.7), TRATTAMENTI SANITARI OBBLIGATORI (Artt.9, 10), PSICHIATRI (Art.11), INFORMAZIONE (Art.13), ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE (Art.14)

Assegnazione

Assegnato alla [12^a Commissione permanente \(Igiene e sanità\)](#) in sede redigente il 12 febbraio 2019. Annuncio nella seduta n. 90 del 12 febbraio 2019.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 2^a (Giustizia), 5^a (Bilancio), 7^a (Pubbl. istruzione), 11^a (Lavoro), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 921

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

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 921

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice **BINI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 6 NOVEMBRE 2018

Norme per valorizzare, in continuità con la legge 13 maggio 1978, n. 180, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei servizi di salute mentale e per promuovere equità di cure nel territorio nazionale

Onorevoli Senatori. - Il presente disegno di legge riprende un'analogha iniziativa legislativa presentata alla Camera nella XVII legislatura con primo firmatario Ezio Primo Casati e da numerosi altri deputati. La legge 13 maggio 1978, n. 180, ha introdotto in Italia una « rivoluzione » nel campo della salute mentale perché:

- 1) ha disposto la chiusura dei manicomi;
- 2) ha sancito che di norma i trattamenti per malattia mentale sono volontari, limitandone l'obbligatorietà a poche e definite situazioni;
- 3) ha statuito che « gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali sono attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri ».

Dal 1978 ad oggi i primi principi rivoluzionari della legge 180 sono entrati nelle pratiche quotidiane della salute mentale italiana. Il primo e più importante, quello della chiusura dei manicomi, è ormai consegnato alla storia. Il secondo, sui trattamenti sanitari obbligatori, fa ancora oggi molto discutere, secondo noi impropriamente, o, comunque, in maniera eccessiva.

Il terzo, sulla territorializzazione dell'assistenza psichiatrica, non ha trovato nella legislazione ordinaria e soprattutto nelle pratiche quotidiane un percorso e un radicamento applicativo adeguati. Di fatto a tutt'oggi « gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione relativi alle malattie mentali attuati di norma dai servizi e presidi extraospedalieri » difettano di una cornice di principi generali chiari, forti e condivisi per orientarne l'operatività e non sono sufficientemente definiti sotto il profilo del « chi fa che cosa, dove e quando ».

L'unico atto legislativo, dal 1978 ad oggi, che si è occupato di normare i principi della legge 180 è stato il progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 », di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999. Un testo sicuramente condivisibile, ma privo per sua propria natura della « forza » giuridica necessaria e ormai ampiamente datato. La maggioranza delle regioni ha emanato leggi, ma evidentemente senza un respiro nazionale e tra loro del tutto scollegate.

Inoltre è purtroppo sempre mancata a livello ministeriale o di enti collegati una rete che, a maggior ragione in assenza di un impianto legislativo « forte », tenesse insieme il variegato e diversificato mondo della salute mentale italiana cercando di fornire dati, buone pratiche, obiettivi, linee di lavoro e indirizzi condivisi. Da ormai più di trenta anni nel Paese si continua a litigare sulla legge 180, tra chi la considera una legge sbagliata e perciò da cambiare e soprattutto responsabile di tutto quanto non funziona nella gestione della salute mentale italiana e chi la considera un'icona immodificabile. Basta leggerla per capire che la legge 180 (e la sue disposizioni riprese dalla legge n. 833 del 1978, istitutiva del Servizio sanitario nazionale) non è nata per disegnare le cose da fare nel quotidiano della salute mentale. La legge 180 era e resta fissata a quei tre principi che abbiamo richiamato all'inizio. Riempire

di contenuti quella rivoluzione spettava e spetta ad altri provvedimenti legislativi e ad un'infinità di atti coerenti e conseguenti affidati alla buona volontà di molti uomini operanti nelle aziende sanitarie locali, nelle amministrazioni, nella politica locale e nella comunità tutta, nonché al ruolo attivo dei tanti utenti e familiari in carico ai dipartimenti di salute mentale italiani cui troppo poco in questi trenta anni è stato riconosciuto in tema di ruolo e di protagonismo. Quindi litigare sulla questione « legge 180 sì o legge 180 no » appare inutile e fuorviante. La legge 180 è un atto di grande valore etico e politico a cui dobbiamo la chiusura di luoghi dove centinaia di migliaia di cittadini italiani malati di mente hanno subito la violenza della reclusione in assenza di ogni cura degna di questo nome. Abbiamo perso tempo prezioso, sprecato sul brutto altare di dispute ideologiche e di cattivi principi, che avremmo dovuto dedicare a tradurre, in fatti coerenti e conseguenti, il terzo principio contenuto nella legge 180, quello del « chi fa che cosa, dove e quando », per garantire a tutti i cittadini italiani, in tutti i loro luoghi di vita, cure appropriate. A partire dal dato vero, ma non sufficiente, che in alcune aree del Paese lo spirito e i principi della legge 180 sono compiutamente realizzati e dal dato altrettanto vero che in molte parti del Paese la qualità dell'assistenza psichiatrica lascia a desiderare non poco.

Ancora prima avremmo potuto e dovuto individuare alcuni pochi principi generali, e che in quanto tali sarebbero dovuti rimanere di competenza del legislatore nazionale, in grado di animare l'operatività quotidiana dei servizi di salute mentale con un respiro che trascendesse la mera indicazione di singoli comportamenti virtuosi, ma che riuscisse a tracciare la cornice di un sistema di buona salute mentale che facesse del pensare positivo, del « fare assieme » tra utenti, familiari, operatori e cittadini, dell'incontro tra saperi, della guarigione sempre possibile e del miglioramento continuo della qualità prestazionale i suoi riferimenti portanti.

Quello che appare quindi doveroso è « dare a Cesare quel che è di Cesare », di consegnare alla storia i meriti della legge 180 e di preoccuparsi di rendere realmente operativa quella territorializzazione dei servizi che essa, per la sua natura di legge quadro e di indirizzo generale, non prevedeva. Perché nessuno oggi vuole seriamente riaprire i vecchi manicomi e nessuno contesta che gli interventi di prevenzione, cura e riabilitazione debbano essere attuati nel territorio. Rimane sospesa la questione sui trattamenti sanitari obbligatori (TSO), che è ancora parte del dibattito attuale sulla legge 180, ma che può verosimilmente trovare una sua composizione in un quadro complessivo di più ampio e meditato respiro.

Negli ultimi venti anni sono stati presentati alle Camere numerosi progetti di legge volti a modificare la legge 180, ma sono stati tutti in larga misura, e in molti casi in via esclusiva, concentrati sull'obiettivo di prolungare nel tempo i TSO. Sicuramente riteniamo si possa discutere di TSO, anche se non è un nostro obiettivo, ma non pensiamo in alcun modo che questo rappresenti il tema centrale della discussione, né che da sue proroghe *ad infinitum* possano emergere le soluzioni ai mali della salute mentale italiana.

Una legge che voglia garantire equità e appropriatezza di trattamenti a tutti i cittadini italiani dovrebbe porsi, a nostro avviso, cinque obiettivi fondamentali:

- 1) essere in continuità con lo spirito e con i principi che hanno animato la legge 180 e riprendere i contenuti di base del citato progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 »;
- 2) definire alcuni principi generali che sono oggi ineludibili per dare « gambe robuste » ad una buona salute mentale di comunità, quale quella attesa da più di trent'anni in tutto il Paese;
- 3) garantire la declinazione di alcuni degli aspetti più importanti del principio « cosa, dove, come, quando e perché » per garantire uniformità di prestazioni e di diritti ai cittadini italiani;
- 4) garantire il massimo coinvolgimento possibile degli utenti dei servizi di salute mentale e dei familiari nei percorsi di cura, valorizzandone al meglio il sapere esperienziale;
- 5) garantire nelle prestazioni un'attenzione continua ai processi di miglioramento della qualità.

Come risulta chiaro dalla presente relazione e dall'articolato, quello che soprattutto si vuole è portare « aria nuova e fresca » in un dibattito che da troppi anni ha prodotto quasi solo conflitti ideologici. Nel presente disegno di legge si pensa alla salute mentale come a un mondo ricco di risorse positive che può contribuire a rilanciare una dimensione di comunità, dove abbiano particolare diritto di

cittadinanza alcune parole chiave, adeguate per la salute mentale, ma anche capaci di dare il loro piccolo ma importante contributo per rilanciare un'Italia che sa guardare al futuro in modo positivo e sorridente.

Questo disegno di legge nasce dalla collaborazione con il movimento « Le Parole ritrovate » e dal suo motto « fare assieme » che vede il più possibile l'impegno condiviso di utenti, familiari, operatori e cittadini. Ciascuno con le sue difficoltà, ma ciascuno anche con le sue risorse e con il suo sapere; impegnati non tanto a combattere contro qualcosa o qualcuno, ma a costruire una casa comune, aperta e colorata, dove ciascuno trova il suo posto e contribuisce a migliorare quello del vicino. Menti e cuori che si intrecciano, si scambiano esperienze e saperi e diventano reciprocamente compagni di strada, di scuola e di vita. Vi era un tempo in cui cambiare il mondo era doveroso, semplice e possibile: quando l'Europa era un continente ancora tutto da scoprire e fuori dai nostri confini e l'euro non era ancora nato per accompagnare le nostre inquietudini di (ex) ricchi orfani di speranze e di futuro.

In quella stagione entusiasmante abbiamo chiuso i manicomi, emblemi di morte civile. Abbiamo dichiarato a noi stessi e al mondo che « Giovanni », che rappresenta una persona con un disturbo psichico importante, doveva ritrovare nella sua comunità dignità e futuro. In Italia oggi sono almeno 500.000 le persone che soffrono di malattie mentali importanti. Sommiamo a esse 2 milioni di familiari e ci avviciniamo ai 3 milioni di persone che tutti i giorni devono confrontarsi con il dramma della malattia mentale « grave ». Una battaglia tra le più pesanti che può capitare nella vita di una famiglia. Un « 11 settembre », come ci ricorda ogni tanto qualche genitore. L'impensabile irrompe nel quotidiano. Un figlio, un fratello, un nipote che fino al giorno prima camminava sereno al nostro fianco è diventato un altro: straziato dal convincimento di essere al centro della peggiore delle congiure, inseguito da voci che lo maltrattano, incapace di guardare alle piccole cose quotidiane se non per vedervi la fine del mondo.

Chi ha incontrato la malattia e ne ha fatto esperienza impara che, se da un lato c'è la speranza della guarigione, e molti, almeno i due terzi, guariscono, dall'altro c'è l'incubo della « brutta bestia » che finisce prima o poi per ritornare, per incollarsi alla tua schiena, per stravolgere il tuo quotidiano come mai avresti immaginato, lasciandoti troppo spesso senza fiato e senza speranza. Perché non capisci cosa ti è successo e non capisci cosa ti aspetta ancora. Ti guardi intorno e non trovi consolazione, non vedi futuro. Capisci che la tua famiglia, per quanto fino al giorno prima magari forte e unita, ha « perso la bussola » e va alla deriva in un mare sconosciuto.

Paradossalmente, ma non troppo, il manicomio una sua risposta la dava. Cancellava Giovanni e con il tempo consegnava ai parenti una sorta di oblio nebbioso, come quello che accompagna il migrante in terre lontane da cui si intuisce non esserci biglietto di ritorno.

La rivoluzione della legge 180 ha cancellato l'obbrobrio del manicomio facendo più che bene e ha riportato migliaia di Giovanni a vivere nel proprio paese, nella propria famiglia, facendo più che bene. Ma ci ha lasciato un impegno, un impegno di quelli che vanno onorati nonostante ogni difficoltà: l'impegno di accompagnare Giovanni e la sua famiglia attraverso la malattia mettendoci scienza, coscienza e passione, per assicurare a Giovanni e alla sua famiglia la migliore delle vite possibili. Perché tutte le volte che dalla malattia non si può, o non si riesce, a guarire si può sempre comunque garantire una qualità di vita almeno decorosa, presenza e calore, vicinanza concreta nei momenti della crisi più buia, sostegno tangibile per (ri)avvicinarsi al lavoro, alla gente e alla vita. Quando abbiamo chiuso i manicomi davamo per scontato, senza chiedercelo molto, che questo sarebbe successo sempre e dovunque, che tutti i nostri « matti » avrebbero avuto certezza di buone cure e così le loro famiglie, che avrebbero avuto sostegno e aiuto.

Abbiamo almeno in parte, e almeno alcuni di noi, scambiato la prima tappa di un lungo cammino con la conclusione del viaggio. Chiudendo i manicomi abbiamo avviato una sfida di cui (forse) non eravamo fino in fondo consapevoli. Una sfida sacrosanta e su cui nessun dubbio ci deve cogliere. Ma una sfida che dobbiamo, per amore della verità, riconoscere di avere finora, almeno in molte parti di Italia, più perso che vinto o pareggiato, se vogliamo farci qualche sconto. Una sfida che ritroviamo tutte le volte che Giovanni o un suo familiare arriva ai servizi di salute mentale a gridare la sua disperazione. L'Italia è uno strano Paese, capace di fare cose straordinarie e altrettanto capace di non

meritare la sufficienza di fronte a doveri elementari. E così Giovanni trova tutto e il contrario di tutto quando arriva in un servizio di salute mentale: cure tra le migliori al mondo, incuria e ignavia delle peggiori. Questo è il motivo tanto semplice quanto radicale per cui gli dobbiamo una nuova legge. Gli dobbiamo quell'equità di cure che lo deve accompagnare da Bolzano a Trapani, da Lecce ad Aosta. Oggi non è così. Eppure oggi curare la follia è possibile e spesso è possibile guarirla e, se non guarirla, almeno ammorbidirne e ammortizzarne i percorsi e gli esiti. E se si può fare dobbiamo farlo, in tutto il Paese. Noi pensiamo, e per fortuna non siamo i soli, che occorre « aiutare » le realtà in ritardo. Aiutare con l'esempio, con la buona pubblicità, con il « passaparola » e anche con una legge. Una legge che sarà rivoluzionaria come la legge 180, ma che dovrà costringere gli ignavi a onorare l'impegno assunto trentacinque anni fa. Per capire cosa vuole produrre questo disegno di legge diamo voce e spazio anzitutto a dieci tra le azioni più importanti (e di facile presentazione) che dobbiamo garantire a Giovanni e alla sua famiglia, che oggi latitano ancora in troppe parti d'Italia e che sono tra le cose che maggiormente vogliamo garantire.

È un compito facile anche perché l'abbiamo costruito insieme agli amici del movimento « Le parole ritrovate » che in tanti hanno girato l'Italia della salute mentale in questi ultimi dieci anni. E questo nostro viaggiare e l'esserci incontrati ci ha permesso di cogliere buone pratiche da importare a casa di tutti, ma anche di conoscere tante cattive pratiche raccontate da utenti e da familiari troppo spesso angosciati e disperati.

Da questi racconti si potrebbe ricavare un'antologia degli orrori, una lamentazione infinita sulla pochezza di troppi uomini che sono venuti meno ai loro doveri. Qui l'uso che ne faremo sarà di segno opposto perché ci servirà a scrivere cosa di bello possiamo e vogliamo fare in tutte le nostre città. Nello stesso spirito positivo e innovativo che ha visto nascere la legge 180 di cui questo disegno di legge si sente assolutamente figlio. E per marcarne il più possibile la prosecuzione ideale, nell'illustrare le dieci azioni che più caratterizzano il disegno di legge, facciamo nostro il numero « 181 » - che il movimento « Le parole ritrovate » aveva dato alla sua proposta - proposta che noi abbiamo qui in buona parte raccolto. Un numero che rende chiaro il percorso che si vuole fare per dare alla legge 180 gambe robuste su cui camminare finalmente in tutta Italia.

1. La fiducia e la speranza

La Dichiarazione d'indipendenza degli Stati Uniti d'America sancisce per tutti i cittadini il « diritto alla ricerca della felicità ». La « 181 » vuole sancire il diritto alla fiducia e alla speranza per tutti gli utenti e i familiari che frequentano i servizi di salute mentale e le due cose sono strettamente legate. Quando Giovanni e i suoi familiari iniziano un percorso nella malattia, e perciò nei servizi deputati a curarla, di fiducia e di speranza ne hanno ben poca. Non perché medici e operatori siano necessariamente indifferenti o cattivi, ma perché il dramma che li ha colpiti lascia ben poco spazio a dimensioni come la fiducia e la speranza. Oggi è chiaro, anche a chi scrive i « sacri testi » della scienza ufficiale, che senza fiducia e speranza pretendere di curare la malattia mentale è come guidare di notte a fari spenti e pensare di arrivare sani e salvi alla meta. Nella pratica quotidiana ancora pochi operatori (ma anche pochi familiari, pochi amici, pochi cittadini) colgono fino in fondo l'importanza di una cosa di così ovvio buon senso. E infatti mettere al primo posto un rapporto di fiducia e un investimento sulla speranza cos'è se non buon senso ? Eppure se chiediamo a 100 utenti dell'Italia psichiatrica siamo fortunati se ne troviamo 50 che pensano di avere con chi li cura un rapporto che cresce all'insegna della fiducia e della speranza. Che poi vuol dire, ovviamente, capacità di accoglienza, sorriso, positività e tutto quello che fa dei rapporti umani un'esperienza che merita di essere vissuta. Che vuol dire credere ciascuno nelle risorse, nell'importanza e nell'unicità dell'altro: il medico nel paziente e il paziente nel medico. Diciamolo forte, non perché sia uno *slogan*, ma perché così deve essere nel mondo delle « buone » cure. La legge « 181 » mette la fiducia e la speranza al primo posto, al primo articolo e pretende che siano misurate, perché anche le leggi hanno un cuore, se lo vogliamo.

2. Luoghi belli per salute mentale

Chi gira l'Italia psichiatrica rarissimamente entra in servizi di salute mentale dove viene spontaneo dire « che bel posto », poltroncine colorate, quadri alle pareti, tabelle indicative non fatte al *computer*. È

vero che i servizi di salute mentale hanno « solo » trentacinque anni di vita, ma sicuramente si poteva e si doveva collocarli in luoghi ben più decorosi. Negli ultimi anni qualcosa di meglio si vede, ma è ancora davvero troppo poco. E ovviamente questo non è bisogno di ostentare lusso, ma importanza di dare voce alla sofferenza in luoghi che non la mortifichino ulteriormente. Non sarà la poltroncina comoda o la parete color pastello a « guarire » Giovanni, ma non lo aiuterà nemmeno sedersi su sedie rotte, attraversare corridoi che non sono stati ridipinti da anni, scoprire che una bella pianta è guardata come si guarda uno *yacht* da 60 metri. E allora la « 181 » pretende che i luoghi che ospitano la sofferenza mentale abbiano un decoro che in una scala da 1 a 10 valga almeno 7. E allora lo scriviamo che la « 181 » lancia una campagna all'insegna del principio « in psichiatria il bello è di casa » e che i soldi, nell'Italia del benessere non ancora del tutto defunto, li andiamo a cercare dovunque ci sono e anche nei bilanci in attivo delle aziende disponibili, di buon cuore si sarebbe detto qualche lustro fa. Perché colori pastello e belle piante fanno la vita un po' migliore, sempre.

3. Sapere di ciascuno, sapere di tutti. Gli utenti e familiari esperti, un jolly prezioso

Che un medico sia esperto di malattie è cosa risaputa e condivisa, che lo sia il cosiddetto « paziente » lo è molto meno e, a volte, per niente. Eppure chiunque di noi ha fatto, o sta facendo, un'esperienza di malattia, tanto più se duratura nel tempo, di quella malattia inevitabilmente diventa anche lui esperto. Pensiamo a chi ha il diabete o l'ipertensione, un tumore recidivante o l'ulcera allo stomaco: il medico gli dà le medicine e gli prescrive gli esami, ma a « vivere » tutti i giorni con la malattia ci pensa lui, il « paziente ». È lui quello che ha tutte le informazioni giuste, che coglie le sfumature, gli effetti dell'ultima pillola, la differenza tra la teoria dei risultati attesi e la pratica della realtà vissuta. Il medico, più è bravo e intelligente, più sfrutterà l'esperienza del suo paziente per curarlo al meglio. Succede spesso ? Purtroppo no. Perché ? Perché la medicina, come molti campi della scienza, soffre di presunzione cronica, una malattia antipatica che toglie a chi ne soffre l'abilità di sfruttare l'esperienza del cosiddetto « paziente », quasi che a farlo il medico diventasse meno medico e il paziente meno paziente. Ma è vero il contrario: riconoscendo e valorizzando le esperienze e i saperi reciproci tutti diventano più sapienti. La « 181 » vuole insegnare questa semplice verità a chi ha a che fare con la malattia mentale, sia esso un medico, un paziente o un familiare. Perché chi sente le voci, chi è depresso, chi non trova più la porta di casa per uscire, di tutti questi brutti disturbi è indubbiamente esperto e, opportunamente invogliato, mette a disposizione il valore della propria esperienza. Per fare al meglio questa operazione di « scambio di saperi » la « 181 » mette dentro il Sistema sanitario, dentro i servizi di salute mentale, utenti e familiari che hanno fatto un buon percorso di cura, che sono consapevoli del valore della loro esperienza e che quella esperienza sanno trasferirla ad altri utenti e familiari che sono ancora nel disagio. E anche, cosa tutt'altro che secondaria, a operatori scettici o pigri. Li riconosce formalmente e si propone di pagarli in quanto professionisti del sapere esperienziale. In gergo sono diventati gli utenti e i familiari esperti (UFE) e stanno portando piccole rivoluzioni in tutte le realtà dove hanno messo piede. Confortati dagli esperti che vedono in loro una straordinaria occasione per aumentare la centralità e il protagonismo di tutti gli utenti e anche fiducia, speranza e adesione ai trattamenti. Una risorsa straordinaria di cui sempre più sentiremo parlare.

4. Stigma e pregiudizio, no grazie

Se c'è una cosa su cui tutti, ma proprio tutti, sono d'accordo è che stigma e pregiudizi sulla malattia mentale non rischiano mai la disoccupazione. Nessuno, potendo scegliere, vede in Giovanni la persona con cui parlare, andare a cena o fare un viaggio al mare. Lo vediamo, ancora prima di averci seriamente riflettuto, incomprensibile, pericoloso e imm modificabile nella sua malattia. Prototipo della diversità, Giovanni paga da sempre un prezzo altissimo all'etichetta che lo accompagna. Lui, e con lui la sua famiglia, rischia quasi sempre di essere cancellato dai « file » delle nostre vite e delle nostre comunità, in nome di un quieto vivere che tanto ci convince in astratto quanto poco poi ci rende felici nel quotidiano. Ma i pregiudizi sono questo: idee negative su cose e su persone di cui non abbiamo esperienza concreta o giudizio autonomo. E allora Giovanni e la sua famiglia sono accerchiati da questo sentire negativo, ancora prima che noi cittadini « per bene » ne abbiamo fatto conoscenza reale.

E questo sentire negativo li accompagna nel profondo, li fa sentire ancora più bersagliati dalla sorte. Ne complica i percorsi di cura. Perché questo capita. Tanto più su Giovanni si addensano stigma e pregiudizi tanto più la sua guarigione si allontana e il suo percorso di cura è in salita. Basta leggere i giornali per vedere come la follia compare a segnare *raptus* di ogni tipo, fatti di sangue ed eventi i più diversi che tanto più appaiono brutti e cattivi quanto più si macchiano di quell'etichetta. Come tutti i pregiudizi anche quello sulla follia non ha basi che lo giustifichino. I « matti » non commettono più reati dei cosiddetti « normali », non sono, se li avviciniamo con occhio libero, così incomprensibili e guariscono spesso. Le comunità hanno bisogno dei diversi per pensarsi normali e i « matti » in questo svolgono un ruolo utilissimo. Ma ad un alto prezzo per Giovanni e per la sua famiglia e anche per noi « normali » che perdiamo punti nella costruzione di una comunità dove anche noi staremo meglio se Giovanni starà meglio. Per questo la « 181 » vuole che sullo stigma e sul pregiudizio si lavori sul serio, cosa che fino ad ora quasi nessuno ha fatto. E per combattere stigma e pregiudizio anzitutto bisogna curare bene Giovanni che rimane il primo *sponsor* di sé stesso. Ma poi possiamo e dobbiamo raccontare la « verità » sulla follia, nelle scuole innanzitutto e con la voce dei protagonisti veri. Infatti sono ottimi propagandisti gli utenti e i familiari quando si raccontano. E ancora facendo in materia di salute mentale cose belle e importanti perché i *media* ne parlino e dicano che la follia non è solo cronaca nera. E impegnandoci tutti insieme a dare voce e presenza agli utenti e ai familiari in tanti spazi di vita comunitaria. Un modo piacevole per scrivere un'Italia migliore.

5. Il « patto di cura »: fare squadra è bello e avere un garante che ci aiuta ancora di più

« Squadra » è diventata sempre più una parola chiave sinonimo di successo, di armonia e di risultato positivo nello sport, nel lavoro e nella vita in generale. Mettiamo la « squadra » anche dentro il quotidiano dei servizi di salute mentale. Ecco la formazione che gioca nel « patto di cura »: Giovanni, la sua famiglia, il medico, l'infermiere o l'educatore che lo accompagna nei luoghi di cura, un amico importante se esiste, il medico di base e, ancora, chi per Giovanni è importante. Una squadra piccola con un obiettivo chiarissimo: vincere la battaglia con la malattia, con il sintomo, con l'isolamento, con i cattivi pensieri, con la depressione, con le voci, per ritrovare senso di vita, lavoro, socialità e sorriso. Peccato che nelle nostre psichiatrie di tali « squadre » se ne vedano davvero poche. Una volta è Giovanni che si chiama fuori, un'altra è la famiglia che è troppo in crisi, più spesso sono gli operatori che invocano la *privacy* e il tempo che non c'è; è la difficoltà a tenere insieme un gruppo che ancora non si riconosce tale. La « 181 » crede nella squadra del « patto di cura », sempre, perché lo dice la scienza e, ancora prima, lo dicono il buon senso e le esperienze di chi ci ha provato, senza alibi e senza pigrizie. Naturalmente qualche problema a funzionare le squadre dei nostri « patti di cura » lo incontrano. Ciascun partecipante può avere le sue piccole ragioni per fuggire, prendere tempo, chiamarsi fuori. Ma sono problemi superabili, l'unione fa la forza se solo ci crediamo. E per aiutare a crederci e soprattutto per portare a casa il risultato sono molto utili tre cose: avere strumenti chiari che tengono conto di quello che la squadra sta facendo e farà e avere un diario di bordo, come quello delle navi, tenuto da tutti i membri della squadra e non solo dal comandante. E, in fine, avere nella squadra un « garante », una persona esterna al gruppo e che partecipa per aiutare il gruppo a fare bene tre cose: dare voce a tutti in un clima di rispetto e di condivisione, ricordarsi di prendere accordi chiari e di sottoscriverli, ritrovarsi periodicamente per verificare cosa è andato bene e cosa no. Sembra l'uovo di Colombo e lo è.

6. Il dramma della prima, della seconda e della terza crisi

Trasmesso con il pudore di chi fatica a raccontare le proprie disgrazie, capita di ascoltare, ancora troppo frequentemente, il racconto di genitori che appena capiscono che un po' stai dalla loro parte cercano sollievo al loro dolore raccontandotelo. Quando questi drammi escono alla luce viene sempre da chiedersi come sia possibile, per questi genitori, tollerare ferite così devastanti ed essere ancora lì in prima linea ad affrontarne di nuove e, subito dopo, come sia possibile che a questi drammi chi è pagato per farvi fronte sappia trovare, non sempre ma troppo spesso, un impressionante campionario di alibi e di scuse per sottrarsi. Quando il nostro Giovanni, preso nei vortici della malattia, dà sfogo estremo al suo disagio, non ci sono alibi giustificabili: gli operatori della salute mentale devono intervenire in

prima persona. Giovanni, prima di passare il segno, ha sempre lanciato segnali. Se i servizi di salute mentale sono stati al suo fianco li hanno colti e se li hanno colti quasi sempre li hanno saputi incanalare, limitare o prevenire. Quando questo non succede, quando nella famiglia, lasciata colpevolmente sola al suo destino, scoppia il primo o l'ennesimo dramma (e non è il *raptus* imprevedibile della follia di molti brutti titoli di giornale) a parlare e ad agire è la malattia che chi doveva non ha saputo ascoltare e curare e allora il servizio di salute mentale deve esserci e non il giorno dopo o la settimana dopo. Il papà o la mamma raccontano le telefonate, tanto disperate quanto inutili, fatte ai servizi di salute mentale per chiedere aiuto mentre sullo sfondo si sentono i rumori della « guerriglia » e le risposte sono « Giovanni non vuole curarsi, provate a convincerlo a venire lui da noi ». « È un problema di ordine pubblico, chiamate il 113 ». « Ha un appuntamento giovedì, accompagnatecelo ».

La « 181 » stabilisce che i servizi di salute mentale non possono chiamarsi fuori, che devono esserci e come devono esserci, in modo preciso, con tempi di risposta in giornata, con strumenti per accompagnare quello che si fa, con responsabilità chiare e definite, con il coinvolgimento di quanti possono contribuire a ridurre il peso della crisi, dal medico di famiglia all'amico del cuore. E se la crisi non si risolve nei servizi ci sono i reparti ospedalieri, cioè i servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC), troppo spesso luoghi di mero contenimento murario dove l'unico intervento è il farmaco. Noi li vogliamo luoghi di vita, dove la persona è accolta con calore e dove da subito si lavora perché la crisi sia occasione di crescita e di ritorno, il prima possibile, al proprio quotidiano. E non vogliamo più che, oltre alla contenzione dei muri, ci sia quella ben peggiore dei corpi, legati ai letti con strumenti che null'altro sono se non le camicie di forza dei vecchi manicomi. Un impegno etico che ci chiede l'Europa e che già la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ha condiviso. Ma se andiamo a visitare gli SPDC italiani scopriamo che nemmeno il 10 per cento di essi ha preso questa strada e che legare le persone ai letti rimane ancora una pratica « normale ».

7. Famiglie da aiutare, famiglie grandi risorse

La famiglia gioca un ruolo centrale in tutte le nostre storie. Che sia quella di origine o quella acquisita, è sempre lì in prima fila a soffrire con Giovanni, a combattere con lui e per lui. Un Giovanni, adulto, con il mal di cuore o con il diabete, raramente si fa rappresentare dai genitori o dal coniuge per avere cure e rispetto. Un Giovanni che sente le voci e che si sente straniero nel nostro mondo difficilmente chiede aiuto e spesso, addirittura, lo rifiuta ostinatamente. Così è la malattia mentale. E allora chi ne prende le parti, chi corre a cercare aiuto, se non genitori e coniuge, figli e amici ? Sconvolti e devastati se è la loro prima volta, più esperti, ma sicuramente non sereni, anche se sono ormai degli *habitué*. A questi genitori e a questi parenti variamente disperati, terrorizzati e arrabbiati dobbiamo sempre il massimo dell'ascolto, dell'attenzione e della presenza, anche quando può sembrare di aver già fatto tutto quello che si poteva, anche quando si pensa che con Giovanni dovrebbero essere più severi o più concilianti, anche quando arriva la centesima telefonata.

Ogni famiglia ha i suoi tempi per prendere dimestichezza con la « brutta bestia » e questi tempi non sono i servizi di salute mentale a deciderli. I servizi possono e devono rispettarli e accompagnarli, sapendo che questi tempi saranno tanto più brevi quanto più a queste famiglie sarà dato aiuto incondizionato mettendosi dalla loro parte, provando a essere « noi » per qualche giorno « loro » e andando a vivere in queste famiglie: una settimana con loro sarebbe un tirocinio migliore di tanti mesi passati sui banchi di scuola. Quindi, anzitutto, tripla AAA: Ascolto, Aiuto e Accompagnamento, sempre, e vedrete che nessuna agenzia di *rating* toglierà qualche A, ma segnalerà quelle che mancano e, purtroppo, sono ancora tante, in tanti luoghi diversi d'Italia. Garantito questo, ci sono molte altre cose che devono essere offerte alle famiglie, sapendo che non sempre le accoglieranno quando saranno proposte loro, che ci vorranno tempo e pazienza, una proposta da ripetere per almeno il « 70 volte 7 » di biblica memoria. Anzitutto cicli di informazione, di psico-educazione, per far sì che le famiglie sappiano il più possibile della malattia, dei farmaci, delle cose che il servizio di salute mentale può e deve offrire ai loro cari. Incontri in cui, oltre all'informazione, si comincino a scambiare i saperi tra operatori e familiari e, cosa importantissima, le famiglie si trovino tra loro a scambiarsi esperienze e a

« scoprire » che non sono « uniche » nel loro dramma ed è una scoperta non da poco. E poi offerta di gruppi di auto-aiuto, una palestra eccezionale per imparare dall'esperienza e per trovare modi per stare meglio con se stessi, pre-requisito per stare meglio con i propri familiari. E ancora, sportelli autogestiti da familiari per dare informazioni ad altri familiari e su questa lunghezza d'onda tanto altro ancora. Tutto all'insegna di una cosa tanto straordinaria quanto semplice. Quelle famiglie che all'inizio del percorso nella malattia erano sole e disperate ora sono diventate una straordinaria risorsa non solo per il loro congiunto, ma anche e a volte soprattutto per tanti altri Giovanni, per tanti altri familiari che dalla loro esperienza possono trarre stimoli importantissimi nei loro percorsi di cura e di vita.

8. Accoglienza calda, come nella pubblicità

Negli *spot* televisivi si sente sempre più spesso la voce della signorina di turno dire « Sono Mariella, cosa posso fare per lei ? ». E anche nella realtà, almeno quella commerciale, funziona sempre più spesso così. Se facciamo una piccola inchiesta telefonando a 100 servizi di salute mentale italiani la risposta suona un « poco » diversa. Quasi mai chi risponde si qualifica e ancora meno spesso usa una frase di cortesia, senza contare i tempi di attesa che costano denaro e fatica. Qualcuno potrebbe dire « Ma con tutti i problemi che abbiamo, con la malattia che colpisce sotto la cintura voi vi preoccupate di un po' di gentilezza in più al telefono ? » Ebbene sì, ce ne preoccupiamo e molto per due motivi: se un servizio di salute mentale non è capace di fare una cosa così semplice come riuscirà a fare quella cosa sicuramente più complicata che è « curare » la malattia ? E ancora, chi telefona o viene a cercare aiuto, tutte le volte che si sente accogliere da una voce garbata o da un sorriso, tira subito un mezzo sospiro di sollievo e affronta la situazione almeno un poco rinfrancato: questo vale al telefono, strumento che nei servizi di salute mentale è sempre « bollente », ma altrettanto, anzi spesso di più, vale quando Giovanni o la sua famiglia viene di persona a chiedere qualcosa. Un qualcosa che va dal ritirare una ricetta o un certificato, al segnalare che il mondo ancora una volta è crollato. La solita indagine su 100 servizi di salute mentale ci presenterebbe un quadro a dire poco a macchia di leopardo. Ecco quello che la « 181 » vuole: una persona gentile e sorridente che accoglie tutti in tempo reale e che in un tempo molto breve capisce cosa l'interlocutore chiede. Se si tratta di consegnare una ricetta lo farà in tempo reale, se è la segnalazione del mondo che è di nuovo crollato saprà trasmettere comprensione e calore e indirizzerà la persona a chi se ne potrà occupare. E questo qualcuno, medico, infermiere o educatore, sarà disponibile in un tempo minimo garantito, circa cinque minuti, e farà della buona accoglienza, dell'ascolto e della gentilezza da manuale la sua ragione di vita. Nell'attesa, se attesa ci sarà, chi ha accolto per primo la persona se ne occuperà comunque e farà quelle cose di gentile buon senso che tutti noi ci aspettiamo quando ci troviamo ad affrontare l'« uomo nero ». E ritornando ai colori pastello mettiamo sale di attesa che non sembrano quelle delle stazioni ferroviarie dei *film* del neorealismo, ma siano colorate, con sedie dignitose e piante fiorite, perché la buona accoglienza passa anche da queste piccole cose.

9. Sapere a chi rivolgersi, sempre

Chi è entrato nel sistema della salute mentale si vede di solito assegnare un medico psichiatra che lo vedrà in ambulatorio, a volte un infermiere o un educatore che ne segue la vicenda a casa, altri operatori che lo accompagnano in luoghi diversi dove la malattia lo porterà, dal reparto ospedaliero a un centro diurno, da una casa protetta a un laboratorio per l'inserimento lavorativo. Può succedere che Giovanni si trovi a confrontarsi anche con dieci operatori che in momenti e luoghi diversi si occupano di lui, una cosa spesso buona perché dimostra che il sistema è ricco e offre cose diverse in luoghi diversi per bisogni momentaneamente diversi.

Premessa di questo ragionamento è che per Giovanni è vitale avere nel tempo operatori di riferimento che non cambino a ogni stagione. Se costruire un rapporto di fiducia è la pietra angolare di ogni buona cura è chiaro che a ogni cambiamento di operatore bisogna ricominciare da capo a costruire reciproca fiducia.

Quindi i cambiamenti sono « permessi » in poche e inevitabili situazioni: la pensione (evento peraltro sempre più raro), le gravidanze e i trasferimenti. E, infine, evenienza invece decisamente più frequente, la richiesta fatta da Giovanni di cambiare il medico. La richiesta di cambiare infermieri o

educatori è molto più rara. La « libera » scelta del medico è garantita dalla legge, ma spesso è disattesa e questo non è certo positivo. Ascoltare Giovanni vuol dire confrontarsi con lui e capirne le ragioni, anche quando dice che vuole cambiare il medico e occorre farlo, piaccia o no. Su queste premesse occorre dare a Giovanni il massimo delle informazioni possibili perché lui, e con lui, la sua famiglia, sappia chi sono gli « operatori di riferimento ». Per i servizi di salute mentale appare tutto scontato, è scritto nella cartella clinica, magari nel sistema informativo se la ASL lo possiede e viene usato, ma Giovanni, uomo a volte confuso e spesso sofferente, non ha la mente fatta come una banca dati e allora bisogna dirglielo e ridirglielo a costo di sembrare ripetitivi, e non solo a Giovanni, ma anche alla sua famiglia che troppo spesso è ancora tenuta fuori dalle « sacre stanze » delle cure.

10. Abitare, lavoro, socialità. Ce ne occupiamo (anche) noi

Vexatissima quaestio ! Ossia questione molto dibattuta e importante. Nella psichiatria italiana ci sono almeno due partiti su questa questione. Quelli che pensano che quando Giovanni ha problemi di casa, di lavoro e di socializzare nel tempo libero sono altri (o soprattutto altri) a doversene occupare. Quelli che pensano che i servizi di salute mentale devono fare una parte importante, che non possono chiamarsi fuori. Naturalmente entrambi i partiti sanno bene che per offrire un buon percorso di cura a Giovanni, per riportarlo a una qualità di vita almeno dignitosa quei tre campi, cioè casa, lavoro e socialità, sono essenziali. Il dibattito è altrove. I primi hanno un'idea della cura centrata su un approccio medico, i servizi di salute mentale sono servizi sanitari e devono occuparsi di cure mediche e la casa o il lavoro non sono cose mediche, quindi che se occupino altre agenzie. I secondi pensano che « curare » Giovanni comporti un approccio integrato, medico-psico-sociale, e che delegare *in toto* ad agenzie altre quei tre campi essenziali vuol dire curare solo a metà. Perché per quanto brave siano le agenzie esterne (laddove ci sono e sono efficienti) non si può abdicare nell'intervenire in queste tre aree vitali per Giovanni e per la sua famiglia. E non è un caso che parlando con familiari in tutta Italia, insieme ai vuoti di intervento nelle situazioni di crisi, l'altra grande lamentela riguarda proprio il lavoro e la casa. Come dire che i genitori hanno chiaro, per esperienza diretta, che insieme alle cure più « mediche » la « cura » di gran lunga più importante è il lavoro e subito dopo, laddove ci sono difficoltà di convivenza, una casa. La « 181 » su questa *vexatissima quaestio* è chiaramente schierata. I servizi di salute mentale sono in primissima linea su questi tre fronti. Ci sono anzitutto con operatori « dedicati » che se ne occupano specificatamente, cosa oggi tutt'altro che presente e scontata e già questo non è poco. Garantito questo, sul fronte del lavoro si impegnano « con » le agenzie esterne a cercare, anche in questi tempi di crisi, ogni possibile spazio per inserire Giovanni in luoghi dove il lavoro sia vero e presente. Usando le leggi nazionali che esistono, quelle regionali che anche di solito esistono, le clausole sociali dei grandi appalti o le cooperative. E poi usano la fantasia per trovare, anche dentro i servizi di salute mentale e con *partner* disponibili, nicchie di lavoro (e di mercato) a partire da chi sta peggio e quelle altre piste non può percorrerle. Per realizzare prodotti, belli e vendibili, che servano a fare reddito, anche se magari piccolo, e a far (ri)trovare abilità e competenze. Sul fronte della casa, l'impegno è quello di valorizzare le risorse di Giovanni e di puntare su soluzioni abitative che lo vedano il più possibile protagonista. Un esempio tra tutti. Oggi troppo spesso Giovanni è schiacciato tra comunità che lo ospitano per un tempo assolutamente irragionevole e l'essere « abbandonato » a esperienze di solitudine che non sa affrontare. Dove la si è sperimentata, funziona molto bene la convivenza tra due (o tre) Giovanni. Scatta la messa in comune delle risorse, il profumo di una maggiore libertà, la cintura di sicurezza di non essere soli e altro ancora. E oltre alle convivenze, gli affidi a famiglie disponibili, vi sono gli appartamenti a cosiddetta « bassissima protezione », gli esperimenti in alloggi da condividere con studenti universitari o rifugiati politici e altro ancora. Naturalmente questi dieci punti, e perciò questi dieci articoli, non esauriscono tutto quanto deve essere fatto per migliorare la qualità delle cure che i servizi di salute mentale italiani devono offrire. Garantiscono però, dal nostro punto di vista, un contributo importante per assicurare una base e una cornice solida e, al tempo stesso, ricca di spunti positivi e innovativi, su cui costruire pratiche di normale quotidianità prestazionale, fortemente condivise e radicate nelle nostre comunità. Una base che scommette sul positivo e che vuole introdurre, nelle logiche spesso asfittiche della tecnica legislativa formale, contributi di fantasia e di intelligenza, di scienza e di passione.

Concludendo, preme rimarcare ancora una volta che lo spirito e la lettera di questo disegno di legge non sono fatti di dispute ideologiche o dell'aspettare sempre e solo dagli altri le soluzioni. La cultura di riferimento di questo disegno di legge parte da quel « fare assieme » che gli amici del movimento « Le Parole ritrovate » ci hanno un po' trasmesso, nella valorizzazione del sapere esperienziale di operatori, utenti e familiari, nel convincimento che tutti siamo portatori di risorse e nel credere nella dimensione del cambiamento sempre possibile che è diventato il nostro riferimento ideale, anche nei meandri più bui della malattia mentale. Si può dire tutto questo, si può dire che fare le cose assieme è importante e bello e lì fermarsi. Oppure si può crederci e comportarsi di conseguenza. In questo modo il disagio psichico ritrova posto e dignità nel quotidiano di tutti noi, in una comunità in cui ciascuno è un po' più responsabile per tutti.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La presente legge, in continuità e in coerenza con i principi della legge 13 maggio 1978, n. 180, e del progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 » di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999, nonché nel reciproco rispetto delle competenze statali e regionali persegue le seguenti finalità:

- a) garantire, con continuità nel tempo, l'attuazione di un percorso di cura complessivo e integrato volto al miglioramento della qualità dell'assistenza alla malattia mentale, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, sicure e centrate sull'utente;
- b) definire linee guida volte ad assicurare un'organizzazione degli interventi e delle prestazioni che metta al centro l'utente e i familiari e valorizzi il loro sapere esperienziale;
- c) riconoscere valore fondamentale alla promozione di percorsi di cura fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori;
- d) riconoscere valore fondamentale al reinserimento abitativo, lavorativo e sociale dell'utente e dei familiari;
- e) definire i principali strumenti deputati al governo della salute mentale;
- f) ridefinire gli indirizzi in materia di personale, di qualità e di formazione nel settore della salute mentale.

Art. 2.

(Obiettivi)

1. Il Servizio sanitario nazionale e le regioni, nel rispetto delle finalità di cui all'articolo 1, in raccordo tra loro, perseguono i seguenti obiettivi:

- a) promuovere e sviluppare nell'utente e nei familiari la fiducia e la speranza nelle relazioni con gli operatori e nelle prestazioni erogate ai fini del buon esito del percorso di cura;
- b) coinvolgere concretamente gli utenti e i familiari nei percorsi di cura e promuoverne la partecipazione attiva negli organismi deputati alla programmazione, all'attuazione e alla verifica degli interventi in tema di salute mentale.

Art. 3.

(Definizione delle linee guida)

1. Il Ministro della salute, di concerto con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e con la Consulta nazionale di cui all'articolo 15 della presente legge, definisce, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della medesima legge, anche ai fini della predisposizione di un nuovo piano nazionale per la salute mentale, linee guida volte a indicare a livello nazionale:

- a) i requisiti minimi di qualità dei luoghi ove si erogano le prestazioni di salute mentale, tenendo conto della loro ubicazione, del loro arredamento, della facilità di accesso ad essi nonché della sicurezza dei medesimi luoghi e degli operatori che ivi prestano la loro attività;

b) i requisiti per la valutazione annuale della qualità delle prestazioni erogate con particolare riferimento alla prima accoglienza, al sostegno ai familiari, alla condivisione dei percorsi di cura, alla risposta alle situazioni di crisi, alla continuità dell'assistenza, alle problematiche relative alla situazione abitativa e lavorativa e alle opinioni degli utenti e dei familiari sulla qualità delle prestazioni loro erogate;

c) le modalità di coinvolgimento degli utenti e dei familiari.

Art. 4.

(Dipartimento di salute mentale)

1. Il Dipartimento di salute mentale, in conformità al progetto obiettivo « Tutela salute mentale 1998-2000 » di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 novembre 1999, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 274 del 22 novembre 1999, è l'unità organizzativa fondamentale, istituita presso ogni Azienda sanitaria locale, che coordina e assicura, direttamente o indirettamente, tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, integrazione sociale ed educazione sanitaria alle persone di età superiore a 16 anni affette da disturbi mentali.

2. Le regioni, nell'ambito della propria autonomia organizzativa, assicurano che ciascun Dipartimento di salute mentale sia dotato di personale almeno nei seguenti profili professionali: medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e personale amministrativo.

3. Il Dipartimento di salute mentale attiva, in base al principio di sussidiarietà e per l'attuazione delle finalità di cui alla presente legge, ogni forma di collaborazione con i soggetti e con gli organismi che si occupano o sono comunque coinvolti nelle problematiche relative alla salute mentale, quali i servizi socio-sanitari, gli enti locali, le scuole, il terzo settore, le organizzazioni di volontariato costituite anche da utenti e da familiari, nonché le associazioni di rappresentanza dei settori sociale e culturale.

4. Il Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro nove mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, predispone un piano di riorganizzazione dei dipartimenti di salute mentale nell'ambito del nuovo piano nazionale per la salute mentale di cui all'articolo 3, in conformità alle disposizioni della presente legge.

Art. 5.

(Utenti e familiari esperti)

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce il valore del sapere esperienziale degli utenti e dei familiari e ne valorizza e promuove l'impiego nell'ambito delle prestazioni erogate dai dipartimenti di salute mentale.

2. Il Ministro della salute con proprio decreto, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, definisce, in via sperimentale, modelli operativi che prevedano la partecipazione attiva degli utenti e dei familiari nell'ambito dei dipartimenti di salute mentale secondo le pratiche consolidate del supporto tra pari.

3. Per gli utenti e i familiari che partecipano alla sperimentazione di cui al comma 2, le regioni organizzano corsi di formazione finalizzati alla valorizzazione del loro sapere esperienziale e a fornire le necessarie conoscenze sull'organizzazione dei dipartimenti di salute mentale.

4. Gli utenti e i familiari che partecipano con esito positivo alla sperimentazione sono denominati utenti e familiari esperti (UFE).

5. Gli UFE, sulla base degli indirizzi definiti dai dipartimenti di salute mentale, condividono il loro sapere esperienziale con gli altri utenti e familiari assistiti dai medesimi dipartimenti, collaborando, altresì, con gli operatori al fine di promuovere un atteggiamento di fiducia e di speranza nei riguardi dei trattamenti e delle prestazioni erogati, nonché di garantire il ruolo centrale degli utenti nei rispettivi percorsi di cura. Le regioni possono prevedere che l'attività prestata dagli UFE ai sensi del presente comma sia remunerata da parte dei dipartimenti di salute mentale interessati.

Art. 6.

(Prima accoglienza)

1. Le regioni, attraverso i dipartimenti di salute mentale che si avvalgono di operatori dedicati e degli UFE che ivi prestano la loro attività, provvedono affinché già a partire dalla prima accoglienza degli utenti siano individuati i loro disturbi mentali e sia predisposto un intervento iniziale di assistenza e di accoglienza partecipata e adeguata.

Art. 7.

*(Condivisione dei percorsi di cura:
il patto di cura)*

1. Il Dipartimento di salute mentale, tenendo conto degli indirizzi forniti dalla Consulta nazionale e dalle consulte regionali di cui agli articoli 15 e 16, adotta strumenti finalizzati a promuovere percorsi di cura fondati sulla condivisione tra utenti, familiari e operatori, ai sensi dell'articolo 1, ad accrescere l'adesione ai trattamenti e a migliorare le relazioni tra utenti, familiari e operatori.

2. Gli strumenti di cui al comma 1 costituiscono il patto di cura e sono parte integrante della cartella clinica dell'utente.

3. Il patto di cura è concordato tra l'utente, i familiari, gli operatori e altre eventuali figure indicate dagli stessi durante incontri periodici, a cadenza almeno trimestrale.

4. Il patto di cura si articola in sezioni riferite a: la qualità della relazione tra i partecipanti; i desideri o gli obiettivi dell'utente; le aspettative reciproche dei partecipanti; gli obiettivi progettuali dell'utente; l'assunzione dei farmaci; i sintomi iniziali delle crisi; gli interventi finalizzati a garantire la consapevolezza e la condivisione del percorso di cura.

5. Per ciascuna sezione del patto di cura ogni partecipante sottoscrive i propri impegni, che possono essere individuali o condivisi con gli altri partecipanti.

6. Il patto di cura non costituisce vincolo giuridico formale ed è volto a stimolare in tutti i partecipanti la massima assunzione di responsabilità possibile e la centralità dell'utente nel percorso di cura.

7. In via sperimentale, per facilitare un confronto costruttivo e paritario, i partecipanti al patto di cura possono nominare un garante esterno individuato tra gli UFE o tra soggetti esterni che abbiano svolto attività di volontariato nel settore delle malattie mentali. Il garante non può esprimersi sul percorso di cura né su eventuali altri interventi connessi alla cura.

Art. 8.

*(Ascolto, sostegno e coinvolgimento
dei familiari)*

1. Il Servizio sanitario nazionale riconosce valore fondamentale al ruolo di ascolto e di sostegno dei familiari, nonché al loro coinvolgimento nel percorso di cura dell'utente.

2. In attuazione di quanto disposto dal comma 1, i dipartimenti di salute mentale prevedono incontri con i familiari con finalità informativa e psico-educativa, facilitando anche la costituzione di gruppi di auto-mutuo-aiuto, nonché l'incontro tra i familiari di diversi utenti, ai fini di un confronto e di uno scambio delle reciproche esperienze.

Art. 9.

*(Gestione delle situazioni di crisi
a livello territoriale)*

1. Le regioni attraverso i dipartimenti di salute mentale garantiscono risposte rapide ed efficaci nelle situazioni di crisi degli utenti.

2. Il Dipartimento di salute mentale è tenuto ad assicurare con la massima tempestività e comunque entro ventiquattr'ore ore dalla segnalazione, il proprio intervento per la gestione della situazione di crisi dell'utente, avvalendosi di operatori dedicati del medesimo dipartimento e coinvolgendo attivamente lo stesso utente, i familiari, il medico di medicina generale e gli altri soggetti eventualmente interessati. In caso di mancata collaborazione dell'utente, gli operatori valutano le sue

condizioni psichiche utilizzando ogni mezzo ritenuto opportuno compresa la visita al domicilio dell'utente medesimo. Qualora gli operatori medici, esperito ogni possibile tentativo, non siano messi in condizione di visitare il paziente e ritengano, in base alle informazioni in loro possesso, che vi sia la necessità urgente di una valutazione psichiatrica, propongono all'autorità competente un accertamento sanitario obbligatorio (ASO). Qualora nell'espletamento dell'ASO gli operatori medici accertino la presenza dei requisiti previsti dalla legge per un trattamento sanitario obbligatorio (TSO), una volta esperiti senza successo tutti i possibili tentativi per acquisire il consenso volontario del paziente al ricovero come previsto dalla legge, propongono il TSO all'autorità competente.

Art. 10.

*(Gestione delle situazioni di crisi
a livello ospedaliero)*

1. Qualora la situazione di crisi non sia gestibile a livello territoriale ai sensi dell'articolo 9, l'utente è ricoverato presso il servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC) di un ospedale individuato dall'autorità competente.
2. Gli SPDC operano in conformità a quanto disposto dalla presente legge, per la prevenzione della contenzione fisica ai sensi del documento 10/081/CR/07/C7 « Contenzione fisica in psichiatria: una strategia possibile di prevenzione » della Conferenza delle regioni e delle province autonome, del 29 luglio 2010 .

Art. 11.

(Continuità nella referenza di cura)

1. Nelle diverse fasi del percorso di cura il Dipartimento di salute mentale assicura la presenza di un medico psichiatra responsabile e nelle situazioni di particolare complessità individua un operatore di riferimento che gestisca i rapporti con altri servizi socio-sanitari o soggetti coinvolti nel percorso medesimo e ne informa l'utente stesso e i familiari.

Art. 12.

*(Azioni finalizzate all'individuazione
di soluzioni abitative e per
l'inserimento lavorativo)*

1. Il Dipartimento di salute mentale, nel rispetto del patto di cura e d'intesa con i soggetti pubblici o privati competenti, avvia, ove necessario, percorsi di residenzialità protetta e di inserimento dell'utente nel mondo del lavoro.
2. I percorsi di residenzialità protetta devono individuare le soluzioni abitative più adatte per l'utente quali convivenze tra utenti diversi, luoghi di cura a bassa protezione, affidi eterofamiliari e altre soluzioni simili.
3. I percorsi di inserimento nel mondo del lavoro di cui al comma 1 devono individuare le situazioni più adatte per l'utente anche promuovendo attività lavorative all'interno dei dipartimenti di salute mentale in caso di utenti non ancora pronti per l'inserimento in percorsi strutturati, anche in collaborazione con soggetti privati o del privato sociale, valorizzando altresì eventuali competenze professionali specifiche.

Art. 13.

*(Campagne di informazione sulla
malattia mentale)*

1. Le regioni, attraverso i dipartimenti di salute mentale e con il coinvolgimento degli UFE, predispongono campagne di informazione sulla malattia mentale al fine, in particolare, di contrastare i pregiudizi su tale malattia.

Art. 14.

(Formazione)

1. Le regioni assicurano agli operatori dei dipartimenti di salute mentale, agli utenti e ai familiari, oltre

a quanto previsto dalla normativa vigente, almeno quaranta ore all'anno di formazione circa la nuova disciplina introdotta dalla presente legge.

Art. 15.

(Consulta nazionale per la salute mentale)

1. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, di concerto con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, è istituita, presso il Ministero della salute, la Consulta nazionale per la salute mentale, di seguito denominata « Consulta nazionale ».

2. La Consulta nazionale è composta da un rappresentante del Ministero della salute con funzioni di presidente e da ventiquattro membri di cui: sei esperti in materia di salute mentale nominati dal Ministro della salute; sei rappresentanti delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano; quattro rappresentanti degli utenti e dei familiari assistiti dai dipartimenti di salute mentale; quattro rappresentanti di associazioni ed enti portatori di interessi; quattro rappresentanti degli operatori.

3. La Consulta nazionale orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale a livello nazionale e in particolare:

a) fornisce gli strumenti per la verifica dei risultati;

b) definisce i criteri e gli *standard* minimi di assistenza relativi agli aspetti etici, organizzativi, logistici e procedurali delle attività connesse al trattamento e alla prevenzione delle malattie mentali, con particolare attenzione agli indici di funzionamento, di qualità, di gradimento da parte degli utenti e di esito dei trattamenti;

c) monitora, sulla base dei dati raccolti dalle regioni, le risorse e le strutture esistenti per il trattamento delle malattie mentali;

d) sviluppa nuovi modelli organizzativi, di trattamento e di prevenzione delle malattie mentali, anche sulla base di proposte presentate dagli operatori, pubblici e privati, definendone l'attuabilità e gli aspetti normativi e promuovendoli anche in ambito regionale;

e) coordina le attività di formazione sulle malattie mentali;

f) fornisce consulenza al Ministro della salute ai fini della predisposizione del nuovo piano nazionale per la salute mentale previsto dall'articolo 3.

Art. 16.

(Consulta regionale per la salute mentale)

1. Ogni regione, con proprio atto, istituisce una consulta regionale per la salute mentale. Fanno parte della consulta regionale l'assessore regionale competente o un suo delegato, con funzioni di presidente, e un massimo di sedici membri di cui: quattro esperti in materia di salute mentale nominati dalla regione; quattro rappresentanti degli utenti e dei familiari assistiti dai dipartimenti di salute mentale; quattro rappresentanti di associazioni ed enti portatori di interessi; quattro rappresentanti degli operatori.

2. La consulta regionale per la salute mentale collabora con la Consulta nazionale ed esercita funzioni di orientamento e di monitoraggio sulle politiche relative alla salute mentale nel territorio regionale, con particolare riferimento a quanto previsto dalla presente legge.

Art. 17.

(Disposizioni finanziarie)

1. Dall'attuazione della presente legge non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Le regioni, tramite le rispettive aziende sanitarie locali, provvedono alla copertura degli oneri diretti e indiretti derivanti dall'attività dei dipartimenti di salute mentale.

3. Anche al fine di garantire *standard* minimi di prestazione omogenei in tutto il territorio nazionale, in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e

di Bolzano, sono individuati obiettivi di razionalizzazione nell'impiego delle risorse del Servizio sanitario nazionale destinate alla salute mentale, attribuendo comunque priorità nell'assegnazione dei finanziamenti ai progetti innovativi conformi alle finalità di cui alla presente legge, con particolare attenzione al contenimento della spesa relativa al finanziamento delle strutture residenziali ad alta protezione, pubbliche o private.

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. 921
XVIII Legislatura

Norme per valorizzare, in continuità con la legge 13 maggio 1978, n. 180, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei servizi di salute mentale e per promuovere equità di cure nel territorio nazionale

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) (sui lavori della Commissione)

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

7 maggio 2019

[N. 180 \(pom.\)](#)

17 novembre 2020

1.3.2. Resoconti sommari

1.3.2.1. 12[^] Commissione permanente (Igiene e sanita')

1.3.2.1.1. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 76 (pom.) del 07/05/2019

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 7 MAGGIO 2019
76^a Seduta

Presidenza del Presidente
[SILERI](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Bartolazzi.

La seduta inizia alle ore 14,20.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

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

IN SEDE REDIGENTE

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

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

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

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

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

Prende atto la Commissione.

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

discussione congiunta.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

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

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

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

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

(Seguito della discussione e rinvio)

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

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

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

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

(Discussione e rinvio)

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

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

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

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

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

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

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

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

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

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

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

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

La senatrice **BOLDRINI** (PD) illustra l'emendamento 1.1.

La senatrice **STABILE** (FI-BP) illustra l'emendamento 1.2.

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

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

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

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

La senatrice **STABILE** (FI-BP) illustra l'emendamento 3.1.

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

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

La senatrice **STABILE** (FI-BP) illustra l'emendamento 5.1.

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

La senatrice **BOLDRINI** (PD) illustra l'emendamento 6.1.

La senatrice **STABILE** (FI-BP) illustra l'emendamento 6.2.

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

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

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

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

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE CONSULTIVA

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

(Osservazioni alla 5a Commissione. Esame e rinvio)

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

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

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

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

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

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

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

Prende atto la Commissione.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

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

Prende atto la Commissione.

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

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

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 15,35.

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [867](#)

Art. 1

1.100

Il Relatore

Al comma 1, apportare le seguenti modifiche:

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

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

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

1.1

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

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

1.2

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

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

1.3

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

All'articolo, apportare le seguenti modificazioni:

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

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

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

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

1.4

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

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

Conseguentemente, dopo il comma 2 inserire il seguente:

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

1.5

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

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

1.6

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

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

1.7

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

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

1.8

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

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

1.9

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

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

1.10

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

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

1.11

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

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

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

1.12

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

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

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

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

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

1.13

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

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

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

1.14

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

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

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

1.15

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

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

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

1.16

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

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

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

1.17

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

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

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

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

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

1.18

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

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

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

1.19

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

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

1.20

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

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

1.21

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

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

1.22

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

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

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

1.23

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

Dopo il comma 2 aggiungere il seguente:

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

1.24

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

Dopo il comma 2, aggiungere i seguenti:

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

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

1.25

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

Dopo il comma 2 inserire il seguente:

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

1.26

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

Dopo il comma 2 inserire il seguente:

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

1.0.1

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

Dopo l' articolo , aggiungere il seguente:

«Art. 1- *bis*.

(Costituzione commissioni paritetiche)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.0.2

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

Dopo l' articolo , aggiungere il seguente:

«Art. 1- *bis*.

(Ricollocazione dei presidi ambulatoriali di guardia medica)

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

1.0.3

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

Dopo l' articolo , aggiungere il seguente:

«Art. 1- *bis*.

(Presidio fisso di polizia presso le strutture ospedaliere)

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

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

1.0.4

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

Dopo l' articolo , inserire il seguente:

«Art. 1- *bis*.

(Documento di valutazione dei rischi)

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

1.0.5

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

Dopo l' articolo , inserire il seguente:

«Art. 1- *bis*.

(Campagne di sensibilizzazione e di informazione)

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

1.0.6

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

Dopo l' articolo , inserire il seguente:

«Art. 1- *bis*.

(Elezione domicilio)

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

1.0.7

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

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

«Art. 1- *bis*.

(Costituzione di commissioni paritetiche)

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

2. Le Commissioni provvedono:

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

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

c) alla formazione degli esercenti le professioni sanitarie;

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

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

1.0.8

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

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

«Art. 1- *bis*.

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

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

1.0.9

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

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

«Art. 1- *bis*.

(Corsi di formazione delle Regioni)

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

Art. 2

2.100

Il Relatore

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

2.1

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

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

2.0.1

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

Dopo l' articolo , inserire il seguente:

«Art. 2- *bis*.

(Procedibilità d'ufficio)

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

2.0.2

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

Dopo l' articolo , inserire il seguente:

«Art. 2- *bis*.

(Modifiche in materia di procedibilità)

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

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

Art.

TIT 1

Il Relatore

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

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [299](#)

Art. 1

1.1

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

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

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

1.2

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

Dopo il comma 2, aggiungere il seguente:

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

Art. 2

2.0.1

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

Dopo l' articolo , inserire il seguente:

«Art. 2- *bis*.

(Certificazione attestante la fibromialgia)

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

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

Art. 3

3.1

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

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

3.2

Il Relatore

All'articolo apportare le seguenti modifiche:

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

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

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

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

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

Art. 4

4.1

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

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

Art. 5

5.1

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

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

«c) le cure prestate».

5.2

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

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

«d) lo sviluppo della sintomatologia fibromialgica».

Art. 6

6.1

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

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

6.2

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

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

Art. 8

8.1

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

Dopo il comma 1, inserire il seguente:

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

8.2

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

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

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

Art. 9

9.1

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

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

1.3.2.1.2. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 180 (pom.) del 17/11/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 17 NOVEMBRE 2020
180^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il vice ministro della salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,45.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La **PRESIDENTE** comunica quanto convenuto nella riunione dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi dello scorso 12 novembre.

In primo luogo, si è deciso di richiedere alla Presidenza del Senato il deferimento di due nuovi affari assegnati: il primo, in sede riunita con la Commissione 7a, su "Impatto della didattica digitale integrata sui processi di apprendimento e sul benessere psicofisico degli studenti"; il secondo su "Iniziative per favorire il ritorno alla normalità delle cure e il riconoscimento dei diritti dei malati oncologici".

In secondo luogo, si è deciso di avviare la trattazione dei disegni di legge in materia di tutela della salute mentale e di quelli concernenti la figura dell'autista soccorritore.

Avverte, quindi, che è stata individuata la data per lo svolgimento della già programmata audizione della Direttrice generale della Direzione Salute della Commissione europea, Sandra Gallina, sulle politiche di competenza della Direzione, con particolare riferimento alla questione dei vaccini anti-COVID-19: previa autorizzazione del Presidente del Senato, l'audizione avrà luogo, in videoconferenza, il prossimo martedì 1° dicembre, in sede riunita con la Commissione 14a.

La Commissione prende atto.

IN SEDE CONSULTIVA

(2013) *Conversione in legge del decreto-legge 9 novembre 2020, n. 149, recante ulteriori misure urgenti in materia di tutela della salute, sostegno ai lavoratori e alle imprese e giustizia, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*

(Parere alle Commissioni 5a e 6a riunite. Esame. Parere favorevole.)

La **PRESIDENTE** (*IV-PSI*), relatrice, riferisce sul provvedimento in titolo, recante conversione in legge del decreto-legge n. 149 del 2020, cosiddetto decreto ristori 2.

Premette che il decreto-legge in conversione consta di 32 articoli e che, a quanto risulta, il Governo è intenzionato a farne confluire i contenuti all'interno del decreto ristori 1 (decreto-legge n. 137 del 2020), già esaminato dalla Commissione.

Ciò detto, passa a riferire sugli agli articoli che attengono a profili d'interesse sanitario.

L'articolo 9 integra le disposizioni dell'articolo 4 del decreto legge n. 34 del 2020 relativamente alle prestazioni acquistate dal Servizio Sanitario Nazionale, nel periodo emergenziale, da strutture private accreditate.

L'articolo in esame, in particolare, modifica il comma 5 della disposizione richiamata ed inserisce nella stessa i nuovi commi *5-bis* e *5-ter*.

Con l'inserimento del comma *5-bis* viene riconosciuto un contributo "una tantum" a tutte le strutture private accreditate che, in virtù di provvedimenti regionali, abbiano sospeso le attività di ricovero e ambulatoriali per effetto del COVID (sia quelle che sono entrate nella rete COVID, sia quelle che sono rimaste fuori). Il ristoro - fino ad un massimo del 90 per cento del *budget* assegnato per l'anno 2020 - tiene comunque conto della produzione resa e rendicontata nel corso dell'anno 2020. Detto ristoro "una tantum", legato all'emergenza in corso, mira a remunerare i soli costi fissi sostenuti e rendicontati dalla struttura privata accreditata.

Con le modifiche apportate al succitato comma 5 dell'articolo 4 del decreto-legge n. 34 del 2020 (trasformato in disposizione a regime fino al termine dell'emergenza epidemiologica), si intende invece regolamentare un aspetto tipicamente finanziario legato agli acconti da riconoscere e già riconosciuti alle stesse strutture private accreditate che, a seguito di un provvedimento regionale per effetto del COVID, abbiano sospeso le attività. Nel medesimo comma 5, si prevedono acconti in misura mensile correlati al 90 per cento del *budget* assegnato alle strutture private accreditate, da operarsi salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati.

Conseguentemente, le regioni e le province autonome, una volta definito - ai sensi del comma *5-bis* - l'importo spettante alla struttura privata accreditata sulla base della produzione resa, come rendicontata, e sulla base della rendicontazione dei costi fissi, a ristoro dei quali verrà riconosciuto il contributo "una tantum", potranno operare i dovuti conguagli rispetto agli acconti erogati ai sensi del comma 5.

La disposizione illustrata, ai sensi del comma *5-ter*, si applica anche agli acquisti di prestazioni socio sanitarie, per la sola parte a rilevanza sanitaria.

L'articolo 10, al fine di contrastare e contenere il diffondersi del COVID-19, autorizza per l'anno 2021 l'arruolamento, a domanda, di personale dell'Esercito italiano, della Marina militare, dell'Aeronautica militare in servizio a tempo determinato, con una ferma della durata di un anno, non prorogabile, e posto alle dipendenze funzionali dell'Ispettorato generale della Sanità militare, e in particolare di 30 ufficiali medici con il grado di tenente o grado corrispondente (di cui 14 dell'Esercito italiano, 8 della Marina militare e 8 dell'Aeronautica militare) e di 70 sottufficiali infermieri con il grado di maresciallo (30 dell'Esercito italiano, 20 della Marina militare e 20 dell'Aeronautica militare).

Per quanto riguarda gli ufficiali medici reclutati ai sensi dell'articolo in esame, il comma 4 dello stesso rinvia all'articolo 19, comma *3-bis*, del decreto-legge n. 34 del 2020, che prevede che, qualora i medici arruolati siano iscritti all'ultimo o al penultimo anno di corso di una scuola universitaria di specializzazione in medicina e chirurgia, essi restano iscritti alla scuola con sospensione del trattamento economico previsto dal contratto di formazione specialistica. Il periodo di attività, svolto esclusivamente durante lo stato di emergenza, è riconosciuto ai fini del ciclo di studi che conduce al conseguimento del diploma di specializzazione. Le università, ferma restando la durata legale del corso, assicurano il recupero delle attività formative, tecniche e assistenziali necessarie al raggiungimento degli obiettivi formativi previsti.

L'articolo 17 sostituisce gli allegati del decreto legislativo n. 81 del 2008, e successive modificazioni, concernenti le misure di sicurezza sul lavoro relative agli "agenti biologici classificati". In particolare, tali allegati concernono, rispettivamente, le attività nei laboratori (o nei locali destinati ad animali da laboratorio) e le attività nei processi industriali che comportino l'uso dell'agente biologico o un'esposizione allo stesso. La nuova versione degli allegati fa proprio il contenuto dell'ultima versione

degli allegati V e VI della direttiva 2000/54/CE28, e successive modificazioni.

L'articolo 19 proroga dal 31 dicembre 2020 al 31 dicembre 2021 l'applicazione della norma transitoria (di cui all'articolo 10 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27) che consente all'INAIL di conferire incarichi di lavoro autonomo (anche di collaborazione coordinata e continuativa), a tempo determinato, a 200 medici specialisti ed a 100 infermieri.

Detti incarichi sono previsti in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19 ed anche (in tale ambito) in considerazione del ruolo di "soggetto attuatore" svolto dall'INAIL.

L'articolo 30 - introducendo un comma 16-*bis* nell'articolo 1 del decreto-legge n. 33 del 2020, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 74 del 2020, e successive modificazioni - disciplina la pubblicazione dei risultati del monitoraggio relativo all'emergenza epidemiologica e definisce una procedura di individuazione delle regioni destinatarie di misure restrittive.

Con la novella in esame si prevede, in primo luogo, che il Ministero della salute pubblici, sul proprio sito internet istituzionale, con cadenza settimanale, i risultati del monitoraggio del rischio sanitario connesso all'evoluzione della situazione epidemiologica relativa alla diffusione del virus SARS-CoV-2 e che comunichi tali risultati ai Presidenti di Camera e Senato.

Si demanda inoltre - sulla base dei dati acquisiti e delle relative elaborazioni condotte dalla Cabina di regia per la classificazione del rischio - al Ministro della salute, sentito il Comitato tecnico-scientifico, l'individuazione, con ordinanza, sentiti i presidenti di regione interessati, delle regioni a più alto rischio epidemiologico, destinatarie di misure più restrittive. Sono altresì disciplinati i profili temporali dell'efficacia delle suddette ordinanze del Ministro della salute e si prevede che, in ogni caso, sempre con ordinanza del Ministro della salute e sentito il Presidente della regione interessata, possano essere individuate parti del territorio regionale nelle quali non si applicano le misure in questione.

Sono inoltre stabilite forme di pubblicità dei verbali della Cabina di regia e del Comitato tecnico-scientifico (pubblicazione per estratto, concernente il monitoraggio dei dati, sul sito internet istituzionale del Ministero della salute).

Si prevede, infine, la pubblicazione, entro il 12 novembre, dei dati del monitoraggio posti a base dell'ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020 (ordinanza con la quale è stata operata una prima individuazione delle regioni ove applicare le misure più restrittive previste dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 3 novembre 2020).

Si apre la discussione generale.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC) trova che il *modus operandi* del Governo sia imbarazzante: quello in esame è il ventunesimo provvedimento d'urgenza sul Covid ed innumerevoli sono i decreti attuativi e gli altri atti correlati. Evidenzia che il frutto di questa azione abborracciata è il caos. Invita a considerare che altri Paesi, come ad esempio la Svizzera, hanno adottato poche e chiare ordinanze per gestire l'emergenza epidemiologica.

Quanto al merito del provvedimento in esame, rileva che mancano misure strutturali per il sostegno alla ripresa economica e che si continuano a distribuire risorse in maniera asistemica. Sottolinea che sono a rischio di chiusura centinaia di attività produttive e commerciali, con le intuibili conseguenze in termini di perdita di gettito fiscale ed aggravamento del sistema di *welfare*.

Segnala che la maggior parte delle persone desidera solo lavorare e sostenersi con la propria attività e non ricevere sussidi, ma comprende che questo modo di pensare sia difficile da capire per una parte dell'attuale maggioranza. Ritiene che sarebbero necessari interventi risoluti come quelli adottati dalla Germania, volti a garantire serio ristoro e reale possibilità di prosecuzione delle attività.

Rileva che, per assicurare le coperture rese necessarie dal provvedimento in esame, vi è stata la sottrazione di risorse al fondo per il pagamento dei debiti degli enti territoriali e degli enti del SSN: trova che ciò sia dissennato, considerata la situazione di ritardo nei pagamenti in cui versa l'Italia, specie nel settore della sanità.

Osserva che la riprova della pessima programmazione economica del Governo è l'annuncio del

decreto "ristori 3": si va cioè avanti per approssimazioni successive, mentre è già alle viste un nuovo scostamento di bilancio e ci si ostina a non fare ricorso ai fondi del MES.

Reputa che i ceti produttivi del Paese siano sconfortati dall'azione del Governo.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) reputa che il provvedimento in discussione imponga, per le materie di competenza della Commissione, di focalizzarsi essenzialmente sull'articolo 9, sancendo la possibilità che vengano riconosciuti alle strutture accreditate fondi pari fino al 90 per cento del *budget* contrattato ancorché non prestazionalmente erogato. Osserva che potrebbe essere "saggio" far correlare alla possibilità di accedere a questo *benefit* l'obbligo di fornire alle Regioni tutte quelle prestazioni anche domiciliari che possono essere connesse all'emergenza, ovviamente fino alla concorrenza del *budget* al netto dei costi fissi. Ricorda che pensare che il sistema domiciliare e diagnostico a livello territoriale venga implementato addossandone prevalentemente ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta la realizzazione dimostra la non conoscenza dello stato di fatto e di diritto, come comprovato da recente sentenza del TAR del Lazio. Saggiunge che chi aderisce al *benefit* dovrebbe impegnarsi a fornire altresì le informazioni indispensabili affinché si possa dar corso a quella tracciabilità degli impieghi necessaria al *rating* prestazionale, sì da superare la logica dei *budget* storicizzati e delle funzioni non tariffabili e di tutte quelle altre distorsioni per cui si intende promuovere l'istituzione della Commissione di Inchiesta sull'efficacia ed efficienza del Servizio Sanitario Nazionale.

Osserva che occorre fare in modo che tutte che le strutture sanitarie accreditate e a contratto che beneficeranno di tale ristoro economico debbano assicurare quelle prestazioni sul territorio elettivamente a domicilio che le USCA non riescono a coprire, e rendere possibile l'implementazione di un sistema di *rating*, che potrebbe essere avviato per i primi due anni su base volontaria, a fronte di adeguate incentivazioni per gli operatori, e poi ricondotto a sistema di valutazione e remunerazione delle attività contrattualizzabili in regime di Servizio Sanitario Nazionale.

Rileva, inoltre, che per dare piena attuazione alle finalità della norma la previsione dovrebbe essere estesa anche al socio sanitario ed assistenziale, in specie per quanto riguarda il potenziamento delle attività di degenza a bassa intensità di cure/bassa complessità per pazienti eleggibili, vale a dire che non necessitano di ospedalizzazione per acuti, ma le cui fragilità suggeriscono una permanenza in strutture protette in regime di SSN, ben potendo essere efficacemente presi in carico presso unità di offerta non classificabili come ospedaliere con standard minimi predefiniti. Si potrebbe così incrementare efficacemente l'offerta di prestazioni domiciliari e di altri interventi, non solo per l'attività ambulatoriale e di *test* diagnostici, strettamente connessa al Covid-19.

Ritiene che si dovrebbe prevedere che le Regioni e le Province autonome possano erogare anche alle Residenze Sanitarie Assistenziali, alle Residenze Socio sanitarie per Disabili, ai Centri diurni per anziani e per persone con disabilità, ai Centri diurni e semiresidenziali per minori, per la Salute mentale, per le Dipendenze e per persone senza fissa dimora, il *budget* previsto dal contratto, sia esso in regime di convenzione o concessione dei servizi per l'anno 2020 e 2021.

Saggiunge che, per avere titolo al "contributo speciale", l'erogatore pubblico e privato accreditato dovrebbe comunque e sempre essere tenuto al debito informativo di tutti flussi economici e di attività necessari per la costruzione dei parametri alla base del sistema di *rating* prospettato. Le certezze derivanti dalla rilevazione e dall'analisi oggettiva dei costi, del valore sanitario, socio sanitario e assistenziale e dei prezzi dovranno corrispondere a risultati/esiti in punto di prestazioni tariffate: questa, a suo avviso, dovrebbe essere l'equazione di riferimento.

Reputa inoltre che la possibilità introdotta dalla norma, se opportunamente emendata, dovrebbe accompagnarsi più in generale, nel rispetto degli stanziamenti complessivamente assegnati alle Regioni e alle Province Autonome, ad una maggiore flessibilità nell'utilizzo delle risorse dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* previsto dai decreti-legge nn. 18 e 34, che attualmente sono vincolate a specifica destinazione. Ricorda che tutti i servizi sanitari e socio sanitari regionali si sono trovati nella necessità di potenziare appalti di servizi tecnici, di acquisizione di attrezzature di tecnologia sanitaria, di servizi di trasporto sanitario, e di provvedere all'acquisizione di

dispositivi di protezione individuale, la cui dimensione economica è assolutamente di rilievo. Rileva che l'attesa flessibilità andrebbe agganciata alla "rilevazione del costo standard sanitario e socio sanitario", avviando un percorso virtuoso di rilevazione delle differenze di costi tra un bene e un servizio in emergenza rispetto all'ordinarietà, mediante la previsione di un'integrazione del flusso di tracciamento dei costi di cui all'articolo 18, comma 1, del decreto-legge n. 18 del 2020 come modificato dalla legge n. 27 del 2020, con esplicitazione della differenza tra "costo in emergenza" e "costo ordinario".

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*), oltre a stigmatizzare l'affastellarsi di provvedimenti di urgenza, segnala una crescente sensazione di disagio nella cittadinanza, dovuta al fatto che le misure del Governo, sempre più spesso, incidono su aspetti della vita privata e familiare delle persone, con una impostazione di tipo stato-centrico.

Esprime incidentalmente sconcerto per la gestione dell'emergenza sanitaria in Calabria, che ha prodotto recentemente l'allontanamento di due commissari e la rinuncia di un terzo potenziale commissario, asseritamente per "motivi familiari".

Deplora le restrizioni imposte dal Governo alla didattica in presenza nonché il conflitto istituzionale tra Stato e Regioni sul punto: si tratta di misure che impattano pesantemente sui processi di apprendimento e sul benessere degli studenti e che hanno un costo sociale elevato, sostenuto per lo più dalle donne lavoratrici.

In conclusione, esprime il convincimento che la cittadinanza abbia raggiunto un punto di saturazione rispetto alle politiche messe in campo dal Governo.

La senatrice [CASTELLONE](#) (*M5S*) invita a considerare che il provvedimento d'urgenza in esame, così come diversi di quelli in precedenza adottati, è stato reso necessario dall'inerzia delle Regioni rispetto agli interventi previsti dalla normativa vigente per il potenziamento della sanità pubblica, sia ospedaliera che territoriale.

In relazione alla disposizione inerente agli erogatori privati accreditati, ritiene necessaria una modifica volta a prescrivere la rendicontazione delle prestazioni rese entro un termine di sei mesi e fa presente di aver predisposto un emendamento in tal senso.

Riguardo alla situazione dei medici di medicina generale, osserva che il loro coinvolgimento nelle cure domiciliari e nella effettuazione di tamponi deriva dai ritardi delle Regioni nell'attivazione delle USCA. In ogni caso, ribadisce che è giunto il momento per ripensare il sistema di assistenza primaria, creando reti delle cure primarie all'interno del servizio sanitario nazionale e superando la formula ormai anacronistica della convenzione. Con specifico riguardo ai *test*, ritiene necessarie modifiche volte ad incentivarne l'esecuzione, alternativamente, all'interno degli studi medici che garantiscano adeguati livelli di sicurezza oppure nell'ambito di sedi idonee messe a disposizione dalle aziende sanitarie. Anche a tale proposito, annuncia di aver presentato appositi emendamenti.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) evidenzia che i "decreti ristori" sono volti a soddisfare le esigenze che mano a mano sorgono in base all'evoluzione della situazione epidemiologica, nel presupposto che occorra dare fiato a chi è colpito nella propria capacità di sostentamento dalle misure restrittive adottate dal Governo.

Sottolinea che in Italia, a causa del riparto di competenze previsto dal Titolo V della Costituzione, è particolarmente difficile ottenere risultati omogenei attraverso iniziative legislative statali: ne è prova la diversificata implementazione delle USCA all'interno delle varie Regioni.

Rimarca che è necessario svolgere un monitoraggio sull'attuazione delle disposizioni legislative, intervenendo se del caso anche con sanzioni, a fronte di accertati inadempimenti.

Trova opportuno che lo Stato si faccia carico di ristorare anche le strutture sanitarie private, considerato che in questo modo si tutelano anche i relativi lavoratori e si evitano sperequazioni rispetto a coloro che operano all'interno di strutture sanitarie pubbliche.

Quanto alla didattica a distanza e alla necessità di tenere conto delle esigenze delle lavoratrici e

dei lavoratori, ricorda che sono state adottate misure *ad hoc*, come il *bonus babysitter*.

Concorda sull'opportunità di ridisegnare il ruolo dei medici di medicina generale, portando a compimento un progetto già delineato dalla legge Balduzzi e in qualche modo adombrato dalla stessa legge n. 833. Sottolinea che sarà però necessario prevedere un adeguato periodo di transizione dal vecchio al nuovo regime.

Dopo aver ricordato che il provvedimento in esame, per quanto di competenza della Commissione, reca disposizioni rilevanti anche in tema sicurezza sul lavoro (articolo 17) e di risorse umane dell'INAIL (articolo 19), rimarca che il Governo sta davvero cercando di fare tutto ciò che è possibile per proteggere la salute e sostenere al contempo l'economia, senza penalizzare alcuna categoria.

Il senatore [ENDRIZZI](#) (*M5S*) domanda se qualcuno intenda negare che a causa dell'emergenza epidemiologica ci sono morti, persone gravemente malate, rischi di paralisi della pubblica amministrazione e condizioni di estrema difficoltà all'interno delle RSA, solo per fare alcuni esempi.

Ritiene che, nel quadro presente, il Governo stia cercando di individuare misure di tipo chirurgico per evitare un nuovo *lock down* totale, che probabilmente non sarebbe sostenibile sul piano sociale ed economico, dovendo fare i conti anche con le inerzie e gli atteggiamenti attendistici delle regioni e degli enti locali.

Ritiene che ben si possono raccomandare comportamenti responsabili anche nell'ambito della vita privata e familiare, considerato che tali raccomandazioni sono volte alla protezione delle persone più fragili.

Conclusivamente, pur nel rispetto per il confronto, anche dialettico, tra le forze politiche, manifesta l'auspicio che non ci si divida in questa fase drammatica nella vita del Paese.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) ritiene che la mancanza di autorevolezza del Governo, unitamente al comportamento biasimevole dei mezzi di informazione, stia generando nella cittadinanza un senso di spaesamento: l'azione dell'Esecutivo è percepita come stravagante e contraddittoria. Reputa che ciò sia dovuto anche al fatto che, durante la prima ondata, a fronte di una epidemia circoscritta nel Nord del Paese, si è adottato un provvedimento di *lock down* integrale, mentre ora, in presenza di criticità diffuse sul territorio nazionale, si propende per misure diversificate.

E' dell'avviso che il Governo sia stato percepito come poco autorevole anche in relazione alle vicende dell'indagine di sieroprevalenza e dell'app immuni, nonché nella gestione del "doppio binario" tra misure di mitigazione e misure di contenimento. A tale ultimo riguardo, deplora che dopo tanti mesi di emergenza ancora non si sia adeguata la capacità del sistema di effettuare un adeguato numero di tamponi e di intercettare i soggetti asintomatici.

Fa rilevare che nessuno indulge a sterili polemiche e che tutti stanno cercando di remare dalla stessa parte, ma sembra obiettivamente giunto il momento del *redde rationem*, con il sistema investito dalla seconda ondata e con i servizi sanitari regionali al collasso.

Si dichiara disponibile a collaborare con la maggioranza, ad esempio sostenendo le proposte emendative annunciate dalla senatrice Castellone, che appaiono di buon senso, ma stima necessario che ci sia una reale apertura, al di là delle frasi di rito a beneficio delle telecamere, verso le proposte dell'opposizione.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) ricorda che è stato autorevolmente sostenuto che siamo in una fase storica in cui c'è da attendersi una sempre maggiore frequenza delle pandemie.

In tale contesto, reputa necessaria una visione strategica a lungo termine, sia sulla sanità che sull'economia, e trova che le misure sin qui adottate dal Governo siano state frammentarie e disorganiche, tanto che nessuno dei risultati attesi è stato raggiunto.

Ritiene che il Ministero della salute si sia mosso con ritardo nell'approntare i documenti per il contenimento della pandemia e stigmatizza la scarsa presenza in Commissione del Ministro della salute.

In riferimento all'articolo 9 del provvedimento in esame, rileva che il ristoro previsto per le strutture private accreditate può giungere al 90 per cento e che misure come quella in discorso, in un contesto in cui si devono prevedere correttivi in termini di rendicontazione, sono generatrici di ulteriore debito a carico delle future generazioni e non garantiscono alcun ritorno in termini di riforma del sistema sanitario.

La senatrice [MARIN](#) (*L-SP-PSd'Az*) obietta che non tutte le regioni possono essere poste sullo stesso piano: a fronte di regioni inadempienti, vi sono regioni come il Friuli-Venezia Giulia che si sono attivate tempestivamente per i necessari interventi di adeguamento del sistema sanitario.

In relazione agli interventi "chirurgici" cui si è fatto riferimento, reputa indispensabile conoscere tutti i dati in base ai quali il Governo ha deciso le diverse colorazioni delle regioni, dal momento che in realtà territoriali caratterizzate da un andamento del tutto simile - come il Veneto e il Friuli-Venezia Giulia - sono state adottate misure diverse. Più in generale, ritiene necessario che detti dati siano posti nella disponibilità della comunità scientifica.

Segnala che vi sono problemi notevoli di gestione dei soggetti ospitati nei centri di accoglienza, anche a livello di sorveglianza sanitaria, e vi è il rischio che si creino dei focolai.

Ritiene, infine, che vi debbano essere dei limiti all'intrusione del Governo nella sfera privata e personale dei cittadini: le raccomandazioni in proposito sono giustificabili solo se dotate di un solido fondamento.

Non essendovi altre richieste di intervento, la [PRESIDENTE](#) (*IV-PSI*) dichiara conclusa la discussione generale.

Quindi, in qualità di relatrice, replica ai senatori intervenuti nel corso del dibattito.

Rileva che il confronto è stato assai ampio e profondo, andando ben al di là dei profili di stretta competenza della Commissione, ed ha toccato i nodi della dialettica tra libertà e responsabilità, che mai come in questo momento storico è attuale e chiama in causa il rapporto con l'altro da sé.

In quest'ottica, rimarca che per il Governo sarebbe stato più semplice disporre un nuovo *lock down* totale, ma invita a considerare che si è preferito imboccare la strada più stretta del richiamo alla responsabilità dei comportamenti.

Segnala che tutti i paesi investiti dalla pandemia, anche quelli che hanno adottato un approccio originale, come la Svezia, si trovano ora in una situazione di profonda difficoltà.

Quanto alla questione dei tamponi, preso atto che vi sono varie ricette in proposito, ritiene che si debba riconoscere che vi è stato un ritardo nell'approntare le scorte per far fronte alla paventata seconda ondata. Poiché concorda con chi prospetta la necessità di convivere con fenomeni di tipo pandemico, ritiene cruciale porre mano ad una seria programmazione, per fare in modo che il Paese non si trovi impreparato di fronte ad eventuali nuove emergenze.

Nella fase attuale, stima indispensabile allentare la pressione sul sistema sanitario, essendo ciò funzionale anche alle possibilità di ripresa economica.

Quanto alle specifiche problematiche della sanità calabrese, rileva che la sede per la loro trattazione è il procedimento di conversione del "decreto Calabria", che come è noto ha avuto inizio alla Camera.

In riferimento all'articolo 9 del decreto-legge in conversione, ricorda che quest'ultimo è volto a integrare una disposizione del decreto-legge n. 34 del 2020, prevedendo dei ristori non disgiunti da oneri di rendicontazione.

Riguardo all'articolo 30, osserva che esso affronta la questione fondamentale della pubblicità dei dati, mai come in questo momento al centro dell'attenzione. In proposito, reputa necessario puntare ad una comunicazione istituzionale più chiara e comprensibile, che sarebbe funzionale anche ad una maggiore aderenza alle indicazioni governative. Inoltre, come emerso nel corso delle audizioni svolte, rileva la necessità di approfondire l'adeguatezza dei criteri e di affinare la qualità dei dati a disposizione, raggiungendo livelli territoriali e ambiti attualmente non monitorati.

In conclusione, esprime il convincimento che la Commissione potrà rappresentare una sede

adeguata per l'individuazione di convergenze tra maggioranza e opposizione e segnala che alcuni degli affari in corso di trattazione o in programma, come quello sulla medicina territoriale e quello sull'impatto della didattica a distanza, forniranno il destro per individuare soluzioni da offrire al Governo e al Paese.

Propone di esprimere, per quanto di competenza della Commissione, parere favorevole.

Si procede alle dichiarazioni di voto.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*), ringraziata la Presidente per le aperture e sottolineato che l'emergenza sanitaria va ormai considerata su un piede di parità rispetto all'emergenza economica, dichiara che la sua parte politica esprimerà un voto di astensione, da interpretare quale manifestazione di disponibilità alla collaborazione.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) esprime rammarico nel rilevare che le considerazioni espresse durante la discussione non sono state recepite, neppure parzialmente, nello schema di parere.

In particolare, si riferisce alla possibilità di subordinare il *benefit* dell'articolo 9 alla fornitura delle prestazioni, anche domiciliari, che possono essere connesse all'emergenza, con particolare riguardo alle prestazioni sul territorio elettivamente a domicilio di cui vi è necessità nell'attuale fase di recrudescenza epidemica e, al contempo, di rendere possibile l'implementazione di un sistema di *rating* sulla base dell'analisi dei costi, del valore clinico e dei prezzi, investendosi in prevenzione, buoni esiti e appropriatezza ed intervenendosi in chiave deflattiva e proattiva nel contrasto delle incongruenze e degli inadempimenti con premialità e penalità contrattualizzate.

Ribadisce che, per avere titolo al "contributo speciale", l'erogatore pubblico e privato accreditato dovrebbe essere anche tenuto al debito informativo di tutti flussi economici e di attività necessari per la costruzione dei parametri alla base del sistema di rating: le certezze derivanti dalla rilevazione e dall'analisi oggettiva dei costi, del valore sanitario, socio sanitario e assistenziale e dei prezzi dovranno corrispondere a risultati/esiti secondo il principio del giusto corrispettivo a tariffa, in forza di nuove regole di ingaggio aderenti all'equazione di riferimento.

Rimarca che a questa dinamica dovrebbe correlarsi, più in generale, a invarianza di risorse già complessivamente stanziare, una maggiore flessibilità nell'impiego dell'incremento del fabbisogno sanitario nazionale *standard* di FSN, che tenga conto degli attuali limiti, surrettiziamente ostativi all'ottimale impiego delle risorse disponibili considerata la peculiarità dell'attuale fase di recrudescenza epidemica. Rammenta che tutti i sistemi sanitari e socio sanitari di Regioni e Province autonome, a cui lo Stato ha delegato compiti suoi propri tipici del Governo centrale ad assetto costituzionale ed ordinamentale vigente con trasferimento delle relative responsabilità, si sono trovati nella necessità di potenziare appalti di servizi tecnici e tecnologici, di trasporto sanitario, forniture di DPI e molto altro ancora la cui dimensione economica è decisamente significativa. Fa rilevare che, agganciando normativamente l'attesa flessibilità alla rilevazione del costo *standard* sanitario, e socio sanitario si introdurrebbe un meccanismo di leale collaborazione istituzionale e di garanzia utile ad avviare un percorso virtuoso di rilevazione delle differenze di costi tra un bene e un servizio in emergenza rispetto all'ordinarietà. Sottolinea che l'adottando parere avrebbe potuto ben essere occasione per fornire indicazioni e osservazioni migliorative in chiave di rilancio e sostenibilità del SSN.

Infatti, a suo avviso, la base dei costi ordinari potrebbe essere assunta per costruire finalmente i cosiddetti costi standard in sanità e assistenza con un percorso *bottom up* che, a fronte della flessibilità, impone alle Regioni tale debito informativo.

Conclude rilevando che il mancato accoglimento delle proposte avanzate impone di esprimere, nonostante le dichiarate disponibilità della relatrice, un voto di astensione.

La senatrice [PIRRO](#) (*M5S*) ricorda che i 21 parametri utilizzati dal Governo non sono "usciti da un cilindro" ma sono il frutto di approfondimenti tecnico scientifici e confronti con i diversi attori istituzionali coinvolti.

Segnala l'importanza dell'articolo 10 del decreto-legge in conversione, sul quale non ci si è soffermati nel corso del dibattito, che al fine di contrastare e contenere il diffondersi del Covid-19 consente il potenziamento delle risorse di personale della sanità militare.

Ciò posto, dichiara che il suo Gruppo esprimerà voto favorevole.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) annuncia a sua volta voto favorevole a nome del proprio Gruppo, riportandosi alle considerazioni svolte durante la discussione e ricordando che il provvedimento potrà essere integrato in sede emendativa.

Non essendovi altre richieste di intervento, previa verifica del numero legale, la proposta di parere avanzata dalla relatrice è posta ai voti e risulta approvata.

La [PRESIDENTE](#) dispone la sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle 17,30, riprende alle 17,35.

IN SEDE REDIGENTE

[\(Doc. XXII, n. 2\)](#) *Maria RIZZOTTI ed altri - Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale*

[\(Doc. XXII, n. 13\)](#) *AUDDINO ed altri - Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*

[\(Doc. XXII, n. 14\)](#) *IANNONE - Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul funzionamento e sulla gestione del servizio sanitario in Campania*

[\(Doc. XXII, n. 16\)](#) *SILERI ed altri - Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*

[\(Doc. XXII, n. 19\)](#) *ZAFFINI, CIRIANI - Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*

(Rinvio del seguito della discussione congiunta.)

La Commissione conviene sulla proposta del senatore [ZAFFINI](#) (Fdl) di rinviare il seguito della discussione congiunta alla giornata di martedì prossimo, 24 novembre.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

SCONVOCAZIONE DELLA SEDUTA DI DOMANI

La [PRESIDENTE](#) avverte che la seduta già convocata alle ore 9 di domani, mercoledì 18 novembre, non avrà più luogo.

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 17,40.

