



Senato della Repubblica
XVII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 2679

Disposizioni per la reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione alle scuole di
ogni ordine e grado

Indice

1. DDL S. 2679 - XVII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	4
1.2.1. Testo DDL 2679	5
1.3. Trattazione in Commissione	9
1.3.1. Sedute	10
1.3.2. Resoconti sommari	11
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita')	12
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 444 (pom.) del 02/05/2017	13
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 452 (pom.) del 25/05/2017	23

1. DDL S. 2679 - XVII Leg.

1.1. Dati generali

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 2679
XVII Legislatura

Disposizioni per la reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione alle scuole di ogni ordine e grado

Iter
25 maggio 2017: in corso di esame in commissione
Successione delle letture parlamentari
S.2679 in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare
[Francesca Puglisi](#) (PD)

Cofirmatari

[Donella Mattesini](#) (PD), [Giuseppina Maturani](#) (PD), [Donatella Albano](#) (PD), [Laura Cantini](#) (PD), [Giuseppe Luigi Salvatore Cucca](#) (PD), [Stefano Esposito](#) (PD), [Laura Easiolo](#) (PD), [Francesco Giacobbe](#) (PD), [Bachisio Silvio Lai](#) (PD), [Doris Lo Moro](#) (PD), [Mario Morgoni](#) (PD), [Leana Pignedoli](#) (PD), [Raffaele Ranucci](#) (PD), [Gianluca Rossi](#) (PD), [Lodovico Sonogo](#) (PD), [Annalisa Silvestro](#) (PD), [Maria Spilabotte](#) (PD), [Mara Valdinosi](#) (PD), [Daniela Valentini](#) (PD), [Vito Vattuone](#) (PD), [Bruno Astorre](#) (PD)

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **2 febbraio 2017**; annunciato nella seduta pom. n. 755 del 2 febbraio 2017.

Classificazione TESEO

VACCINAZIONI OBBLIGATORIE , SCUOLA

Articoli

TUTELA DELLA SALUTE (Art.1), MINISTERO DELLA SALUTE (Art.2), CERTIFICATI E REFERTI SANITARI (Art.1), REGIONI (Art.2), PROVINCE AUTONOME (Art.2), BASI DI DATI (Art.2)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Patrizia Manassero](#) (PD) (dato conto della nomina il 2 maggio 2017)

Assegnazione

Assegnato alla [12ª Commissione permanente \(Igiene e sanità\)](#) in sede referente il 6 marzo 2017.

Annuncio nella seduta ant. n. 777 del 7 marzo 2017.

Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 5ª (Bilancio), 7ª (Pubbl. istruzione), Questioni

regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 2679

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

Senato della Repubblica XVII LEGISLATURA

N. 2679

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **PUGLISI**, **MATTESINI**, **MATURANI**, **ALBANO**, **CANTINI**, **CUCCA**, **Stefano ESPOSITO**, **FASIOLO**, **GIACOBBE**, **LAI**, **LO MORO**, **MORGONI**, **PIGNEDOLI**, **RANUCCI**, **Gianluca ROSSI**, **SONEGO**, **SILVESTRO**, **SPILABOTTE**, **VALDINOSI**, **VALENTINI**, **VATTUONE** e **ASTORRE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 2 FEBBRAIO 2017

Disposizioni per la reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione alle scuole di ogni ordine e grado

Onorevoli Senatori. -- Nel nostro Paese l'adempimento degli obblighi vaccinali, quale requisito necessario per l'accesso alle scuole di ogni ordine e grado, introdotto con il regolamento per l'applicazione del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, relativo ai servizi di medicina scolastica di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, è venuto meno con il decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1999, n. 355. Dunque, dal 1999 è possibile frequentare la scuola anche senza essere vaccinati.

L'articolo 47 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, prevedeva, infatti, che i direttori delle scuole e i capi degli istituti di istruzione pubblica o privata non potessero ammettere alla scuola o agli esami gli alunni che non comprovassero, con la presentazione di certificato rilasciato ai sensi di legge, di essere stati sottoposti alle vaccinazioni e rivaccinazioni obbligatorie. Il certificato doveva recare l'indicazione dell'anno in cui erano state eseguite le vaccinazioni.

Il regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1999, n. 355, ha trasformato quest'obbligo in una facoltà, prevedendo che il direttore della scuola, nel caso di mancata presentazione della certificazione, abbia il solo compito di comunicare il fatto entro cinque giorni, per gli opportuni e tempestivi interventi, all'azienda unità sanitaria locale di appartenenza dell'alunno ed al Ministero della sanità.

Il risultato di questa scelta è stato un drastico calo, di anno in anno, delle vaccinazioni fino ad arrivare sotto la soglia minima indicata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) quale soglia necessaria al raggiungimento della cosiddetta «immunità di gregge».

Oggi, in Italia, sono previste quattro vaccinazioni obbligatorie (per la difterite, il tetano, la poliomielite e l'epatite B), mentre le altre sono raccomandate. Come evidenziato dall'Istituto superiore di sanità, la differenza tra le vaccinazioni obbligatorie e quelle raccomandate, non prevedibile dai legislatori che introdussero le prime, ha causato problemi crescenti poiché gran parte della popolazione e una parte degli operatori sanitari sono diffidenti nei confronti delle vaccinazioni raccomandate come se queste fossero meno importanti di quelle obbligatorie, senza tener conto del fatto che anche queste ultime sono fondamentali per ridurre le relative malattie.

Lo strumento a disposizione per valutare il grado di protezione della popolazione contro alcune malattie trasmissibili è rappresentato dalla misurazione periodica delle coperture vaccinali. Il 95 per cento è la soglia raccomandata dall'(OMS) per la «immunità di gregge». Infatti, se il 95 per cento della

popolazione fosse vaccinata, si proteggerebbero anche coloro che non si sono potuti o voluti vaccinare. Dal 2013 si registra un progressivo calo del numero dei soggetti vaccinati, con il rischio di sviluppo di focolai epidemici di malattie attualmente sotto controllo, e addirittura, di ricomparsa di malattie considerate debellate nel nostro Paese.

Come sottolineato dal Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 (PNPV), nel 2015, la copertura media per le vaccinazioni contro poliomielite, tetano, difterite, epatite B, pertosse e Haemophilus influenzale tipo b è stata del 93,4 per cento (94,7 per cento, 95,7 per cento, 96,1 rispettivamente nel 2014, 2013 e 2012). Sebbene esistano importanti differenze tra le regioni, solo sei riescono a superare la soglia del 95 per cento per la vaccinazione antipolio, mentre undici sono addirittura sotto il 94 per cento.

Come evidenziato dal Ministero della salute, la vaccinazione rappresenta uno degli interventi più efficaci e sicuri a disposizione della sanità pubblica per la prevenzione primaria delle malattie infettive. Tale pratica comporta benefici non solo per effetto diretto sui soggetti vaccinati, ma anche in modo indiretto, inducendo protezione ai soggetti non vaccinati (*herd immunity*).

I vaccini hanno cambiato la storia della medicina e si sono affermati come strumento fondamentale per la riduzione della mortalità e morbosità, modificando profondamente l'epidemiologia delle malattie infettive. L'impiego dello strumento vaccinale ha portato a risultati spesso clamorosi come la scomparsa del vaiolo -- dichiarato, dall'OMS, eradicato l'8 maggio 1980 -- e della poliomielite -- dichiarata, dall'OMS, eliminata nella regione europea dal giugno 2002.

Il successo delle vaccinazioni è, peraltro, uno dei principali problemi della loro accettazione da parte della popolazione, poiché, la diminuzione di frequenza delle malattie debellate con i vaccini, ha portato ad una diminuzione della loro percezione e della loro gravità all'interno della società.

A seguito di questo lungo e annoso dibattito, alcune regioni hanno deciso di approvare una legge che prevede l'obbligo vaccinale per l'accesso al nido e alla scuola materna. Si tratta delle regioni Emilia-Romagna, Toscana e Friuli Venezia Giulia.

Inoltre, si ricorda la sentenza n. 20 del TAR del Friuli Venezia Giulia del 16 gennaio 2017, che afferma la legittimità della delibera del consiglio comunale di Trieste avente ad oggetto l'introduzione dell'assolvimento dell'obbligo vaccinale quale requisito di accesso ai servizi educativi comunali per l'età da zero a sei anni perché «il pur rispettabile e tutelabile interesse individuale (la libertà dei genitori, che, ispirandosi ad un principio di precauzione scelgano di non vaccinare i propri figli) deve regredire rispetto all'interesse pubblico (l'estensione della copertura vaccinale), in particolare ove si tratti di tutela della salute».

La riduzione e l'eliminazione del numero di malattie infettive rappresentano una priorità da realizzare attraverso strategie efficaci e omogenee sul territorio nazionale.

A tal fine, il 19 gennaio 2017 è stato approvato in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, il PNPV quale «valido strumento per ridurre le disuguaglianze nel Paese», come evidenziato dal Ministero della salute. Le priorità del PNPV sono:

- a) mantenere lo stato *polio-free*;
- b) perseguire gli obiettivi del Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) e rafforzare le azioni per l'eliminazione;
- c) garantire l'offerta attiva e gratuita delle vaccinazioni, l'accesso ai servizi e la disponibilità dei vaccini;
- d) prevedere azioni per i gruppi di popolazione difficilmente raggiungibili e con bassa copertura vaccinale (HtRGroups);
- e) elaborare un piano di comunicazione istituzionale sulle vaccinazioni.

Il nuovo piano, oltre alle vaccinazioni già previste (contro difterite, tetano, polio, epatite B, Hib, pertosse, pneumococco, morbillo, parotite, rosolia, meningococco C nei nuovi nati, HPV nelle ragazze

undicenni e influenza nei soggetti di età ? 65 anni) introduce le vaccinazioni anti-meningococco B, anti-rotavirus e antivaricella nei nuovi nati, estende la vaccinazione anti-HPV ai maschi undicenni, introduce la vaccinazione antimeningococcica tetravalente ACWY135 e il richiamo anti-polio con IPV negli adolescenti; prevede le vaccinazioni anti-pneumococco e anti-Zoster nei sessantacinquenni.

Come ribadito dallo stesso PNPV, «le vaccinazioni possono, quindi, essere definite come un "intervento collettivo", riducendo il numero di individui suscettibili all'infezione e la probabilità che la stessa possa esitare in malattia, attraverso il controllo della trasmissione. Il beneficio è, pertanto, diretto, derivante dalla vaccinazione stessa che immunizza totalmente o parzialmente la persona vaccinata, e indiretto, in virtù della creazione di una rete di sicurezza, a favore dei soggetti non vaccinati, che riduce il rischio di contagio"».

Per tutti i motivi esposti, si ritiene che non sia più procrastinabile il momento di reintrodurre su tutto il territorio nazionale l'obbligatorietà delle vaccinazioni per accedere alle scuole di ogni ordine e grado. In questo modo sarà possibile ammettere l'intera popolazione ai benefici derivanti dalle vaccinazioni.

A tal fine, l'articolo 1 modifica l'articolo 47 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, prevedendo che al fine di tutelare la salute dei cittadini, costituisce requisito necessario per l'accesso ai servizi educativi pubblici e privati e alle scuole di ogni ordine o grado, statali, paritarie private e degli enti locali, l'aver assolto gli obblighi vaccinali previsti dalla normativa vigente. I dirigenti scolastici dei servizi e delle scuole, sono tenuti, all'atto dell'iscrizione alla scuola o agli esami, a richiedere la presentazione della relativa certificazione, comprovante l'adempimento degli obblighi vaccinali. Copia della certificazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni e delle rivaccinazioni è conservata nel fascicolo personale dell'alunno. La vaccinazione deve essere omessa o differita solo in caso di accertato pericolo per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate.

L'articolo 2 prevede che entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano istituiscano una banca dati delle vaccinazioni eseguite dalla popolazione in età scolare e dalla popolazione in età adulta al fine di raccogliere, in modo sistematico, i dati relativi ai vaccinati per sviluppare le attività di sorveglianza delle malattie suscettibili di vaccinazione e di monitorare nel tempo gli eventuali effetti indesiderati dei vaccini per migliorarne i livelli di sicurezza e di efficacia. L'articolo 2 prevede poi che entro dodici mesi dall'entrata in vigore della legge, presso il Ministero della salute sia istituita l'Anagrafe vaccinale nazionale con il compito di raccogliere i dati delle banche dati regionali al fine di svolgere un'attività di monitoraggio di accesso alle prestazioni vaccinali da parte di tutti i cittadini.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. L'articolo 47 del regolamento per l'applicazione del titolo III del decreto del Presidente della Repubblica 11 febbraio 1961, n. 264, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, e successive modificazioni, è sostituito dal seguente:

«Art. 47. 1. Al fine di tutelare la salute dei cittadini, costituisce requisito necessario per l'accesso ai servizi educativi pubblici e privati e alle scuole di ogni ordine e grado, statali, paritarie e degli enti locali, l'aver assolto agli obblighi vaccinali previsti dalla normativa vigente.

2. I dirigenti scolastici dei servizi e delle scuole di cui al comma 1, sono tenuti, all'atto dell'iscrizione alla scuola o agli esami, a richiedere la presentazione della relativa certificazione comprovante l'adempimento degli obblighi vaccinali di cui al comma 1.

3. Copia della certificazione comprovante l'adempimento degli obblighi vaccinali di cui al comma 1, è conservata nel fascicolo personale dell'alunno.

4. La vaccinazione deve essere omessa o differita solo in caso di accertato pericolo per la salute del minore in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate».

Art. 2.

1. Entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome

di Trento e di Bolzano istituiscono una banca dati delle vaccinazioni della popolazione in età scolare e della popolazione in età adulta al fine di raccogliere, in modo sistematico, i dati relativi ai vaccinati per sviluppare le attività di sorveglianza delle malattie suscettibili di vaccinazione e di monitorare nel tempo gli eventuali effetti indesiderati delle vaccinazioni nonché per migliorarne i livelli di sicurezza e di efficacia.

2. Entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, presso il Ministero della salute è istituita l'Anagrafe vaccinale nazionale con il compito di raccogliere i dati delle banche dati regionali al fine di svolgere un'attività di monitoraggio di accesso alle vaccinazioni da parte di tutti i cittadini.

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. 2679
XVII Legislatura

Disposizioni per la reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione alle scuole di ogni ordine e grado

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

Attività

12^a Commissione permanente (Igiene e sanità) in sede referente

[N. 444 \(pom.\)](#)

2 maggio 2017

[N. 452 \(pom.\)](#)

25 maggio 2017

Congiunzione di
[S.2827](#)

1.3.2. Resoconti sommari

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

1.3.2.1.1. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 444 (pom.) del 02/05/2017

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

IGIENE E SANITA' (12ª)
MARTEDÌ 2 MAGGIO 2017
444ª Seduta

Presidenza della Presidente
[DE BIASI](#)

La seduta inizia alle ore 14,40.

IN SEDE REFERENTE

(5) Ignazio MARINO ed altri. - Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni di volontà anticipate nei trattamenti sanitari al fine di evitare l'accanimento terapeutico

(13) MANCONI ed altri. - Norme in materia di relazione di cura, consenso, urgenza medica, rifiuto e interruzione di cure, dichiarazioni anticipate

(87) Ignazio MARINO ed altri. - Norme in materia di sperimentazione clinica in situazioni di emergenza su soggetti incapaci di prestare validamente il proprio consenso informato (177) SACCONI ed altri. - Disposizioni in materia di alimentazione ed idratazione (443) Maria RIZZOTTI. - Disposizioni in materia di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento sanitario (485) DE POLI. - Disposizioni in materia di consenso informato (1973) TORRISI e PAGANO. - Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento (2801) Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Mantero ed altri; Pia Elda Locatelli ed altri; Delia Murer ed altri; Eugenia Maria Roccella ed altri; Marisa Nicchi ed altri; Paola Binetti ed altri; Anna Maria Carloni ed altri; Anna Margherita Miotto ed altri; Nizzi ed altri; Fucci ed altri; Calabrò e Paola Binetti; Beatrice Brignone ed altri; Vanna Iori ed altri; Michela Marzano; Marazziti ed altri; Silvia Giordano ed altri

- e petizioni nn. 758 e 1315 ad essi attinenti

(Esame congiunto e rinvio)

La [PRESIDENTE](#) (PD) relatrice introduce l'esame congiunto dei disegni di legge in titolo e delle

petizioni ad essi attinenti.

Si sofferma, in primo luogo, sul disegno di legge 2801, già approvato dalla Camera dei deputati, dopo aver inquadrato le tematiche dallo stesso trattate dal punto di vista costituzionale e da quello del diritto comunitario e internazionale.

Il disegno di legge in questione - approvato dalla Camera dei deputati - disciplina il consenso informato del paziente ai trattamenti sanitari ed agli accertamenti diagnostici ed introduce l'istituto delle disposizioni anticipate di volontà in materia nonché lo strumento della pianificazione condivisa delle cure.

L'articolo 1 del disegno di legge disciplina il consenso informato del paziente ai trattamenti sanitari ed agli accertamenti diagnostici, consenso dal quale si prescinde - come prevede il suddetto articolo 32 della Costituzione e come ribadisce il comma 1 del presente articolo 1 - esclusivamente nei casi espressamente individuati dalla disciplina di rango legislativo.

In base all'articolo 1 (il cui comma 1 richiama i diritti alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona), il consenso informato costituisce la base della relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico (comma 2), relazione di cui fanno parte, in base alle rispettive competenze, gli eventuali esercenti una professione sanitaria che compongano un'équipe sanitaria e, qualora il paziente lo desideri, i familiari di quest'ultimo o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

Il paziente capace di agire ha il diritto di rifiutare qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso, nonché il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche qualora la revoca comporti l'interruzione del trattamento (comma 5). Ai fini del presente provvedimento legislativo, rientrano nell'ambito dei trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, qualora questi acconsenta, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica.

Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, ovvero il rifiuto o la revoca del consenso sono documentati in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico (commi 4 e 5).

Il principio del consenso informato implica il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informato in modo completo, aggiornato e comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici ed ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi (comma 3). Il paziente può rifiutare, in tutto o in parte, di ricevere le informazioni ovvero può indicare i familiari o una persona di fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura (comma 8).

Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiuto del trattamento sanitario o di rinuncia al medesimo e, di conseguenza, è esente da responsabilità civile e penale (comma 6). Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; riguardo a tali richieste, il medico non ha obblighi professionali.

Nelle situazioni di emergenza o di urgenza, il medico ed i componenti dell'équipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente qualora le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirle (comma 7).

Ogni struttura sanitaria, pubblica o privata, garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale (comma 9).

La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative (comma 10).

E' fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari (comma 11).

Il comma 1 del successivo articolo 2 enuncia il principio della garanzia dello svolgimento, da parte del medico, di un'appropriata terapia del dolore, in conformità alla disciplina in materia, di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38, e con il coinvolgimento del medico di base, anche in caso di rifiuto del paziente al trattamento sanitario (o di revoca del consenso). In base al comma 2, nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua, in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

Il ricorso alla suddetta sedazione palliativa o il rifiuto della stessa sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico (comma 3). Tale annotazione deve essere comprensiva di una relativa motivazione, la quale è, almeno letteralmente, prevista anche per la fattispecie di rifiuto.

L'articolo 3 concerne le persone minori di età o incapaci.

In base al comma 1, essi hanno diritto alla "valorizzazione" delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona. I medesimi devono ricevere informazioni sulle scelte relative alla salute, in modo consono alle proprie capacità, al fine di essere messi nelle condizioni di esprimere le proprie volontà.

Ai sensi del comma 2, il consenso informato del minore è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà della persona minore, in relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita del medesimo, nel pieno rispetto della sua dignità. Per i casi di contrasto tra i genitori, si intende che trovi applicazione la disciplina generale (la quale prevede il ricorso al giudice per i casi di contrasto su questioni di particolare importanza per il minore) di cui all'articolo 316 del codice civile.

Riguardo agli interdetti, il comma 3 prevede che il consenso informato sia espresso o rifiutato dal tutore, sentito l'interdetto ove possibile, avendo come scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona, nel pieno rispetto della sua dignità.

Gli inabilitati, ai sensi del primo periodo del successivo comma 4, esprimono autonomamente il consenso informato.

Per i soggetti aventi un amministratore di sostegno, la cui nomina preveda l'assistenza necessaria ovvero la rappresentanza esclusiva in ambito sanitario, il consenso informato - in base al secondo periodo del comma 4 - è espresso o rifiutato anche dall'amministratore di sostegno ovvero (a seconda del suddetto contenuto dell'atto di nomina) solo da quest'ultimo, tenendo conto della volontà del beneficiario, in relazione al suo grado di capacità di intendere e di volere. Riguardo ai casi di contrasto di volontà tra il paziente e l'amministratore di sostegno, si intende che trovi applicazione l'articolo 410, secondo comma, del codice civile, secondo cui (nelle fattispecie di contrasto) l'assistito, il pubblico ministero o gli altri soggetti ivi richiamati possono ricorrere al giudice tutelare, che adotta con decreto motivato gli opportuni provvedimenti.

Per i casi di contrasto tra il medico ed i rappresentanti legali dei minori o tra il medico ed il rappresentante legale ovvero l'amministratore di sostegno per gli incapaci (qualora manchino le disposizioni anticipate di trattamento di cui all'articolo 4), la decisione, ai sensi del comma 5, sempre che il medico ritenga che le cure siano appropriate e necessarie, è rimessa al giudice tutelare, su ricorso

del rappresentante legale della persona interessata o del medico o del rappresentante legale della struttura sanitaria o dei soggetti di cui agli articoli "406 e seguenti" del codice civile (tra i quali il paziente medesimo, i familiari o il convivente, il pubblico ministero, il curatore dell'inabilitato, i responsabili dei servizi sanitari e sociali direttamente impegnati nella cura e assistenza della persona interessata).

L'articolo 4 introduce l'istituto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), concernente proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, accertamenti diagnostici e scelte terapeutiche, espresse per l'ipotesi di una futura incapacità di autodeterminarsi.

Tale atto, secondo il comma 1, può essere concluso (mediante una delle forme di cui al successivo comma 6) da ogni persona maggiorenne e capace di intendere e volere, dopo aver acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte. L'atto può indicare una persona di fiducia, denominata fiduciario, che (nel caso in cui sopravvenga l'incapacità suddetta) faccia le veci del soggetto e lo rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie.

Il fiduciario, ai sensi del comma 2, deve essere una persona maggiorenne e capace di intendere e volere. L'accettazione della nomina da parte del fiduciario avviene attraverso la sottoscrizione delle DAT o con atto successivo, il quale è allegato alle DAT. Al fiduciario è rilasciata (in tutte e due le ipotesi) una copia delle DAT. Il fiduciario può rinunciare alla nomina con atto scritto, che è comunicato al disponente.

Il comma 3 specifica che l'incarico del fiduciario può essere revocato dal disponente in qualsiasi momento, con le stesse modalità previste per la nomina e senza obbligo di motivazione.

Ai sensi del comma 4, le DAT hanno efficacia (in merito alle volontà del disponente) anche qualora non contengano l'indicazione del fiduciario o questi vi abbia rinunciato o sia deceduto o divenuto incapace. In caso di necessità, il giudice tutelare provvede alla nomina di un amministratore di sostegno.

In base al comma 5, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero qualora sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita.

Per l'ipotesi di contrasto tra il medico ed il fiduciario, il medesimo comma 5 fa rinvio allo strumento del ricorso al giudice tutelare, di cui al precedente articolo 3, comma 5.

L'articolo 4, comma 5, fa inoltre salvo il precedente articolo 1, comma 6, il quale prevede, tra l'altro, che il paziente non possa esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali e che, riguardo a tali richieste, il medico non abbia obblighi professionali.

In base al comma 6 dello stesso articolo 4, le DAT devono essere redatte per atto pubblico o per scrittura privata autenticata ovvero per scrittura privata consegnata personalmente dal disponente presso l'ufficio dello stato civile del proprio comune di residenza - ufficio che provvede all'annotazione in apposito registro, ove istituito - o presso le strutture sanitarie, qualora ricorrano i presupposti di cui al successivo comma 7, oppure, qualora le condizioni fisiche del paziente non permettano il ricorso alle suddette forme, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Le DAT sono rinnovabili, modificabili o revocabili, in ogni momento, con le medesime forme summenzionate oppure, nei casi in cui ragioni di emergenza e urgenza impediscano di procedere alla revoca con tali forme, mediante dichiarazione verbale raccolta o videoregistrata da un medico, con l'assistenza di due testimoni.

In base al medesimo comma 6, le DAT sono esenti dall'obbligo di registrazione tributaria, dall'imposta di bollo e da qualsiasi altro tributo, imposta, diritto o tassa.

Il comma 7 prevede che le regioni possano regolamentare la raccolta di copia delle DAT, compresa

l'indicazione del fiduciario, ed il loro inserimento nella banca dati, lasciando in ogni caso al firmatario la libertà di scegliere se darne copia o indicare dove esse siano reperibili.

Ai sensi del comma 8, il Ministero della salute, le regioni e le aziende sanitarie provvedono a informare, anche attraverso i rispettivi siti internet, della possibilità di redigere le DAT in base alla presente disciplina.

L'articolo 5 introduce lo strumento della pianificazione delle cure condivisa tra il medico ed il paziente, adottata con riferimento all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o contraddistinta da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta. Il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi alla suddetta pianificazione, qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità.

La pianificazione è concordata previa adeguata informazione al paziente, in particolare sul possibile evolversi della patologia in atto, su quello che il paziente possa realisticamente attendersi in termini di qualità della vita, sulle possibilità cliniche di intervento e sulle cure palliative (commi 2 e 3). La pianificazione può comprendere l'indicazione (da parte del paziente) di un fiduciario.

Le informazioni summenzionate possono essere rese - oltre che al paziente - anche ai suoi familiari o alla parte dell'unione civile o al convivente ovvero ad una persona di sua fiducia (comma 2 citato).

Il consenso del paziente alla pianificazione e l'eventuale indicazione di un fiduciario sono espressi in forma scritta ovvero, nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo permettano, attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare, e sono inseriti nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico (comma 4).

La pianificazione delle cure può essere aggiornata in base al progressivo evolversi della malattia, su richiesta del paziente o su suggerimento del medico (comma 4 citato).

Il comma 5 fa rinvio, per i profili in materia di pianificazione condivisa delle cure non espressamente disciplinati dal presente articolo 5, alle disposizioni di cui all'articolo 4.

Ai sensi dell'articolo 6, la disciplina di cui al provvedimento legislativo in esame si applica anche ai documenti, idonei ad esprimere le volontà del disponente in merito ai trattamenti sanitari, depositati presso il comune di residenza o presso un notaio prima della data di entrata in vigore della presente legge.

L'articolo 7 specifica che le amministrazioni pubbliche interessate provvedono all'attuazione delle disposizioni della presente legge nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, in ogni caso, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

L'articolo 8, infine, prevede che il Ministro della salute trasmetta alle Camere, entro il 30 aprile di ogni anno, a decorrere dall'anno successivo a quello in corso alla data di entrata in vigore della presente legge, una relazione sull'applicazione della medesima. Le regioni sono tenute a fornire le informazioni necessarie entro il mese di febbraio di ciascun anno, sulla base di questionari predisposti dal Ministero della salute.

La Presidente relatrice dà conto, quindi, dei contenuti degli altri disegni di legge oggetto di esame congiunto.

Il disegno di legge Atto Senato n. 5 disciplina il consenso informato del paziente ai trattamenti sanitari ed introduce l'istituto delle dichiarazioni di volontà anticipate in materia di trattamenti sanitari nonché in ordine all'uso del proprio corpo o di parti di esso dopo la morte (incluse le disposizioni relative all'eventuale donazione del proprio corpo, di organi o tessuti a scopo di trapianto ricerca o didattica, alle modalità di sepoltura e all'assistenza religiosa). Il disegno di legge prevede che nella dichiarazione anticipata di trattamento possa essere contenuta la nomina di un fiduciario. In via generale, per i casi di contrasto tra i soggetti - diversi dal paziente - legittimati ad esprimere il consenso al trattamento sanitario ai sensi del presente disegno di legge ed il medico curante, l'articolo 8 prevede che la decisione sia assunta dal comitato etico della struttura sanitaria, sentiti i pareri contrastanti, ovvero, in caso di impossibilità del comitato etico a pervenire ad una decisione, dal giudice competente (su istanza del pubblico ministero).

Il disegno di legge Atto Senato n. 13 disciplina il consenso informato del paziente ai trattamenti sanitari ed introduce l'istituto delle dichiarazioni di volontà anticipate in materia di trattamenti sanitari; oltre a quest'ultimo istituto, il disegno di legge prevede lo strumento della programmazione condivisa di cure, nell'ambito della quale il paziente può esprimere il consenso ed il rifiuto alle terapie. In base al disegno di legge, sia il processo di consenso informato sia la dichiarazione anticipata di volontà sia la programmazione suddetta possono comprendere l'indicazione di un fiduciario. In caso di contrasto tra il professionista sanitario responsabile ed il fiduciario circa l'interpretazione e l'attuazione delle volontà del paziente divenuto incapace, la questione è sottoposta a consulenti nominati dalla struttura, che prospettano una soluzione (articolo 6, comma 2, ed articolo 17, comma 3); qualora il dissenso permanga, si ricorre al giudice tutelare.

Il disegno di legge Atto Senato n. 87 reca norme in materia di sperimentazione clinica, con riferimento alle situazioni di emergenza relative a soggetti incapaci di prestare validamente il proprio consenso informato.

Il disegno di legge Atto Senato n. 177 consta di un unico articolo, il quale prevede che l'alimentazione e l'idratazione, in quanto forme di sostegno vitale e fisiologicamente intese ad alleviare le sofferenze, non possano in alcun caso essere sospese da chi assista soggetti non in grado di provvedere a sé stessi.

Il disegno di legge Atto Senato n. 443 disciplina il consenso informato del paziente ai trattamenti sanitari ed introduce sia l'istituto delle dichiarazioni di volontà anticipate in materia di trattamenti sanitari sia la figura del mandato in previsione dell'incapacità; con quest'ultimo contratto si attribuisce al mandatario il potere di compiere atti giuridici in nome e nell'interesse del rappresentato in caso di incapacità sopravvenuta. In base al presente disegno di legge, la dichiarazione anticipata di volontà contiene necessariamente l'indicazione di un fiduciario. Secondo l'articolo 9 del disegno di legge, in caso di contrasto tra soggetti parimenti legittimati ad esprimere il consenso al trattamento sanitario (di una persona incapace), la decisione è assunta, su istanza del pubblico ministero, dal giudice tutelare o, in caso di urgenza, da quest'ultimo sentito il medico curante; l'autorizzazione giudiziaria è necessaria in caso di inadempimento o di rifiuto ingiustificato di prestazione del consenso o del dissenso ad un trattamento sanitario da parte di soggetti legittimati ad esprimerlo nei confronti di incapaci.

Il disegno di legge Atto Senato n. 485 disciplina il consenso informato del paziente ai trattamenti sanitari e stabilisce alcuni criteri per la determinazione delle responsabilità professionali dei sanitari.

Il disegno di legge Atto Senato n. 1973, infine, disciplina il consenso informato del paziente ai trattamenti sanitari ed introduce l'istituto delle dichiarazioni di volontà anticipate in materia di trattamenti sanitari. Quest'ultimo atto è configurato dal disegno di legge come un'espressione di orientamenti da parte del paziente, orientamenti di cui il personale sanitario tiene conto solo entro i limiti ed in base ai criteri stabiliti dal medesimo disegno di legge; la dichiarazione anticipata in esame può contenere la nomina di un fiduciario.

In conclusione, propone di adottare come testo base per il seguito dell'esame congiunto il disegno di legge n. 2801, e di svolgere un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

La [PRESIDENTE](#) avverte che la programmazione delle audizioni informative sarà definita nel corso di una prossima riunione dell'Ufficio di Presidenza.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

(2679) Francesca PUGLISI ed altri. - Disposizioni per la reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione alle scuole di ogni ordine e grado

(Esame e rinvio)

La relatrice [MANASSERO](#) (PD) illustra il disegno di legge in titolo.

L'articolo 1 del disegno di legge subordina l'accesso ai servizi educativi, pubblici e privati, ed alle scuole di ogni ordine e grado, pubbliche e private, all'adempimento degli obblighi vaccinali previsti dalle norme vigenti e richiede la presentazione - all'atto dell'iscrizione alla scuola o agli esami - della relativa certificazione. Il successivo articolo 2 prevede l'istituzione di una banca dati delle vaccinazioni - da parte di ogni regione o provincia autonoma -, nonché di una relativa Anagrafe vaccinale nazionale.

Il principio proposto dall'articolo 1 è sostanzialmente identico a quello che era già stabilito dall'articolo 47 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1967, n. 1518, nella versione vigente prima della novella posta dall'art. 1 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 26 gennaio 1999, n. 355, con la sola differenza che il disegno di legge contempla (capoverso 4 dell'articolo 1, comma 1) una deroga alla condizione suddetta, per i casi (di omissione o differimento di una vaccinazione) in cui sia accertato - in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate - un pericolo per la salute del minore. La disciplina attualmente vigente prevede invece che la mancata presentazione della certificazione in oggetto o della dichiarazione sostitutiva non precluda l'accesso alla scuola o agli esami, determinando esclusivamente l'obbligo, per il dirigente scolastico, di comunicare l'omissione entro cinque giorni, "per gli opportuni e tempestivi interventi", all'azienda sanitaria locale di appartenenza dell'alunno ed al Ministero della salute. Sempre con riferimento alle disposizioni vigenti, si rileva che, di recente, alcune regioni hanno introdotto l'obbligo di certificazione in oggetto, con riferimento ad alcuni ordini di scuole.

Più in dettaglio, i capoversi 2 e 3 dell'articolo 1, comma 1, del disegno di legge prevedono - in termini sostanzialmente identici a quelli stabiliti dalla suddetta versione previgente dell'articolo 47 del regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 1518 - che i dirigenti scolastici dei servizi e delle scuole siano tenuti, all'atto dell'iscrizione alla scuola o agli esami, a richiedere la presentazione della suddetta certificazione e che una copia della medesima sia conservata nel fascicolo personale dell'alunno.

Riguardo alla suddetta deroga per i casi di accertato pericolo (di cui al capoverso 4), la relatrice osserva che potrebbe essere opportuno chiarire se una copia della relativa documentazione debba essere conservata nel fascicolo personale dell'alunno nonché formulare la deroga medesima con riferimento testuale al dirigente scolastico.

Il comma 1 del successivo articolo 2 prevede l'istituzione, da parte di ogni regione o provincia autonoma, entro sei mesi dall'entrata in vigore della presente legge, di una banca dati delle vaccinazioni della popolazione in età scolare e della popolazione in età adulta; tale raccolta sistematica dei dati relativi ai vaccinati è intesa a sviluppare le attività di sorveglianza delle malattie suscettibili di vaccinazione, a monitorare nel tempo gli eventuali effetti indesiderati delle vaccinazioni nonché a migliorarne i livelli di sicurezza e di efficacia.

Il comma 2 dello stesso articolo 2 prevede l'istituzione, entro dodici mesi dall'entrata in vigore della presente legge, presso il Ministero della salute, dell'Anagrafe vaccinale nazionale, con il compito di raccogliere i dati delle suddette banche dati regionali e di svolgere un'attività di monitoraggio sull'accesso alle vaccinazioni da parte di tutti i cittadini.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

IN SEDE CONSULTIVA

(2574) Misure per prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso, anche di natura psicologica, in danno dei minori negli asili nido e nelle scuole dell'infanzia e delle persone ospitate nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani e persone con disabilità e delega al Governo in materia di formazione del personale, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Fucci; Gabriella Giammanco ed altri; Nunzia De Girolamo ed altri; Maria Valentina Vezzali ed altri; Minardo; Nunzia De Girolamo ed altri; Daniela Sbroolini ed altri; Eugenia Roccella; Invernizzi ed altri; Rampelli ed altri; Marti ed altri; Gabriella Giammanco ed altri; Silvia Chimienti ed altri.

(Parere alla 11a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta pomeridiana del 16 novembre 2016.

Si apre la discussione generale.

La senatrice **SILVESTRO** (PD), pur dichiarando comprensibile l'intento che anima il disegno di legge in esame, ritiene che il testo affastelli in maniera impropria temi e problematiche alquanto eterogenei: un conto sono gli asili nido e le scuole dell'infanzia ed un altro le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, sia per le caratteristiche dell'utenza sia per quelle degli operatori. Sottolinea, in particolare, che i professionisti che svolgono i propri compiti all'interno delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali sono dotati di elevata qualificazione e tenuti per legge allo svolgimento di continue attività formative.

Riguardo al tema della videosorveglianza, paventa che la possibilità di ricorso a tale strumento possa ingenerare aspettative destinate ad essere non soddisfatte, specie se si considera la serie di condizioni alla quale è subordinata l'installazione dei sistemi a ciò dedicati. Saggiunge che, d'altro canto, la previsione della videosorveglianza sembra rispondere ad una logica di tipo ispettivo mentre, a suo giudizio, la prevenzione di condotte non corrette dovrebbe essere perseguita tenendo conto delle reali difficoltà del comparto socio-sanitario, che sempre più si trova a dover far fronte a una penuria di risorse che espone il personale a seri rischi di burn-out, soprattutto nel settore privato.

La senatrice **PADUA** (PD) condivide l'attenzione per i soggetti più fragili ma trova al contempo fondate le perplessità già manifestate per gli aspetti di eterogeneità del testo, che opera una commistione tra settori e problematiche alquanto diversi. Riguardo in particolare all'area socio-sanitaria e socio-assistenziale, ritiene che occorrerebbe assicurare il rispetto dei parametri normativi concernenti il rapporto tra numero di utenti e numero di operatori, piuttosto che prefigurare l'installazione di sistemi di videosorveglianza, con il rischio di ingenerare l'erroneo convincimento di una situazione di illegalità diffusa o comunque di comportamenti non corretti di tipo seriale da parte del personale, che invece opera perlopiù in maniera del tutto appropriata. Sarebbe necessario, a suo giudizio, assicurare verifiche circa il rispetto dei parametri normativi da parte delle strutture, specie nel settore privato, e riflettere in ogni caso sulla inidoneità della videosorveglianza a scongiurare le violenze di natura psicologica.

La senatrice [SIMEONI](#) (Misto), pur reputando distinti i settori riguardati dal testo in esame, esprime il convincimento che la videosorveglianza, in linea generale, possa costituire un utile deterrente nell'ottica della prevenzione degli abusi, sottolineando che l'accesso alle registrazioni, in base al testo in esame, non è libero ma disciplinato attraverso a un rinvio al codice di procedura penale.

Il senatore [ZUFFADA](#) (FI-PdL XVII) ritiene che le criticità che caratterizzano il testo in esame dipendano anche dalla discutibile prassi di adottare iniziative legislative sull'onda emotiva di fatti eclatanti riportati dagli organi di informazione. Saggiunge che le problematiche che talora si riscontrano all'interno delle strutture originano, spesso, dalla penuria di risorse, che espone gli operatori a rischi crescenti, essendo essi posti nell'impossibilità di assicurare un servizio di qualità. Con specifico riguardo al tema della videosorveglianza, nota che le disposizioni in materia, recate dall'articolo 4, sono formulate in termini non precettivi ma facoltizzanti, e prevedono una procedura di installazione alquanto complessa; inoltre, non sono previste risorse aggiuntive per garantire la concreta attuazione di questa parte del disegno di legge.

In conclusione, esprime il convincimento che le delicate problematiche affrontate dal testo in esame meriterebbero un supplemento di riflessione e un approccio più razionale e rispettoso della professionalità degli operatori.

La senatrice [TAVERNA](#) (M5S) reputa che la videosorveglianza e l'adeguamento delle risorse siano misure complementari, ritenendo comunque opportuno introdurre degli strumenti che possono costituire un deterrente per gli abusi. Sottolinea, inoltre, come la videosorveglianza possa rappresentare anche uno strumento di garanzia, non solo per gli utenti e per le famiglie di questi ultimi, ma anche per gli stessi operatori.

Conclude evidenziando la necessità di un intervento teso a recuperare il rapporto di fiducia tra i cittadini e le strutture operanti nei settori riguardati dal testo in esame, intervento che ben potrebbe consistere in un ampliamento degli strumenti di controllo sulla legalità e sulla correttezza delle condotte all'interno delle strutture stesse.

La senatrice [DIRINDIN](#) (Art.1-MDP) esprime perplessità per l'impostazione del testo in esame, che sembra indulgere a misure di carattere meramente ispettivo senza occuparsi di creare le condizioni affinché gli operatori, soprattutto nel settore socio-sanitario e socio-assistenziale, possano assicurare servizi di qualità.

Quanto al tema della formazione, a suo giudizio centrale, osserva in termini problematici che l'articolo 6 prefigura una "sperimentazione" di misure in tale campo: almeno nel settore socio-sanitario la formazione è già prevista dalla normativa vigente e appare pertanto singolare tale previsione, alla quale si collega peraltro uno stanziamento di cinque milioni di euro per il triennio 2017-2019.

Infine, trova difficilmente comprensibile la previsione di linee guida in materia di modalità di visita nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, dal momento che in tale ambito la regola dovrebbe essere quella del più ampio accesso degli ospiti alle strutture.

La [PRESIDENTE](#) (PD) condivide le considerazioni di quanti ritengono che il testo in esame persegua fini condivisibili con modalità e strumenti discutibili e affastellando temi e problematiche eterogenei, probabilmente sulla base di una reazione emotiva a criticità riportate dai mezzi di informazione.

In particolare, ritiene che la delega al Governo recata dall'articolo 2 sia formulata in termini poco realistici e rigorosi, rischiando di rappresentare un catalogo di buone intenzioni di difficile attuazione: cita, a titolo meramente esemplificativo, i principi e criteri direttivi sottesi alle lettere d), e)

e f) del comma 1.

Quanto al tema della deterrenza degli abusi, esprime il convincimento che sarebbe preferibile licenziare definitivamente la norma inserita nell'Atto Senato n. 1324 (ora Atto Camera n. 3868, all'esame dell'altro ramo) - che prevede una *circostanza aggravante per i reati contro la persona commessi in danno di persone ricoverate presso strutture sanitarie o presso strutture sociosanitarie residenziali o semiresidenziali* -, piuttosto che puntare in maniera non sufficientemente meditata sullo strumento della videosorveglianza: pur comprendendo le ragioni di quanti propugnano tale strumento, ritiene che si tratti di una soluzione semplicistica e improntata alla cultura del sospetto.

In conclusione, segnala la necessità di una profonda riscrittura del testo in esame, ove prevalga la volontà politica di dare corso allo stesso.

Il senatore [D'AMBROSIO LETTIERI](#) (Misto), riallacciandosi agli interventi dei precedenti oratori, esprime preoccupazione per il livello di degrado raggiunto dalla produzione legislativa, del quale il provvedimento in esame è, a suo giudizio, indice rivelatore: si tratta di un testo che appare suscettibile di discussione nell'ambito di un convegno e non già all'interno di un organo cui compete l'esercizio della funzione legislativa. Formula l'auspicio che lo schema di parere affronti senza edulcorazioni le criticità del testo, associandosi all'osservazione della Presidente circa l'importanza di approvare in via definitiva il disegno di legge n. 1324 (ora Atto Camera n. 3868), che tratta in maniera appropriata, tra l'altro, il tema della deterrenza degli abusi nei riguardi dei soggetti ricoverati.

Nessun altro chiedendo di intervenire, la [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale e avverte che nella giornata di domani avrà luogo la conclusione dell'esame.

La Commissione prende atto.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 15,50.

1.3.2.1.2. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 452 (pom.) del 25/05/2017

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
GIOVEDÌ 25 MAGGIO 2017
452^a Seduta

Presidenza della Presidente
DE BIASI

La seduta inizia alle ore 14,30.

IN SEDE REFERENTE

(2679) Francesca PUGLISI ed altri. - Disposizioni per la reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione alle scuole di ogni ordine e grado

(2827) MANDELLI ed altri. - Disposizioni per la reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione alle scuole di ogni ordine e grado

(Seguito dell'esame del disegno di legge n. 2679, congiunzione con l'esame del disegno di legge n. 2827 e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 2 maggio.

La **PRESIDENTE** comunica che è stato assegnato alla Commissione il disegno di legge n. 2827 (Mandelli e altri), recante "Disposizioni per la reintroduzione dell'obbligatorietà delle vaccinazioni per l'ammissione alle scuole di ogni ordine e grado".

Propone che l'esame del predetto disegno di legge n. 2827 e quello, già avviato, del disegno di legge n. 2679 (Puglisi e altri) si svolgano congiuntamente, trattandosi di provvedimenti con oggetto identico. Propone, altresì, di dare per illustrato il disegno di legge n. 2827.

Conviene la Commissione.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

(499) DE POLI. - Modifica all'articolo 10 del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193, in materia di uso di medicinali in deroga per il trattamento veterinario di animali non destinati alla produzione di alimenti

(540) Silvana AMATI ed altri. - Modifica all'articolo 10 del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193, in materia di uso di medicinali in deroga per il trattamento veterinario di animali non destinati alla produzione di alimenti

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio. Adozione di un testo unificato.)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 22 marzo.

La **PRESIDENTE** comunica che la relatrice ha presentato uno schema di testo unificato (pubblicato in allegato).

La relatrice **SILVESTRO (PD)**, nell'illustrare lo schema anzidetto, sottolinea che il testo è stato predisposto alla luce dell'istruttoria svolta (tenendo conto - in particolare - del parere della Commissione 14a), e in raccordo col Ministero della salute.

La **PRESIDENTE** propone che lo schema illustrato sia adottato come testo base per il seguito dell'esame.

Conviene la Commissione.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La **PRESIDENTE** ricorda che, come concordato in sede di Ufficio di Presidenza, entro le ore 10 di domani, venerdì 26 maggio, i rappresentanti dei Gruppi dovranno far pervenire le segnalazioni delle audizioni informative ritenute prioritarie, tra quelle già proposte, ai fini dell'istruttoria sui disegni di legge in materia di disposizioni anticipate di trattamento (DAT).

Soggiunge che l'Ufficio di Presidenza ha convenuto che, qualora risultasse confermato l'orientamento di non svolgere lavori d'Aula nella settimana antecedente la prossima tornata elettorale, in tale settimana non si programmeranno audizioni informative sulle DAT.

Fa presente che si è inoltre concordato di portare avanti l'istruttoria legislativa sulle DAT utilizzando appieno anche le giornate del lunedì, del martedì e del giovedì.

Comunica, infine, che nel corso della prossima settimana, oltre all'istruttoria legislativa sulle DAT, i lavori della Commissione saranno dedicati al seguito dell'esame congiunto, in sede referente, dei disegni di legge sui farmaci veterinari; all'esame, in sede consultiva, del disegno di legge sulla ristorazione collettiva (Atto Senato n. [2037](#)); e all'esame dell'Atto del Governo n. 416.

La Commissione prende atto.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nella riunione odierna dell'Ufficio di Presidenza e nelle riunioni del 23 e 24 maggio scorsi, è stata depositata documentazione da parte del professor Francesco D'Agostino, di rappresentanti di Cittadinanzattiva, del professor Paolo Arbarello, del professor Gianni Biolo e del professor Maurizio Muscaritoli, nell'ambito dell'istruttoria per il disegno di legge n. [2801](#) e connessi (dichiarazioni anticipate di trattamento).

Tale documentazione, ove nulla osti, sarà resa disponibile alla pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 14,45.

TESTO UNIFICATO ADOTTATO DALLA COMMISSIONE PER I DISEGNI DI LEGGE N. [499_540](#)

NT

La Commissione

Misure concernenti la commercializzazione dei medicinali veterinari

Art. 1. *(Finalità)*

1. La presente legge, al fine di migliorare la possibilità di accesso alle cure mediche per gli animali in modo da tutelarne la salute ed il benessere, prevede misure di riduzione del prezzo dei medicinali veterinari generici e di razionalizzazione del confezionamento dei medicinali veterinari.

Art. 2. *(Commercializzazione dei medicinali veterinari generici)*

1. Il titolare dell'autorizzazione all'immissione in commercio di un medicinale veterinario generico, di

- cui all'articolo 13 del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193, è tenuto ad assicurare che il relativo prezzo di vendita al pubblico sia almeno del 20 per cento inferiore a quello del corrispondente medicinale veterinario di riferimento.
2. Se il medicinale veterinario di riferimento non è stato autorizzato in Italia la riduzione di almeno il 20 per cento di cui al comma 1 si applica al prezzo con cui il medicinale veterinario di riferimento è commercializzato nello Stato membro dell'Unione europea in cui ha ottenuto l'autorizzazione.
 3. Il Ministero della salute pubblica nel proprio sito istituzionale l'elenco dei medicinali veterinari di riferimento, e dei relativi generici, che sono autorizzati all'immissione in commercio in Italia e ne cura l'aggiornamento.
 4. Il farmacista responsabile della vendita diretta e al dettaglio consulta l'elenco di cui al comma 3 anche ai fini dell'attuazione dell'articolo 78, comma 1, del decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193.
 5. Il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano vigilano, per quanto di competenza, sul rispetto della disposizione di cui al comma 1.
 6. Il Garante per la sorveglianza dei prezzi, istituito dall'articolo 2, comma 198, della legge 24 dicembre 2007, n. 244, nell'ambito della propria attività di sorveglianza sull'andamento dei prezzi verifica che sia rispettata la disposizione di cui al comma 1.
 7. Salvo che il fatto costituisca reato, chiunque commercializza un medicinale veterinario generico non rispettando la disposizione di cui al comma 1 è soggetto al pagamento di una sanzione amministrativa pecuniaria da euro 2.582 a euro 15.493.

Art. 3.

(Cessione frazionata del medicinale veterinario destinato agli animali da compagnia da parte dei farmacisti autorizzati alla vendita diretta e al dettaglio)

1. Al decreto legislativo 6 aprile 2006, n. 193, sono apportate le seguenti modificazioni:
 - a) all'articolo 58, comma 1, dopo la lettera *m*) è aggiunta la seguente:
«*m-bis*) per i medicinali veterinari destinati agli animali da compagnia, come definiti all'articolo 4, punto 11), del regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016, la dicitura 'confezione multipla: unità posologiche/frazioni distribuibili singolarmente' »;
 - b) all'articolo 61, dopo il comma 4 è aggiunto il seguente:
"4-*bis*. Nel caso di confezioni multiple di medicinali veterinari destinati agli animali da compagnia, il confezionamento contiene un numero di foglietti illustrativi pari alle unità posologiche o al numero di frazioni distribuibili singolarmente";
 - c) all'articolo 71, comma 1, lettera *b*), numero 4), sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: "e, nel caso di confezioni multiple di medicinali veterinari destinati agli animali da compagnia, numero di frazioni o unità posologiche".

