



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 947

Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

24/10/2021 - 08:18

Indice

1. DDL S. 947 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	4
1.2.1. Testo DDL 947.	5
1.3. Trattazione in Commissione	8
1.3.1. Sedute	9
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. 112 (pom.) dell'08/01/2020	13
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 118 (pom.) dell'11/02/2020	18
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 123 (pom.) dell'11/02/2020	20
1.3.2.1.4. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 135 (ant.) del 16/06/2020	21
1.3.2.1.5. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 142 (ant.) del 18/06/2020	22
1.3.2.1.6. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 143 (pom.) del 23/06/2020	26
1.3.2.1.7. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (pom.) del 30/06/2020	37
1.3.2.1.8. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 147 (pom.) del 07/07/2020	43
1.3.2.1.9. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 148 (ant.) dell'08/07/2020	92
1.3.2.1.10. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 151 (ant.) del 23/07/2020	98
1.3.2.1.11. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 154 (pom.) del 04/08/2020	105
1.3.2.1.12. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 165 (pom.) del 29/09/2020	114
1.3.2.1.13. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 221 (ant.) del 05/05/2021	120
1.3.2.1.14. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 232 (pom.) del 27/05/2021	123

1. DDL S. 947 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 947
XVIII Legislatura

Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

Iter

27 maggio 2021: assorbito

Successione delle letture parlamentari

S.947

assorbito da [S. 1441](#)

Iniziativa Parlamentare

[Cinzia Leone](#) ([M5S](#))

Cofirmatari

[Elio Lannutti](#) ([M5S](#)), [Gaspare Antonio Marinello](#) ([M5S](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **16 novembre 2018**; annunciato nella seduta n. 60 del 20 novembre 2018.

Classificazione TESEO

APPARECCHI E DISPOSITIVI MEDICI , PRONTO SOCCORSO

Articoli

MINISTERO DELLA SALUTE (Art.2), INFORMAZIONE (Art.2), FARMACIE (Art.2), REGIONI (Artt.2-4), ALBI ELENCHI E REGISTRI (Artt.3, 5), ATTESTATI E CERTIFICATI (Art.3), ADDESTRAMENTO PROFESSIONALE (Art.3), RIANIMAZIONE (Art.3), MALATTIE CARDIOVASCOLARI (Art.3), SERVIZI DI EMERGENZA (Art.4), MEZZI DI SOCCORSO (Art.4), PROGRAMMI E PIANI (Art.4), OBBLIGO DI FORNIRE DATI NOTIZIE E INFORMAZIONI (Art.5), COMMERCianti (Art.5), AGEVOLAZIONI FISCALI (Art.6), ABROGAZIONE DI NORME (Art.7)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Caterina Bini](#) ([PD](#)) (dato conto della nomina l'8 gennaio 2020) .

Sostituito da Sen. [Stefano Collina](#) ([PD](#)) (dato conto della nomina il 30 giugno 2020) .

Sostituito da Sen. [Paola Boldrini](#) ([PD](#)) (dato conto della nomina il 29 settembre 2020) .

Assegnazione

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

Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 4ª (Difesa), 5ª (Bilancio), 6ª (Finanze), Questioni regionali (aggiunto il 23 gennaio 2019; annunciato nella seduta n. 82 del 23 gennaio 2019)

Nuovamente assegnato alla [12ª Commissione permanente \(Igiene e sanita'\)](#) in sede deliberante il

18 settembre 2019. Annuncio nella seduta n. 150 del 24 settembre 2019.

Pareri delle commissioni 1^a (Aff. costituzionali), 4^a (Difesa), 5^a (Bilancio), 6^a (Finanze), Questioni regionali (aggiunto il 23 gennaio 2019; annunciato nella seduta n. 82 del 23 gennaio 2019)

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 947

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

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 947

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **LEONE**, **LANNUTTI** e **MARINELLO**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 16 NOVEMBRE 2018

Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

Onorevoli Senatori. - In Italia le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte. L'arresto cardiaco colpisce ogni anno una persona su mille: 50.000 in Italia. Oggi solo pochissimi fortunati si salvano. La « fortuna » dipende dalla disponibilità immediata di un defibrillatore semiautomatico.

Nel caso di arresto cardiaco extraospedaliero i risultati in termini di sopravvivenza sono ancora particolarmente deludenti. L'unica soluzione praticabile è rappresentata dalla diffusione della cultura dell'emergenza cardiologica, nonché dalla realizzazione dei presupposti per attuare rapidamente le manovre di rianimazione cardiopolmonare e la defibrillazione cardiaca precoce.

La legge 3 aprile 2001, n. 120, ha disciplinato l'utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero, consentendo l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare.

Prima dell'approvazione della legge 3 aprile 2001, n. 120, la manovra di defibrillazione era considerata a tutti gli effetti un atto medico e in assenza di specifiche normative valevano gli articoli di legge e i provvedimenti riguardanti il soccorso d'emergenza a persone ferite. L'Italia è stata uno dei primi Paesi ad estendere al personale non sanitario l'utilizzo di tale terapia indispensabile in caso di arresto cardiaco.

Con l'articolo 2, comma 46, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (legge finanziaria 2010), è stata autorizzata la spesa di 4 milioni di euro per l'anno 2010 e di 2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2011 e 2012 finalizzata alla diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni.

Il decreto del Ministro della salute 18 marzo 2011 ha poi definito i criteri e le modalità di diffusione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni riprendendo, in allegato, le linee guida per il rilascio dell'autorizzazione al loro utilizzo in ambito extraospedaliero contenute nell'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 27 febbraio 2003, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 71 del 26 marzo 2003.

L'accordo citato ha definito dunque i criteri secondo i quali deve essere programmata la formazione, l'aggiornamento della stessa e la necessaria verifica della permanenza delle conoscenze acquisite ai fini del rinnovo dell'attestazione.

Con il decreto del Ministro della salute del 26 giugno 2017 si è provveduto infine a definire le linee guida sulla dotazione e l'utilizzo di defibrillatori semiautomatici e di eventuali altri dispositivi salvavita da parte delle associazioni e delle società sportive dilettantistiche.

Il presente disegno di legge si propone dunque il completamento, attraverso un ulteriore apposito finanziamento, del processo di diffusione su tutto il territorio nazionale dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni.

Si prevedono inoltre delle campagne di sensibilizzazione e informazione sui programmi di formazione

e di addestramento all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori e l'istituzione, presso l'assessorato alla salute delle singole regioni, di un registro dei soccorritori e degli istruttori. Viene disposta, infine, la detraibilità delle spese sostenute per l'acquisto di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni in uso sul territorio, fino a un importo di 1.000 euro.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge promuove la diffusione di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni, di seguito denominati « DAE », secondo i criteri per l'individuazione dei luoghi, delle strutture e dei mezzi di trasporto all'interno dei quali ne è prevista la dotazione e per la definizione dei corsi di formazione e di addestramento in Supporto vitale di base - defibrillazione (*Basic Life Support Defibrillation* - BLS-D) per i soccorritori non medici, stabiliti con decreto del Ministro della salute 18 marzo 2011, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 129 del 6 giugno 2011, e in conformità alle linee guida di cui all'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 27 febbraio 2003, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 71 del 26 marzo 2003, nonché in conformità alle linee guida internazionali vigenti in materia.

Art. 2.

(Corsi di formazione e campagne di informazione e sensibilizzazione)

1. Il Ministero della salute, d'intesa con le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, promuove, nell'ambito delle proprie dotazioni di bilancio, campagne di sensibilizzazione della popolazione sulle potenzialità e sull'uso dei DAE, anche avvalendosi della rete delle farmacie.
2. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano promuovono altresì campagne di informazione sui programmi di formazione e di addestramento all'utilizzo extraospedaliero dei DAE.

Art. 3.

(Registro dei soccorritori e degli istruttori di BLS-D)

1. In ogni regione e provincia autonoma è istituito, presso l'assessorato alla salute, il registro dei soccorritori e degli istruttori di BLS-D, di seguito denominato « registro », in cui sono iscritti i soggetti, residenti nella regione o nella provincia autonoma, in possesso dell'attestazione di cui all'allegato A del decreto del Ministro della salute 18 marzo 2011 e i soggetti abilitati all'erogazione dei corsi di formazione di cui all'allegato A dell'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 30 luglio 2015. Copia degli stessi registri è trasmessa al Dipartimento della protezione civile della Presidenza del Consiglio dei ministri.
2. Il registro deve contenere il nome, il cognome, la data di nascita, la residenza e il domicilio degli iscritti, nonché la data di conseguimento dell'attestazione e dei successivi rinnovi.
3. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 non si applicano al personale delle Forze armate, delle Forze di polizia di cui all'articolo 16 della legge 1° aprile 1981, n. 121, nonché al Corpo nazionale dei vigili del fuoco.

Art. 4.

(Individuazione dei luoghi, delle strutture e dei mezzi di trasporto nei quali è prevista la detenzione di DAE)

1. In via prioritaria sono dotati di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE):
 - a) i mezzi di soccorso sanitario a disposizione del sistema di emergenza territoriale 118;
 - b) i mezzi di soccorso sanitario appartenenti alle organizzazioni di volontariato, alla Croce rossa italiana ed al Dipartimento della protezione civile;
 - c) i mezzi aerei e navali adibiti al soccorso e al trasporto degli infermi;

- d) i mezzi destinati agli interventi di emergenza della Polizia di Stato, dell'Arma dei carabinieri, dei Corpi dei vigili del fuoco, dei Corpi forestali delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano, della Guardia di finanza, della Polizia locale, del soccorso alpino e speleologico, delle capitanerie di porto;
- e) le ambulanze di soggetti pubblici e privati che effettuano servizio di assistenza e trasporto sanitario.
2. Le regioni, nell'ambito della programmazione della distribuzione dei DAE sul territorio, predispongono piani che individuano specifiche priorità di allocazione.
3. All'onere derivante dal presente articolo, valutato in 4 milioni per ciascuno degli anni 2019, 2020 e 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.
4. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 5.

(Registrazione dei DAE presso le centrali operative del sistema di emergenza 118)

1. I DAE, compresi quelli in possesso di privati cittadini per uso personale, devono essere registrati presso le centrali operative del sistema di emergenza 118. A tale fine, al momento dell'acquisto, il fornitore o venditore comunica all'azienda sanitaria locale territorialmente competente il nominativo e l'indirizzo dell'acquirente. L'azienda sanitaria locale comunica tali dati alla centrale operativa del sistema di emergenza 118.

Art. 6.

(Agevolazioni fiscali per l'acquisto di DAE)

1. All'articolo 15, comma 1, del testo unico delle imposte sui redditi, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 22 dicembre 1986, n. 917, dopo la lettera *c-ter*) è inserita la seguente:
« *c-quater*) le spese sostenute per l'acquisto di defibrillatori semiautomatici e automatici esterni per uso sul territorio, fino a un importo di 1.000 euro; ».
2. All'onere derivante dall'attuazione del comma 1, valutato in 7,7 milioni di euro per l'anno 2019 e in 4,4 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2019-2021, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione « Fondi da ripartire » dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2019, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al medesimo Ministero.
3. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio.

Art. 7.

(Abrogazione)

1. All'articolo 1 della legge 3 aprile 2001, n. 120, il comma *2-bis* è abrogato.

Art. 8.

(Disposizione finanziaria)

1. All'attuazione delle disposizioni della presente legge, fatta eccezione per quelle degli articoli 4 e 6, si provvede nei limiti delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

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. 947
XVIII Legislatura

Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede deliberante

[N. 112 \(pom.\)](#)

8 gennaio 2020

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

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

11 febbraio 2020

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede deliberante

[N. 123 \(pom.\)](#)

11 febbraio 2020

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 135 \(ant.\)](#)

16 giugno 2020

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

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

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

18 giugno 2020

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede deliberante

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

23 giugno 2020

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

30 giugno 2020

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

7 luglio 2020

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

8 luglio 2020

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

[N. 151 \(ant.\)](#)

23 luglio 2020

[N. 154 \(pom.\)](#)

4 agosto 2020

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede deliberante

[N. 165 \(pom.\)](#)

29 settembre 2020

[N. 221 \(ant.\)](#)

5 maggio 2021

[N. 232 \(pom.\)](#)

27 maggio 2021

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. 112 (pom.) dell'08/01/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 8 GENNAIO 2020
112^a Seduta

Presidenza della Vice Presidente
[CANTU'](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,10.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

Il rappresentante del GOVERNO risponde all'interrogazione n. 3-00302 della senatrice Paola Boldrini, sulle nuove disposizioni che regolano l'esenzione per l'acquisto degli alimenti senza glutine. Ricorda anzitutto che il Ministero della salute ha mantenuto l'erogabilità degli alimenti senza glutine destinati ai soggetti celiaci, nonostante il fatto che l'evoluzione normativa a livello europeo ne abbia soppresso lo "status" di prodotti dietetici, equiparandoli agli alimenti ordinari.

Fa quindi presente che, a causa del mutato quadro normativo, si è reso necessario rivalutare le categorie di alimenti senza glutine erogabili ed aggiornare i tetti di spesa, fermi al 2001, nell'intento di continuare a mantenere invariato il sostegno ai celiaci e di consentire a tali soggetti di seguire una dieta priva di glutine.

Per lo svolgimento di tali attività, è stato designato un gruppo di lavoro *ad hoc*, costituito da rappresentanti dei pazienti (Associazione Italiana Celiachia-AIC), del mondo scientifico, del settore industriale, delle Regioni e del Ministero della salute.

Sulla base delle indicazioni e proposte di tale gruppo è stato emanato il decreto ministeriale 10 agosto 2018, "Limiti massimi di spesa per l'erogazione dei prodotti senza glutine, di cui all'articolo 4, commi 1 e 2, della legge 4 luglio 2005, n. 123, recante: «Norme per la protezione dei soggetti malati di celiachia», il quale ha acquisito in data 10 maggio 2018 il parere favorevole della Conferenza Stato Regioni.

Il decreto ministeriale in questione ha riguardato i limiti di spesa definiti dal decreto ministeriale del 4 maggio 2006 che sono stati aggiornati alla luce dei prezzi attualmente praticati sul mercato. I criteri utilizzati sono stati quelli presenti nei decreti ministeriali dell'8 giugno 2001 e del 4 maggio 2006, sulla base quindi dei prezzi degli alimenti di base senza glutine (pane, pasta e farina) rivalutati del 30 per cento.

Avendo l'Associazione dei pazienti (AIC) rappresentato l'impossibilità per tutti i celiaci di accedere all'acquisto gratuito dei prodotti in canali alternativi a quello farmaceutico, per evitare delle

penalizzazioni a livello regionale sono stati presi come riferimento, ma solo in via transitoria, esclusivamente i prezzi praticati nelle farmacie.

Per quanto concerne l'incidenza del fabbisogno energetico a livello individuale sul calcolo dei tetti di spesa, evidenzia che sono state tenute in conto le indicazioni al riguardo dei LARN 2014, distinte per sesso e fasce di età, adottando quelle relative al secondo livello di attività fisica al fine di promuovere e sostenere uno stile di vita sufficientemente attivo.

Ne consegue che le modifiche introdotte dal decreto ministeriale del 10 agosto 2018 non solo non comportano alcuna limitazione assistenziale rispetto alla situazione precedente, come peraltro riconosciuto dalla stessa Associazione Italiana Celiachia, ma offrono, in alcune realtà territoriali, ai pazienti celiaci la possibilità di acquistare i prodotti anche presso la Grande Distribuzione Organizzata (GDO).

Saggiunge che, al termine della descritta evoluzione normativa, con il decreto ministeriale 10 agosto 2018, si è intervenuti anche nella revisione degli alimenti senza glutine inseriti nel registro nazionale. L'esigenza di tale revisione, pertanto, era conosciuta e condivisa nei termini in cui è stata effettuata sia dall' Associazione Italiana Celiachia (AIC), che dagli operatori del settore.

L'obiettivo perseguito è stato quello di mantenere l'erogabilità dei soli ex prodotti dietetici, cioè i sostituti degli alimenti tradizionali caratterizzati dalla presenza di cereali glutinati, quali in particolare pane, pasta e pizza che hanno sempre rappresentato il riferimento esclusivo dei prodotti erogabili ai celiaci.

Rende noto che, per chiarire i tempi di applicazione dello stesso decreto ministeriale, a seguito delle richieste di interpretazione pervenute da alcune Regioni, il Ministero della salute ha fornito specifiche indicazioni con una nota in data 26 settembre 2018.

Sottolinea che, ad oggi, alcune Regioni consentono l'acquisto dei prodotti nella GDO e nei negozi specializzati, mentre altre hanno "dematerializzato" il sistema, e rimarca, in proposito, che la difformità organizzativa a livello regionale, oltre a creare disparità di trattamento, rappresenta un ostacolo alla libera concorrenza, che invece permette una riduzione fisiologica dei prezzi: allo scopo di pervenire ad una situazione uniforme a livello nazionale riguardo alle modalità di erogazione, nonché per assicurare la possibilità di acquistare i prodotti anche al di fuori delle farmacie e della Regione di residenza, è stato istituito un ulteriore Gruppo di lavoro, con la partecipazione di rappresentanti delle Regioni e Province Autonome, per concordare soluzioni condivise ed omogenee. Il Gruppo di lavoro intende conseguire i seguenti obiettivi: garantire lo stesso trattamento a tutti i cittadini celiaci; monitorare l'intero processo di assegnazione, distribuzione e spesa del "*budget*"; costituire sistemi regionali dematerializzati, più aggiornati e più aperti nei confronti delle esigenze del cittadino celiaco; mettere in comunicazione i diversi sistemi regionali tra di loro; assicurare un servizio più efficiente al cittadino, ottenendo anche risparmi di spesa.

Ricorda altresì che il Ministero della salute ha provveduto ad inviare alle Regioni e Province Autonome un questionario per poter mappare la situazione esistente nelle diverse realtà territoriali. In conclusione, fa presente che il Gruppo di lavoro ha ultimato l'attività relativa all'aggiornamento del Registro e assicura che sarà sua premura tenere aggiornata la Commissione in merito agli ulteriori sviluppi.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) si dichiara soddisfatta della risposta.

Il rappresentante del GOVERNO risponde quindi all'interrogazione n. 3-01021 della senatrice Rizzotti, sull'inserimento dei *test* prenatali non invasivi all'interno dei LEA.

Premette che, attraverso il ricorso alla diagnosi prenatale, è possibile monitorare lo stato di salute e del benessere del feto durante il corso della gravidanza, attraverso una serie di indagini, strumentali e di laboratorio, mediante le quali si intende identificare le patologie che interessano il feto, su base genetica, infettiva, iatrogena o ambientale.

Allo stato attuale, è possibile individuare soltanto alcune patologie del feto, tuttavia la diagnosi prenatale sta facendo registrare grandi passi in avanti e consente di guardare al futuro con maggiori

prospettive.

Le varie tecniche di diagnosi prenatale oggi messe a punto permettono di individuare alcune patologie malformative multifattoriali, le anomalie cromosomiche e le malattie geniche di cui si conosca lo specifico difetto, nonché la presenza del genoma di agenti infettivi.

Nell'ambito delle tecniche di diagnosi prenatale, gli "*screening*" prenatali non invasivi (*Non Invasive Prenatal Testing* - NIPT) si basano sull'analisi del DNA libero di origine fetale (cell free fetal DNA, cffDNA), presente nel circolo ematico materno, a partire dal primo trimestre di gravidanza.

Il NIPT non è un test diagnostico, bensì appunto uno "*screening*" che permette, analizzando il cffDNA mediante l'applicazione di opportuni algoritmi, di definire la probabilità che il feto sia affetto da una delle principali trisomie autosomiche (trisomia 21 [T21], trisomia 18 [T18], trisomia 13 [T13]) o da un'aneuploidia dei cromosomi sessuali.

Come evidenziato nel documento predisposto nel 2015 dal Gruppo di lavoro della Sezione I del Consiglio Superiore di Sanità: "*Screening prenatale non invasivo basato sul DNA (Non Invasive Prenatal Testing - NIPT)*", l'introduzione del NIPT nella pratica clinica ha aperto un dibattito basato su argomentazioni, rispettivamente, a favore e contrarie al suo impiego come metodo di "*screening*" delle gravidanze.

Ciò posto, osserva che queste tecniche pongono taluni problemi a mano a mano che aumenta il numero delle patologie genetiche individuabili.

La disponibilità di una grande mole di informazioni attraverso un semplice prelievo di sangue cambia la visione generale della indagine prenatale, amplificando talvolta problematiche già presenti; ad esempio l'opportunità di offrire il NIPT a tutte le donne in gravidanza, o piuttosto solo a quelle a maggior rischio di specifiche malattie genetiche nei propri figli.

Fa presente che, al momento attuale, in Italia il NIPT viene "proposto" presso alcuni poliambulatori e laboratori privati, per lo più collegati con aziende commerciali, che si fanno carico di eseguire materialmente il test, i cui risultati sono stati validati da documenti prodotti da alcune Società Scientifiche.

Soggiunge che taluni laboratori nazionali stanno iniziando ad effettuare il test in maniera autonoma ed altri si stanno all'uopo attrezzando e che il test è a carico dell'utente, con costi variabili tra i 350 e i 900 euro.

Ricorda che lo studio del Consiglio Superiore di Sanità ha stimato che l'utenza di questo Servizio possa interessare potenzialmente, al momento attuale, nel nostro Paese circa 50.000 madri ogni anno, e ha posto in evidenza che la valutazione del rapporto costo-beneficio del NIPT non è agevole.

Infatti, qualsiasi modello di implementazione del *test* dovrebbe tenere conto di una serie di variabili, tra cui l'effettiva accettazione del test da parte delle gestanti, il tasso di falsi positivi nel caso in cui il test sia esteso a più aneuploidie, l'accettazione della diagnosi invasiva in presenza di un test positivo, il tasso di interruzione della gravidanza dopo la conferma della patologia fetale.

La valutazione dell'impatto economico derivante dall'introduzione del NIPT nel Sistema Sanitario in Olanda ha evidenziato che il NIPT è il più efficace metodo di "*screening*" primario, ma al momento è anche quello più costoso: l'uso del NIPT come test di "*screening*" principale risulta quindi vincolato ad un significativo abbattimento dei costi della tecnica.

Rammenta, altresì, che altre metodologie, e in primo luogo lo "*screening combinato*", danno informazioni aggiuntive più ampie, rispetto al solo assetto cromosomico (ad esempio malformazioni cardiache), per cui non sarebbe corretto considerare il NIPT come test sostitutivo.

Fa rilevare che, più in generale, come viene ribadito dalle Società Scientifiche in accordo con le raccomandazioni a livello internazionale, ogni test genetico deve essere inserito all'interno di un percorso complesso ed esaustivo, che ricomprende la consulenza genetica. Di fatto, il test genetico non è di per sé migliore di un altro, ma certamente può essere più appropriato di un altro, e ad esso si deve far riferimento nell'interesse prioritario della paziente.

Ritiene che, nella prospettiva di offrire in Italia lo "*screening*" delle principali aneuploidie autosomiche mediante il NIPT, si dovrà anche programmare la centralizzazione dei laboratori di "*screening*" in un numero limitato di strutture, con un'utenza sovraregionale. In questo modo sarebbe

possibile contenere i costi dell'analisi, che diventerebbero competitivi rispetto a quelli attualmente coperti dai programmi di diagnosi prenatale invasiva. La centralizzazione riguarderebbe l'esecuzione del test, mentre la sua gestione, in termini di accettazione (consulenza pre-test, consenso informato) e comunicazione dell'esito (consulenza post-test), deve essere organizzata tenendo conto delle diverse realtà territoriali.

Sottolinea la necessità che tale rete sia collegata ai centri/servizi di medicina fetale ed ai laboratori di genetica per la gestione dei casi con test positivo.

Da ultimo, riguardo alla proposta di inserimento della prestazione tra le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN (allegato 4 al Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017), assicura che la stessa sarà sottoposta alla istituenda Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, che si dovrà pronunciare avvalendosi delle Regioni e con il coinvolgimento delle competenze tecnico-scientifiche (ISS, CSS, Società scientifiche, FNOMCEO, SIMMG, ecc.).

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) si dichiara parzialmente soddisfatta della risposta.

La presidente [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) dichiara concluse le procedure informative all'ordine del giorno e, accedendo a una richiesta della senatrice Boldrini, dispone una breve sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle ore 15,30, riprende alle ore 15,50.

IN SEDE DELIBERANTE

(320) MARSILIO. - *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*

(947) Cinzia LEONE ed altri. - *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale*

(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - *Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni*

(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - *Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri*

- **e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti**

(Discussione congiunta e rinvio)

La relatrice [BINI](#) (*PD*) illustra partitamente i disegni di legge in titolo.

Al termine dell'esposizione, propone di adottare il disegno di legge n. [1441](#) come testo base, nonché di svolgere un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) chiede che sia presa in considerazione la possibilità di designare un correlatore tra i componenti della Commissione appartenenti ai Gruppi di opposizione, considerato che i disegni di legge in discussione godono di un consenso politico trasversale.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) auspica che il termine per la presentazione delle proposte di

audizione sia stabilito in maniera tale da consentire la previa consultazione della documentazione già acquisita durante l'*iter* in prima lettura, nonché una riflessione in relazione alle osservazioni formulate sul testo dal Servizio studi.

La presidente [CANTU'](#) assicura che la proposta della senatrice Fregolent sarà valutata dalla Presidenza della Commissione, che renderà note le proprie determinazioni nel corso della prossima riunione dell'Ufficio di Presidenza. Tenuto conto dell'auspicio formulato dalla senatrice Boldrini, propone di fissare il termine per la presentazione delle proposte di audizione alle ore 12 del prossimo lunedì 20 gennaio.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 16,20.

1.3.2.1.2. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 118 (pom.) dell'11/02/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 11 FEBBRAIO 2020
118^a Seduta

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 16,10.

IN SEDE REDIGENTE

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

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

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

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 15 gennaio.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che è in corso la discussione generale. Quindi, constatato che non vi sono altri iscritti a parlare, dichiara conclusa tale fase procedurale.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*), intervenendo sull'ordine dei lavori, richiama l'attenzione sull'opportunità, già fatta rilevare in precedenza, di rimeditare la scelta del disegno di legge n. 716 quale testo base. Segnala che durante le celebrazioni per la Giornata mondiale dell'epilessia, svolte ieri, diverse associazioni di pazienti e società scientifiche hanno auspicato un'integrazione del testo che consenta di definire un provvedimento maggiormente organico. Paventa che, in difetto della prospettata integrazione, l'*iter* possa finire su una sorta di binario morto e dubita che eventuali interventi in sede emendativa possano essere sufficienti e risolutivi. Ricorda che presso l'altro ramo del Parlamento è prassi abituale quella di procedere all'elaborazione di testi unificati dei disegni di legge oggetto di esame congiunto.

Il [PRESIDENTE](#) evidenzia che il dibattito odierno - e la convocazione della Commissione che ha reso quest'ultimo possibile - rappresenta un segnale di attenzione politica alle problematiche dell'epilessia. Quanto ai rilievi della senatrice Binetti, fa presente che la relatrice potrà rendere nota la sua posizione nel corso dell'intervento di replica.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) auspica che lo scenario procedurale prefigurato dal

Presidente prelude ad un accoglimento delle considerazioni della senatrice Binetti, che il Gruppo Lega condivide e che già erano state sottoposte alla Commissione.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) trova che sia stato opportuno convocare quest'oggi la Commissione per trattare i problemi dell'epilessia ed esprime l'opinione che l'*iter* dei disegni di legge in discussione debba procedere nella maniera più spedita, per evitare che le istanze degli ammalati e delle loro famiglie restino alfine prive di risposta.

La relatrice [PIRRO](#) (M5S), ringraziato il Presidente per la calendarizzazione dei disegni di legge sull'epilessia nella giornata odierna, assicura che vi è la volontà di addivenire ad una soluzione in tempi rapidi e nella maniera più condivisa possibile. Si riserva di svolgere il proprio intervento di replica, nel corso del quale renderà noto il suo orientamento sulla questione posta dalla senatrice Binetti.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il [PRESIDENTE](#) comunica che è stato assegnato alla Commissione l'Atto del Governo n. 157, recante attuazione della direttiva 2013/59/EURATOM, che stabilisce norme fondamentali di sicurezza relative alla protezione contro i pericoli derivanti dall'esposizione alle radiazioni ionizzanti (termine per l'espressione del parere: 11 marzo 2020).

Avverte che è stato inoltre assegnato, alle Commissioni 11a e 12a riunite, l'Atto del Governo n. 153, recante attuazione della direttiva (UE) 2017/2398 sulla protezione dei lavoratori contro i rischi derivanti da un'esposizione ad agenti cancerogeni e mutageni durante il lavoro (termine per l'espressione del parere: 11 marzo 2020).

Fa presente che l'esame dell'Atto del Governo n. 157 avrà inizio nel corso della prossima settimana. Si riserva altresì di convocare le Commissioni riunite per avviare l'esame dell'Atto del Governo n. 153, previo raccordo con la Presidenza della Commissione 11a.

Prendo atto la Commissione.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

Il [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni svolte in data odierna, in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sul disegno di legge n. [1441](#) e connessi (utilizzo dei defibrillatori), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente depositata nelle successive audizioni connesse all'esame di tale argomento.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 16,25.

1.3.2.1.3. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 123 (pom.) dell'11/02/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 123
MARTEDÌ 11 FEBBRAIO 2020

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Orario: dalle ore 15,05 alle ore 16,10

*AUDIZIONI INFORMALI NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1441 E
CONNESSI (UTILIZZO DEI DEFIBRILLATORI)*

[VIDEO](#)

1.3.2.1.4. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 135 (ant.) del 16/06/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 135
MARTEDÌ 16 GIUGNO 2020

Presidenza del Presidente

[COLLINA](#)

indi del Vice Presidente

[ENDRIZZI](#)

Orario: dalle ore 12,30 alle ore 14

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO
DI LEGGE N. 1441 E CONNESSI (UTILIZZO DEI DEFIBRILLATORI)*

[VIDEO](#)

1.3.2.1.5. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 142 (ant.) del 18/06/2020

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

IGIENE E SANITA' (12ª)
GIOVEDÌ 18 GIUGNO 2020
142ª Seduta

Presidenza del Presidente
COLLINA

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40.

IN SEDE CONSULTIVA

(1812) Conversione in legge del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19

(Parere alla 1a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole con osservazioni)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 16 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale.

Il relatore **ENDRIZZI** (M5S) dà lettura dello schema di parere - favorevole, con osservazioni - pubblicato in allegato.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia allo svolgimento della replica.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

La senatrice **CANTU'** (L-SP-PSd'Az), nel ribadire le riserve del proprio Gruppo, tanto sul merito del provvedimento quanto sul metodo seguito dal Governo, dichiara voto di astensione in ragione del recepimento, all'interno del parere, dei contributi forniti dagli esponenti dell'opposizione.

La senatrice **RIZZOTTI** (FIBP-UDC) ritiene che le osservazioni inserite nella proposta di parere, pur recependo alcuni spunti scaturiti dalla discussione, siano formulate in maniera non sufficientemente incisiva. Saggiunge che il Governo persevera nell'errore di non tenere nella dovuta considerazione l'apporto del Parlamento: a riprova di ciò, segnala che durante i lavori dell'Assemblea, nella giornata di ieri, il Presidente del Consiglio ha mostrato un atteggiamento irrispettoso, a suo giudizio, durante l'intervento del Presidente del Gruppo Forza Italia. Tanto premesso, dichiara voto di astensione.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD), dopo aver evidenziato che lo schema di parere recepisce in maniera ineccepibile le indicazioni scaturite dal dibattito, annuncia che il suo Gruppo esprimerà un voto favorevole.

Dichiara a sua volta voto favorevole la senatrice [PIRRO](#) (M5S), sia in ragione dei contenuti del provvedimento, ritenuti del tutto condivisibili, sia in considerazione dell'apprezzabile lavoro svolto dal relatore.

Non essendovi altre richieste d'intervento, previa verifica del numero legale, lo schema di parere presentato dal relatore è posto ai voti e risulta approvato.

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

La seduta, sospesa alle ore 8,50, riprende alle ore 9,20.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il [PRESIDENTE](#) riferisce gli esiti della riunione dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai Rappresentanti dei Gruppi, appena conclusa.

Si è convenuto di iscrivere all'ordine del giorno della Commissione, nell'arco delle prossime settimane, i seguenti argomenti: disegno di legge n. 913 (Faraone e altri), concernente "Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale"; disegno di legge n. 1519 (Castellone e altri), concernente "Modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recante attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di formazione specialistica dei medici"; disegno di legge n. 1660 (Cantu' e altri), recante "Disposizioni volte ad incentivare il raggiungimento di *standard* qualitativi elevati dei prodotti agroalimentari italiani introducendo un sistema di *rating* per la certificazione di eccellenza e riforma del sistema di prevenzione, programmazione e controllo nella sanità pubblica veterinaria"; disegno di legge n. 1715 (Castellone e altri), recante "Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118"; disegno di legge n. 1827 (Boldrini e altri), recante "Istituzione dello psicologo delle cure primarie" (quando assegnato); Doc. XXII n. 19 (Zaffini e altri), recante "Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)".

In relazione agli atti summenzionati, la Presidenza si riserva di valutare le tempistiche di iscrizione all'ordine del giorno, nella cornice disegnata dall'Ufficio di Presidenza, avuto riguardo ai complessivi carichi di lavoro della Commissione, nonché di disporre i necessari abbinamenti a norma di Regolamento. La Presidenza ha inoltre registrato la richiesta, avanzata dai Rappresentanti dei Gruppi di opposizione, che il disegno di legge n. 1660 sia il testo capofila anche in presenza di eventuali provvedimenti concorrenti.

Si è altresì convenuto, quanto ai disegni di legge già *in itinere*, che saranno trattati prioritariamente, oltre al disegno di legge n. 867-B, i provvedimenti concernenti uso dei defibrillatori (per i quali si ritiene conclusa la fase delle audizioni), epilessia, infermiere di famiglia, disturbi alimentari e trasparenza in sanità (cd. *Sunshine act*), mentre sul disegno di legge in materia di *teaching hospital*, in corso d'esame presso le Commissioni riunite 7a e 12a, si svolgerà una valutazione per verificare le implicazioni, di merito e procedurali, derivanti dall'avvio della trattazione del predetto disegno di legge n. 1519.

Riguardo al tema dell'epilessia, si è concordato di fissare sin da ora termine per emendamenti e ordini del giorno - da riferire al testo base già adottato (disegno di legge n. 716, Errani e altri) - alle ore 12 di

lunedì 29 giugno.

Si è convenuto, infine, che si tornerà a dedicare uno spazio tendenzialmente settimanale al sindacato ispettivo e che, sempre in tema di procedure informative, saranno portate avanti le indagini conoscitive sulle RSA e sul numero unico 112, ferma restando l'attenzione sull'evoluzione della situazione epidemiologica. Si valuterà, inoltre, se l'indagine conoscitiva sul numero unico 112 possa rappresentare la sede adeguata per istruire anche il disegno di legge n. 1715.

Il Presidente avverte, in conclusione, che nel corso della prossima settimana si darà la priorità agli argomenti già in trattazione nella corrente settimana e non conclusi (disegni di legge n. 867-B e n. 1441 e connessi, in sede redigente, e atti inerenti alla partecipazione dell'Italia alla UE, in sede consultiva).

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 9,25.

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1812

La Commissione,

premessi che:

il decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, ha l'obiettivo di favorire il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19, recando misure per la fase che va dal 18 maggio 2020 al 31 luglio 2020; l'articolo 1 del decreto-legge in esame prevede, in particolare, che le limitazioni alla circolazione cessano di avere effetto a decorrere dal 18 maggio 2020, per quanto concerne gli spostamenti all'interno del territorio regionale, e a decorrere dal 3 giugno per quanto concerne gli spostamenti interregionali, fatta salva la possibilità di adottare nuove limitazioni in relazione a specifiche aree del territorio nazionale;

nello specifico, l'articolo 1, comma 13, del decreto-legge in esame prevede che le attività didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado, nonché la frequenza delle attività scolastiche e di formazione superiore, siano svolte con modalità definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; il comma 14 dello stesso articolo prevede che le attività economiche, produttive e sociali, debbano svolgersi nel rispetto dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio, nel rispetto dei principi contenuti in protocolli o linee guida nazionali;

rilevato che la riapertura delle attività didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado e la ripresa delle attività economiche, produttive e sociali devono necessariamente avvenire nel rispetto dei protocolli di sicurezza, in modo da contenere la diffusione del COVID-19 e garantire la tutela della salute di tutti i soggetti coinvolti;

richiamato l'impegno del Governo, approvato dal Senato in data 9 giugno 2020, ad *"aggiornare in base all'evoluzione delle nuove conoscenze e delle condizioni, le linee guida ed i protocolli per assicurare agli operatori regole certe, semplici ed efficaci a contrastare la diffusione del virus anche per quanto attiene alla sanificazione degli ambienti"*;

esprime, per quanto di competenza, parere favorevole, con le seguenti osservazioni:

- 1) è necessario che la riapertura delle scuole di ogni ordine e grado pubbliche e paritarie e la

ripresa delle attività di didattica frontale, quali requisiti fondamentali per rendere effettivo il diritto allo studio degli studenti ed offrire pari opportunità di istruzione a tutti, contemplino l'adozione di modalità di prevenzione idonee a garantire le condizioni di massima sicurezza per tutti i fruitori degli istituti, quali studenti, docenti e personale scolastico, e siano coniugate con azioni e interventi di appropriata tutela e relazione inclusiva dei minori disabili e con fragilità cognitive, comportamentali e disturbi nell'apprendimento;

2) è necessario che, nel riavvio delle attività economiche, produttive e sociali, siano applicati criteri, metodologie e prodotti adeguati alla disinfezione e alla sanificazione degli ambienti presso i quali si svolgono le medesime attività, che siano riconosciuti esclusivamente da soggetti e strutture preposti a certificarne e garantirne l'efficacia.

1.3.2.1.6. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 143 (pom.) del 23/06/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 23 GIUGNO 2020
143^a Seduta

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 14,35

IN SEDE CONSULTIVA

[\(1721\)](#) Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019

[\(Doc. LXXXVI, n. 3\)](#) Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2020

[\(Doc. LXXXVII, n. 3\)](#) Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea, relativa all'anno 2019

(Relazione alla 14a Commissione sul disegno di legge n. 1721. Parere alla 14a Commissione sul Doc. LXXXVI n. 3 e sul Doc. LXXXVII, n. 3. Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta dell'11 giugno.

Il [PRESIDENTE](#), riepilogato lo stato dell'*iter*, dichiara aperta la discussione generale congiunta.

Quindi, constatato che non vi sono richieste d'intervento, dichiara conclusa tale fase procedurale.

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

IN SEDE REDIGENTE

[\(867-B\)](#) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 16 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che il disegno di legge, nelle parti modificate dalla Camera, è già stato oggetto di illustrazione.

Fa quindi presente che, alla scadenza del termine fissato, sono stati presentati 4 ordini del giorno e 2 emendamenti (pubblicati in allegato).

Avverte, inoltre, che sono pervenuti i pareri sul testo di 1a Commissione (non ostativo con osservazioni), 7a Commissione (favorevole con osservazioni) e 11a Commissione (favorevole).

Prende atto la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale. Quindi, preso atto che non vi sono richieste di intervento, dichiara conclusa tale fase procedurale.

Si procede all'illustrazione e discussione degli ordini del giorno.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) illustra gli ordini del giorno G/867-B/1/12 e G/867-B/2/12

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) dà conto degli ordini del giorno G/867-B/3/12 e G/867-B/4/12.

Dopo che, in assenza di altre richieste d'intervento, il [PRESIDENTE](#) ha dichiarato conclusa la fase di illustrazione e discussione degli ordini del giorno, si passa all'illustrazione e discussione degli emendamenti.

La senatrice [LUNESU](#) (*L-SP-PSd'Az*) illustra l'emendamento 2.1.

Dà conto, quindi, dell'emendamento 7.1.

Non essendovi altre richieste di intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Si riserva di rendere note le proprie determinazioni in materia di inammissibilità.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri*

(320) *MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*

(947) *Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale*

(1410) *Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni*

(1501) *Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri*

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

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

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che il disegno di legge n. 1441, già approvato dalla Camera, è stato adottato come testo base, e che si è concluso il ciclo di audizioni informali a suo tempo deliberato. Avverte, quindi, che è pervenuto il parere sul testo della 14a Commissione, mentre devono ancora essere acquisiti i restanti pareri obbligatori.

Prende atto la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) evidenzia che, secondo le chiare risultanze delle audizioni svolte, l'uso dei defibrillatori, anche da parte di soggetti inesperti, può rivelarsi al più inutile ma non può in nessun caso essere dannoso. Ritiene che tale aspetto debba essere portato all'attenzione del grande pubblico con adeguate campagne di sensibilizzazione, così da favorire l'utilizzo di tale strumento salva-vita, vincendo le perplessità e le ritrosie derivanti dalla mancanza di conoscenze.

Il senatore [MARINELLO](#) (*M5S*) condivide le considerazioni svolte dalla precedente oratrice, anche alla luce della propria esperienza nell'esercizio della professione medica. Ritiene che i potenziali utilizzatori dei defibrillatori dovrebbero essere informati anche su aspetti rilevanti come il corretto posizionamento del soggetto bisognoso di defibrillazione e la necessità di non toccare quest'ultimo mentre la procedura è in corso.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) osserva che l'approvazione del provvedimento in esame rappresenterebbe un atto di civiltà, per il quale ricorda che il suo Gruppo si è speso anche in legislature precedenti a quella in corso.

Si associa all'auspicio espresso dalla senatrice Binetti sullo svolgimento di campagne informative rivolte al più ampio numero di destinatari e segnala l'opportunità che i defibrillatori siano installati in tutti i luoghi abitualmente affollati, inclusi gli stabilimenti balneari.

Ritiene che, nell'ambito delle attività volte alla sensibilizzazione del grande pubblico, sia necessario mettere in chiaro che l'utilizzo del defibrillatore, anche da parte di soggetto non esperto, è privo di conseguenze pregiudizievoli sul piano della responsabilità penale.

Si augura conclusivamente che il testo in esame sia quanto prima trasformato in legge.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) fa proprie le considerazioni svolte dai precedenti oratori circa l'assenza di rischi nell'utilizzo dei defibrillatori.

Esprime il convincimento che, per evitare titubanze sul ricorso a tale strumento, sia necessario dare certezze in ordine all'assenza di conseguenze in punto di responsabilità giuridica, nonché favorire la diffusione dei defibrillatori di tipo automatico.

Sottolinea, infine, che in caso di bisogno il soggetto "laico" che attiva il defibrillatore può essere guidato da remoto dagli esperti del "118".

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) rimarca che le audizioni svolte hanno fornito ampie rassicurazioni circa l'assenza di rischi nell'utilizzo del defibrillatore, tanto per il soggetto defibrillato quanto per la persona che mette in funzione il dispositivo. In proposito, ribadisce che, se del caso, può essere richiesto l'ausilio da remoto del personale del servizio di emergenza sanitaria.

Ritiene, pertanto, che i defibrillatori dovrebbero avere una diffusione analoga a quella degli estintori e stima necessario, anche sulla base della propria esperienza lavorativa in ambito universitario, che il legislatore disegni a tal fine un'adeguata cornice normativa.

Si associa ai rilievi sull'importanza delle campagne informative, che a suo avviso dovrebbero essere

svolte non solo sotto l'egida del Ministero della salute, ma anche sotto quella del Ministero del lavoro. Conclude ribadendo il pieno sostegno del suo Gruppo al provvedimento in discussione.

Non essendovi altre richieste d'intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale. Propone di rinviare lo svolgimento delle repliche ad altra seduta e di fissare il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti alle ore 12 del prossimo mercoledì 1° luglio.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

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

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 16 luglio.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che è stata completata la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti, e che sono stati acquisiti i prescritti pareri sul testo e sugli emendamenti a suo tempo presentati.

Comunica, quindi, che il senatore Erraniha ritirato l'emendamento 3.1.

Avverte che, in qualità di relatore, ha predisposto alcuni nuovi emendamenti, volti a recepire i pareri sul testo di 1a e 5a Commissione e alcune osservazioni tecniche del Servizio Studi: si tratta degli emendamenti 3.100, 4.100, 5.100, 6.200 e 7.0.100 (pubblicati in allegato). Data la finalità degli stessi, ritiene che non vi siano i presupposti per aprire una fase subemendativa.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il [PRESIDENTE](#), sulla scorta di richieste avanzate da alcuni Gruppi per le vie brevi, comunica che il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti al disegno di legge n. [716](#) (testo base per i disegni di legge in materia di epilessia) è posticipato alle ore 12 del prossimo mercoledì 1° luglio.

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 15,25

ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE
N. [867-B](#)

G/867-B/1/12

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

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

obiettivo prioritario è quello di coniugare la prosecuzione delle attività sanitarie, socio sanitarie e socio assistenziali con la garanzia di condizioni di sicurezza degli ambienti di lavoro, partendo dalla consapevolezza della complessa situazione che i servizi sanitari e i loro operatori si trovano ad affrontare e della necessità di contemperare tutte le esigenze legate alle attività socio-sanitarie e socio-assistenziali, tenendo presenti le raccomandazioni dell'OMS, riportate recentemente come elementi cardine per la prevenzione, e le indicazioni del Ministero della salute e del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) istituito con l'ordinanza del CDPC n. 630/2020";

in passato, l'attuazione sistematica di misure di sanità pubblica come l'individuazione attiva dei casi, il rapido isolamento dei casi e la quarantena dei contatti, nonché l'applicazione rigorosa delle pratiche di controllo delle infezioni hanno avuto successo nel controllo dei focolai; durante le epidemie di SARS e MERS, l'infezione del personale sanitario è stata una preoccupazione significativa, che in gran parte è stata ripresa anche durante l'attuale epidemia da Covid-19. Rigorose procedure di prevenzione e controllo delle infezioni (IPC) sono fondamentali per la sicurezza sul lavoro e per il controllo di tali agenti patogeni;

l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda che gli operatori sanitari applichino adeguate misure di prevenzione e controllo delle infezioni in generale e delle infezioni respiratorie, in particolare; pertanto, al fine di ridurre il rischio di diffusione di infezioni da nuovo coronavirus (SARS-CoV-2), si raccomanda di promuovere misure igienico-sanitarie, quali buona igiene respiratoria e etichetta respiratoria; frequente lavaggio accurato delle mani; evitando di toccarsi gli occhi, la bocca e il naso smaltimento sanitario delle secrezioni orali e nasali, evitando il contatto con i malati, come ripetutamente ribadito durante le frequenti conferenze stampa del CTS;

tutti i criteri di tutela del personale sanitario vanno garantiti, anche al termine dell'attuale fase di emergenza, con un rigoroso rispetto delle norme e delle procedure legate alla prevenzione;

impegna il governo a valutare l'opportunità di:

assicurare in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale nei servizi sanitari misure organizzative atte a garantire la massima tutela sia degli operatori che dei pazienti, anche secondo quanto indicato dalla circolare del Ministero della Salute del 29 febbraio 2020 per il monitoraggio e la segnalazione delle situazioni più critiche presenti sul territorio nazionale, nonché il confronto in merito ai provvedimenti di prossima adozione;

garantire in via prioritaria a tutto il personale che opera nei servizi indicati gli standard di protezione in maniera rigorosa, secondo le evidenze scientifiche e secondo il più prudente principio di cautela. La valutazione del rischio di esposizione al SARS-CoV-2 va effettuata nel rispetto di quanto previsto dal decreto legislativo n. 81 del 2008, e in base alle disposizioni successive del Ministero della salute;

garantire la fornitura dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) nella quantità adeguata e con rispondenza degli stessi ai requisiti tecnici necessari a tutelare la salute sia dei professionisti ed operatori che dei cittadini; l'utilizzo dei DPI, nel rispetto dell'indicazione degli organismi tecnico

scientifici, è obbligatorio per poter svolgere le attività;

assicurare che tutto il personale esposto che opera nei servizi indicati venga sottoposto ai test di laboratorio necessari ad evidenziare l'eventuale positività al SARS-CoV-2, con una cadenza periodica e secondo criteri stabiliti dal CTS e dalle circolari ministeriali;

definire una procedura omogenea per l'intero territorio nazionale che stabilisca, sotto il profilo operativo e della definizione delle responsabilità, i percorsi di sorveglianza a cui devono essere sottoposti i lavoratori, ed in particolare quelli venuti a contatto con pazienti positivi al COVID-19; con particolare attenzione vanno definiti anche, con il concorso del CTS, percorsi accertativi e misure di salvaguardia per il personale idoneo al lavoro ma affetto da patologie pregresse che lo esponano maggiormente al rischio di contrarre infezione da COVID-19;

programmare le necessarie operazioni di sanificazione nei luoghi di lavoro, senza compromettere la necessaria ed indispensabile funzionalità delle strutture; in questa stessa logica occorre verificare, in relazione all'evoluzione della situazione epidemiologica e della maggiore disponibilità di personale sanitario, quanto previsto dall'articolo 7 del decreto-legge n. 14 del 9 marzo 2020 nella prospettiva del ripristino delle ordinarie condizioni per la sorveglianza sanitaria;

considerare le particolari condizioni di urgenza- emergenza in cui ha lavorato il personale sanitario, in modo da tutelarlo da qualsiasi azione penale a suo danno, salvo che non si tratti di dolo o colpa grave.

G/867-B/2/12

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

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento prevede misure volte alla prevenzione e al contrasto agli atti di violenza a danno del personale sanitario e socio-sanitario, in un periodo storico in cui con maggiore frequenza che in altri periodi viene messa a rischio la loro incolumità fisica nell'esercizio della professione socio-sanitaria e socio-assistenziale;

tutti gli operatori della sanità sono potenzialmente a rischio di tutti i tipi di Violenza, nella maggior parte delle casistiche il personale sanitario più interessato è l'infermieristico, probabilmente a causa della maggior vicinanza e contatto con i pazienti. Ma anche tra i medici i casi stanno aumentando;

come riportato dal Ministero della Salute, nella traduzione italiana della definizione del NIOSH (National Institute of Occupational Safety and Health), la Violenza sul luogo di lavoro è definita come "Ogni aggressione fisica, comportamento minaccioso o abuso verbale che si verifica nel posto di lavoro" ed è addirittura considerata da oltre 20 anni dall'OMS un importante problema di salute pubblica nel mondo (WHO, 2002);

ciò nonostante in nessun paese al mondo esistono dati nazionali che permettano una precisa descrizione dell'ampio *range* di eventi che vanno dall'insulto all'omicidio e forniscano dati coerenti con la realtà. I risultati appaiono disparati perché sono differenti l'interpretazione del concetto di Violenza e la definizione di Atti Violenti, la concentrazione geografica di Violenza, gli strumenti di misura della Violenza. Inoltre le casistiche presenti in Letteratura sono per lo più retrospettive e basate su questionari differenti: a reclutamento volontario, circoscritti nel tempo, su campioni diversi per numero e tipologia di operatori e con metodologia disparata di raccolta dati;

sebbene non ci siano statistiche omogenee e confrontabili, c'è una cosa importante da tener presente in tutti i contesti: la sottovalutazione del problema da parte degli operatori e la presenza di barriere al Reporting appare molto diffusa. Nonostante le diversità fra paesi, culture e lavoro, la risposta all'aggressione è simile dovunque: circa l'84 per cento dei lavoratori non denuncia l'aggressione. Solo le violenze fisiche con lesioni conseguenti costituiscono situazioni critiche per denunciare l'evento;

si documentano espressioni di ogni tipo: Violenza Non Fisica (psicologica e verbale): insulti,

minacce, intimidazioni, *stalking* ma anche Violenza Fisica: sputi, pedate, schiaffi, morsi, bastonate, fino ad arrivare ai casi più gravi di omicidio con accoltellamenti ed armi da fuoco, per rancore, per vendetta o per rapina. La maggior parte degli studi riporta che la Violenza Non Fisica è la forma più frequente di Aggressione. L'aggressione proviene non solo dai pazienti ma anche dai parenti od accompagnatori/visitatori. I risultati delle indagini svolte negli ospedali illustrano che la Violenza Fisica occorre più frequentemente nei DEA e nei luoghi di attesa, nelle Strutture Psichiatriche ospedaliere e territoriali, nei Servizi di Neurologia e Riabilitazione postchirurgica, nei Servizi di Geriatria. Per lo più proviene dal paziente, più spesso di genere maschile, più frequentemente in stato mentale alterato per malattie psichiatriche e /o abuso di droghe;

la Violenza Non Fisica (psicologica e verbale) occorre più frequentemente nei Servizi di Geriatria, nei DEA, in Chirurgia e proviene più spesso dal Parente/Visitatore/Accompagnatore, senza differenze di genere, in normale stato mentale. La Violenza Non Fisica interessa tutti gli operatori;

una indagine sugli atti di violenza compiuti contro Medici di Continuità Assistenziale relativa a 2458 medici di guardia intervistati, apparsa su Quotidiano Sanità del 9 aprile 2015 ("Ancora aggressioni alla Guardia medica - Fenomeno in crescita" a cura di Ricerca Settore Continuità Assistenziale - Esecutivo Nazionale Fimmg) fornisce interessanti risultati: il 90 per cento dei medici dichiara di aver subito atti di violenza, il 64 per cento minacce verbali, l'11 per cento atti vandalici, il 22 per cento percosse e ben il 13 per cento minacce a mano armata con armi improprie. Nel complesso 9 medici su 10 durante tutta la loro attività hanno subito almeno una volta un'aggressione e 8 su 10 ne hanno subita più di una;

paradossalmente solo il 13 per cento decide di denunciare. Il 30 per cento decide di non segnalare sperando che non riaccada mai più. Il 29 per cento, infine, è talmente provato da chiedere il trasferimento in un'altra sede. Il 35 per cento domanda a familiari o amici di accompagnarlo sul posto di lavoro. Nel 90 per cento dei casi la violenza si è svolta in ambulatorio ed è stata conseguente a richieste improprie dell'utenza. A maggior rischio sono le donne medico che svolgono il servizio di Continuità Assistenziale;

tenuto conto dei fatti riportati, impegna il governo a valutare l'opportunità:

che ogni luogo in cui si svolge attività di cura sia socio-sanitaria che socio-assistenziale venga presidiato, sia pure in modi diversi a seconda delle prerogative del ruolo e degli indicatori di rischio;

che l'attività di vigilanza possa essere effettuata attraverso la presenza fisica di persone strutturate, tipo posti di polizia, oppure da remoto, attraverso telecamere collegate h 24 ad una sala di regia, senza lasciare mai solo il personale impegnato in un qualsiasi presidio sanitario;

di evitare che i punti di assistenza siano collocati in contesti poco frequentati o peggio ancora isolati, anche in ospedali grandi è possibile a volte vedere questi punti in fondo a lunghi corridoi o in spazi privi anche del naturale attraversamento di altro personale, di pazienti e familiari;

di lanciare una grande campagna di comunicazione anche sulla scia della attuale simpatia e gratitudine che il personale sanitario si è conquistato nella pubblica opinione, perché aumenti il rispetto nei loro confronti e vengano considerati un'autentica risorsa del SSN;

di evitare che si creino aree di frizione tra i pazienti sottoposti a lunghe attese, a disservizi, episodi grandi e piccoli di malasanità, ecc, attraverso una qualità crescente dei servizi con uno specifico monitoraggio.

G/867-B/3/12

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

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento in esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

si evidenzia che tra i compiti dell'Osservatorio di cui all'articolo 2 vi è il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla disciplina in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;

si segnala che la Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari del Ministero della salute (Racc. n. 8 del novembre 2007) intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative;

pertanto l'individuazione delle più adeguate condizioni di sicurezza dei presidi sanitari e ospedalieri, in quanto luoghi di lavoro, dovrebbe considerarsi la *conditio* inderogabile al fine di salvaguardare la più sicura operatività del personale senza trascurare la sicurezza dei pazienti e degli utenti delle strutture sanitarie ed ospedaliere;

sebbene in queste ultime settimane sia stata attuata una sorta di rivalutazione dell'immagine dei medici ed infermieri, che sono diventati eroi nazionali e guerrieri in prima linea, non si è fermata l'ostilità che talvolta si manifesta nei loro confronti: infatti la penuria di personale, soprattutto nella piena fase emergenziale, unita alla carenza di dispositivi di protezione e di *screening* ha alimentato episodi di violenza che non possono passare inosservati, segnale di uno scenario su cui appare inderogabile intervenire;

il 28 aprile, l'OMS in occasione della Giornata mondiale per la sicurezza e la salute sul lavoro, ha invitato tutti i Governi, le organizzazioni dei datori di lavoro e i sindacati, nonché la comunità globale ad adottare misure urgenti per rafforzare le capacità delle Nazioni di proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari: come sottolineato dall'OMS dall'8 per cento al 38 per cento degli operatori sanitari nel corso della propria carriera subisce violenze fisiche;

partendo da tali premesse, appare opportuno sottolineare come l'accesso alle strutture ospedaliere ed in particolare ai singoli reparti appare in taluni casi particolarmente facile, tale da legittimare il transito di profili dediti ad illeciti e potenzialmente in grado di recare danni a persone e a cose, compromettendo la vocazione di luogo di cura e di supporto delle medesime strutture;

non risulta essere stato definito un protocollo unico a livello nazionale attraverso cui garantire l'adozione di sistemi di controllo degli accessi ai presidi sanitari e ospedalieri mediante strumenti identificativi al fine di esorcizzare l'ingresso di soggetti non addetti;

si ritiene opportuno sottolineare come l'esperienza drammatica della gestione epidemiologica da COVID-19 di questi mesi abbia provveduto ad amplificare l'istanza di sicurezza unita a quella di controllo e monitoraggio degli accessi nelle strutture sanitarie;

il grado di esposizione degli operatori sanitari non solo al rischio biologico ma anche al contatto e al confronto con i degenti e con i loro parenti, e con i profili che dovrebbero essere collocati fuori dall'alveo dell'intervento diretto sanitario e la conseguente urgenza di prevedere meccanismi di controllo degli accessi, rappresentano - anche alla luce della recente esperienza sul versante sanitario - delle premesse da cui partire per rivedere l'attuale sistema di sicurezza sui luoghi di lavoro sanitario;

sarebbe stato opportuno, alla luce delle evidenze emerse con l'esperienza emergenziale in atto, rivedere alcuni punti di questo provvedimento per renderlo realmente rispondente alle istanze di una categoria, che mai come in questo periodo appare vessata,

impegna il Governo

a prevedere misure più incisive ed efficaci di quelle individuate nel provvedimento in esame, volte a consentire un più ampio e diffuso utilizzo di strumenti di videosorveglianza nelle strutture sanitarie e negli ambiti individuati dalla presente legge, così come in ulteriori ambiti quali le strutture per l'infanzia e le strutture per anziani e persone con disabilità;

a favorire, nell'ambito delle proprie prerogative, la conclusione dell'iter parlamentare delle proposte di legge volte a prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso anche mediante l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza.

G/867-B/4/12

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

La 12a Commissione,

premessi che:

il provvedimento prevede misure volte alla prevenzione e il contrasto agli atti di violenza a danno del personale sanitario e socio-sanitario. Lavoratori che, con frequenza purtroppo sempre crescente, mettono a rischio la propria incolumità fisica nell'esercizio della loro professione;

è dunque necessario adottare tutti gli opportuni provvedimenti normativi al fine di garantire la sicurezza del lavoro svolto dagli operatori sanitari e socio-sanitari nel territorio nazionale;

un ruolo importante nelle attività di prevenzione e gestione del rischio di aggressione nei confronti degli operatori sanitari dovrebbe essere svolto dalle stesse strutture sanitarie pubbliche e private nell'ambito delle previste attività di monitoraggio sulle attività messe in atto di prevenzione e gestione del rischio sanitario (*risk management*);

per tutta la durata dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 i medici e gli operatori sanitari hanno dovuto prendere importanti decisioni per tutelare la salute dei pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie. Risulta dunque doveroso difendere gli operatori dalle conseguenze di eventuali errori commessi operando in situazioni eccezionali ed imprevedibili di emergenza,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di intervenire al fine evitare che gli esercenti le professioni sanitarie rispondano civilmente o per danno erariale per ogni evento dannoso causato durante il periodo di emergenza Covid-19, quando il profilo di colpa sia determinato da indisponibilità di mezzi o il soggetto abbia agito in situazione di urgenza allo scopo di salvaguardare la vita o l'integrità del paziente.

Art. 2

2.1

[Marin](#), [Lunesu](#)

Al comma 1, alinea, sopprimere le parole: «delle organizzazioni sindacali di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale,» nonché le parole: «e di un rappresentante dell'Istituto nazionale per l'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro».

Art. 7

7.1

[Marin](#), [Lunesu](#)

Dopo il comma 1 inserire i seguenti:

«1-bis. Presso ogni pronto soccorso dei presidi ospedalieri di primo e di secondo livello è istituito un presidio fisso di polizia, ai fini della tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, composto da almeno un agente di polizia giudiziaria.

1-ter. Le direttive del Ministro dell'interno di cui all'articolo 17, comma 1, della legge 26 marzo 2001, n. 139, nonché i piani coordinati di controllo del territorio, predisposti dai prefetti in attuazione delle direttive stesse, prevedono che nei presidi ospedalieri di base ove non sia possibile, per ragioni organizzative o economiche, sia istituito il presidio fisso di polizia di cui al comma 1 del presente articolo, che gli agenti di polizia, al fine di garantire un'adeguata tutela dell'ordine e della sicurezza pubblici, sorvegliano i suddetti presidi ospedalieri anche attraverso contatti diretti e frequenti con il personale sanitario.

1-quater. Entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'interno, sono stabilite le modalità attraverso le quali i presidi ambulatoriali di guardia medica sono ricollocati in ambienti idonei a garantire un'adeguata protezione dell'incolumità e della sicurezza del personale.».

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1201](#)

Art. 3

3.100

Il Relatore

Al comma 3 sono apportate le seguenti modificazioni:

- a. *dopo le parole "La pubblicità delle erogazioni" sono inserite le seguenti: ", delle convenzioni";*
- b. *dopo le parole "dei dati relativi all'erogazione" sono inserite le seguenti: ", alla convenzione".*

Conseguentemente:

al comma 4, sono apportate le seguenti modificazioni:

- all'alinea, dopo le parole "per ciascuna erogazione" è inserita la seguente: ", convenzione";*
- alla lettera a), dopo le parole "dell'accordo" sono inserite le seguenti: "o della convenzione";*
- alla lettera a), n. 1) e 2), dopo le parole: "qualora il beneficiario" inserire le seguenti: "o la controparte";*
- alla lettera b), dopo le parole: "del beneficiario" aggiungere le seguenti: "o della controparte";*
- alla lettera c), dopo le parole "dell'accordo" sono inserite le seguenti: "o della convenzione";*
- alla lettera d), dopo le parole "o dell'accordo" sono inserite le seguenti: "o della convenzione";*
- alla lettera e), dopo le parole "dell'accordo" sono inserite le seguenti: "o della convenzione";*
- alla lettera f), dopo le parole "dell'erogazione" sono inserite le seguenti: ", della convenzione";*
- alla lettera g), dopo le parole "i termini dell'accordo" sono inserite le seguenti: "ovvero della convenzione";*
- al comma 5, dopo le parole "gli accordi" sono inserite le seguenti: "e le convenzioni";*
- alla rubrica, dopo le parole "delle erogazioni" sono inserite le seguenti: ", delle convenzioni".*

Art. 4

4.100

Il Relatore

Al comma 6, dopo le parole: "al soggetto che opera nel settore della salute" aggiungere le seguenti: "o all'organizzazione sanitaria" e sostituire le parole: "dallo stesso" con le seguenti: "dagli stessi".

Art. 5

5.100

Il Relatore

Al comma 6, sostituire le parole: "Con l'accettazione dell'erogazione ovvero dei vantaggi derivanti da accordi, di cui rispettivamente ai commi 1 e 2 dell'articolo 3," con le seguenti: "Con la stipulazione delle convenzioni o degli accordi, di cui rispettivamente ai commi 1 e 2 dell'articolo 3, ovvero con l'accettazione delle erogazioni, di cui al medesimo comma 1 dell'articolo 3,".

Art. 6

6.200

Il Relatore

Il comma 12 è sostituito dal seguente: "I proventi derivanti dalla riscossione delle sanzioni di cui al presente articolo affluiscono all'entrata del bilancio dello Stato per essere riassegnati, in misura pari al 50 per cento, ad apposito capitolo dello stato di previsione della spesa del Ministero della salute ed essere destinati, nell'anno di riferimento, al miglioramento dell'efficienza e dell'efficacia delle attività di vigilanza svolte ai sensi del comma 8."

Art. 7

7.0.100

Il Relatore

Dopo l'articolo è inserito il seguente:

"Art. 7-*bis* (Disposizioni finanziarie) - Ad esclusione delle attività di cui all'articolo 5, le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione della presente legge nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica."

1.3.2.1.7. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (pom.) del 30/06/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 30 GIUGNO 2020
145^a Seduta

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,05.

IN SEDE CONSULTIVA

[\(1721\)](#) Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019

[\(Doc. LXXXVI, n. 3\)](#) Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2020

[\(Doc. LXXXVII, n. 3\)](#) Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea, relativa all'anno 2019

(Relazione alla 14a Commissione sul disegno di legge n. 1721. Parere alla 14a Commissione sul Doc. LXXXVI n. 3 e sul Doc. LXXXVII, n. 3. Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 23 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che è stata dichiarata conclusa la discussione generale congiunta.

Nella sua qualità di relatore, dà quindi lettura di uno schema di relazione - favorevole, con osservazioni - sul disegno di legge n. 1721, pubblicato in allegato.

Riguardo alla Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'UE per l'anno 2020 e alla Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'UE anno 2019, propone di esprimere pareri favorevoli.

In riferimento allo schema di relazione sul disegno di legge n. 1721, la senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) premette, al fine di qualificare al meglio la *ratio* e la finalità dei propri contributi, che di recente è stata identificata una molecola - tra oltre 4.000 in uso per l'osteoporosi, il raloxifene - che può sensibilmente ridurre gli effetti di replicabilità del Covid. Questo, a suo avviso, dovrebbe consentire di affrontare un'eventuale seconda ondata con maggiore consapevolezza, con migliori strumenti sia di intercettazione che di cura, a partire dai casi lievi e moderati, e quindi avere effetti meno catastrofici di quelli già osservati agendo precocemente sulla malattia associata all'infezione. Fa presente che tale risultato è frutto di una collaborazione pubblico-privato, ciò che a suo giudizio è

controprova che, quando non sono prevalenti effetti distorsivi, la *governance* duale può "performare" meglio di una *governance* solo pubblica o solo privata, anche nel campo della ricerca e dell'innovazione. In tale direzione, ritiene che si possa dare un importante contributo nel pronunciamento consultivo sul disegno di legge in esame, valorizzando le capacità e le risorse disponibili, allargando la sfera di intervento anche sulla medicina veterinaria, dunque in materia di Sicurezza e Igiene delle produzioni, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e più in generale dell'intera filiera agroalimentare intesa come "estensione della Sanità". Reputa che non vi possa essere Sanità senza un'Alimentazione sana e sicura e che per rendere ciò possibile si dovrebbe orientare normativamente la programmazione di tutte le risorse già disponibili a sistema.

Stima pertanto necessario, già in sede di legge di delegazione europea, cominciare a dare prova di una visione proattivamente funzionale ad un vero cambiamento, onde dimostrare che l'Italia non è quel Paese "cicala" che alcuni Stati europei cosiddetti frugali vogliono far credere, potenziando la prevenzione e agendo per la rifocalizzazione del Servizio sanitario nazionale accrescendone la resilienza al rischio di epidemie. Si potrebbe immaginare, a suo avviso, di ammodernare l'intera filiera andando legislativamente a sostenere e debitamente suggerire al mondo agroindustriale delle innovazioni in approccio *one health* che, per esempio, mediante controlli da remoto permettano di utilizzare molti meno antibiotici, di sprecare meno acqua, in sintesi di proiettare il Paese nel Futuro dotandolo di infrastrutture che ne cambino radicalmente il modo di concepire la tradizione con l'innovazione, promuovendo le vere eccellenze del *Made in Italy* e sani stili di vita che preservano la salute dei consumatori.

Ai predetti fini è stato presentato l'emendamento n. 14.8, di cui richiama i contenuti, che auspica sia trasformato in questa sede in una condivisa qualificante osservazione all'interno della relazione alla 14a Commissione.

Soggiunge che un altro tema molto importante, meritevole di essere preso in considerazione in chiave emendativa e di essere previamente dedotto in osservazione, è quello relativo alla messa in campo di politiche di prevenzione e profilassi vaccinale sempre più sicure ed efficaci, coniugando responsabilità e universalità di tutela e di protezione individuale e collettiva.

Ritiene cioè che si debba "approfittare" del Covid-19 perché anche i più ferventi no vax abbiano nei confronti dei vaccini un atteggiamento meno intransigente, andando a chiedere alle case produttrici di essere disponibili a dare quelle assicurazioni che non hanno mai dato sulla sicurezza dei loro prodotti. Ricorda che è recentissima l'adesione della Bayer al pagamento di una sanzione di 10 miliardi di euro per il glifosato: potrebbe essere un apripista per far sì che le industrie farmaceutiche siano tutte chiamate a responsabilità diretta e indiretta degli effetti dei loro prodotti sull'utente paziente.

Esprime il convincimento che questo potrebbe di molto aiutare ad un approccio sostanzialmente meno ostativo all'adesione vaccinale.

Fa presente che a tali fini è stato presentato l'emendamento 15.16, per la garanzia risarcitoria da parte del Servizio sanitario nazionale del danno conseguente a somministrazione vaccinale anche non obbligatoria purché raccomandata, che vuole essere di stimolo all'Esecutivo in punto di identificazione della filiera delle responsabilità e come tale è "isorisorse", chiamando a farsi carico di eventuali danni da vaccinazione anche imprevedibili e inattesi le ditte produttrici purché oltre ogni ragionevole dubbio sia provato il nesso eziologico causa effetto, superandosi così la logica dell'assunzione diretta da parte dello Stato degli oneri che conseguono a reazioni avverse e danni da vaccini. Reputa che, anche in questo caso, si verrebbero così a promuovere le migliori condizioni affinché la sfida della copertura vaccinale nel contrasto e prevenzione delle malattie trasmissibili si inserisca in un quadro di certezze normative.

Con riguardo allo schema di relazione sul disegno di legge n. 1721, la senatrice [RIZZOTTI](#) (FIBP-UDC) auspica l'inserimento, nel testo della relazione, di condizioni concernenti il regolamento (UE) 2017/745, relativo alle malattie animali trasmissibili e che modifica e abroga taluni atti in materia di

sanità animale.

In particolare, ad avviso dell'oratrice, occorre: individuare, in attuazione del capo 2 del Regolamento (UE) 2016/429, nell'applicativo REV lo strumento per consentire alle autorità competenti, nell'ambito delle attività di sorveglianza delle malattie animali e dei residui dei medicinali veterinari nei prodotti e sottoprodotti di origine animale, di acquisire dati e informazioni risultanti dalla somministrazione di ogni tipo di medicinale veterinario all'animale, compresi i medicinali veterinari ad azione stupefacente e psicotropa soggetti al D.P.R. 309/90, appartenenti alla Tabella dei medicinali, sez. B, C, D ed E; sopprimere la lettera *h*) del comma 2 dell'articolo 15; eliminare i gruppi di prodotti di cui ai punti 2, 3, 4 e 5 dall'elenco dei prodotti senza scopi medici, di cui all'allegato XVI del regolamento (UE) 2017/745, ripristinando quindi la configurazione attuale e garantendo una maggiore sicurezza per i pazienti e gli operatori, a condizione che i dispositivi immessi sul mercato soddisfino i requisiti del regolamento senza ulteriori elementi che distorcano la logica normativa; promuovere una classificazione specifica negli allegati, per i dispositivi medici di cui ai predetti punti 2, 3, 4 e 5, che differiscono dai prodotti che devono essere utilizzati esclusivamente da un medico in quanto si riferiscono al regolamento di base (gli allegati dovrebbero pertanto contenere solo i prodotti il cui uso è effettuato da un medico); coinvolgere i rappresentanti e i tecnici della classe medica di riferimento in gruppi di lavoro volti a redigere, approvare e rivedere gli allegati coinvolgendo i rappresentanti delle società scientifiche che rappresentano i medici di questo settore sul territorio europeo.

Il [PRESIDENTE](#), relatore, si riserva di valutare le proposte di integrazione allo schema di relazione.

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

IN SEDE REDIGENTE

(867-B) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 23 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che nella summenzionata seduta, dopo aver dato atto degli ordini del giorno e degli emendamenti presentati, si è riservato di pronunciarsi sull'ammissibilità degli stessi.

Nello sciogliere la riserva, dichiara: inammissibili gli ordini del giorno G/867-B/1/12 e G/867-B/4/12, in quanto non correlati, neppure sotto il profilo sostanziale, a parti del testo modificate o introdotte dalla Camera; ammissibili gli ordini del giorno restanti e gli emendamenti.

Quindi, mancando ancora i prescritti pareri della Commissione bilancio, rinvia il seguito della trattazione ad altra seduta.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

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

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

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

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'11 febbraio.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale e che il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti, da riferire al testo base (disegno di legge n. 716), è stato fissato alle ore 12 di domani, mercoledì 1° luglio.

La relatrice **PIRRO** (M5S), intervenendo in replica, esprime il convincimento che sia opportuno confermare il testo base già adottato, fermo restando che si potrà intervenire in sede emendativa per migliorare il provvedimento alla luce delle audizioni e della discussione svolte. Rimarca conclusivamente l'urgenza di legiferare in materia di epilessia.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia allo svolgimento della replica.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione del disegno di legge n. 1346. Congiunzione con la discussione del disegno di legge n. 1751 e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 1° agosto 2019.

Il relatore **Giuseppe PISANI** (M5S) illustra il disegno di legge n. 1751. In considerazione dell'affinità delle materie trattate, propone di discutere congiuntamente i disegni di legge n. 1346 e 1751, rinviando a un momento successivo le determinazioni in ordine all'adozione del testo base.

Conviene la Commissione.

Il Relatore esprime il convincimento che la fase istruttoria possa ritenersi esaurita con le audizioni in programma quest'oggi.

Il **PRESIDENTE** avverte che ha ritenuto di ammettere un'ulteriore audizione, suggerita dalla senatrice Boldrini nella sua qualità di prima firmataria del disegno di legge n. 1751.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero

(947) Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni

(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 23 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale e che il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti è fissato alle ore 12 di domani, mercoledì 1° luglio.

Quindi, in qualità di relatore, fa rilevare, in sede di replica, che il provvedimento in discussione è stato approvato dalla Camera in maniera unanime e che ci sono le condizioni perché sia celermente trasformato in legge. Saggiunge che, essendo previsti dal testo provvedimenti attuativi, nell'ambito di questi ultimi potranno essere introdotte ulteriori migliorie, ove necessario.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia alla replica.

Sull'ordine dei lavori intervengono, quindi, le senatrici **RIZZOTTI** (FIBP-UDC), **BINETTI** (FIBP-UDC) e **BOLDRINI** (PD).

Il **PRESIDENTE** assicura che si adopererà perché vi siano quanto prima le condizioni procedurali per concludere l'*iter*.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 15,50.

SCHEMA DI RELAZIONE PROPOSTO DAL RELATORE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1721

La Commissione,

esaminato, per quanto di competenza, il disegno di legge in titolo;
premessi che:

con riferimento alle materie di interesse della Commissione, appaiono di rilievo gli articoli 14 e 15; l'articolo 14 reca una disciplina di delega per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016, concernente le malattie animali trasmissibili nonché modifiche ed abrogazioni di taluni atti in materia di sanità animale;

l'articolo 15 reca una disciplina di delega per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni di due regolamenti europei, relativi, rispettivamente, ai dispositivi medici in generale ed ai dispositivi medici diagnostici *in vitro* - regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, e regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017;

appare opportuno integrare i principi e criteri direttivi concernenti l'adeguamento al predetto regolamento sui dispositivi medici, allo scopo di stabilire che, nel rispetto della normativa europea in questione:

a) per assicurare la conformità al principio di proporzionalità della risposta sanzionatoria, le sanzioni amministrative sono ridotte di un terzo quando la violazione è commessa da imprese

aventi i parametri di microimpresa;

b) nell'individuazione delle modalità di tracciabilità, si devono tenere presenti le peculiarità dei dispositivi medici su misura, esentando se possibile questi ultimi dal regime valevole per la generalità dei dispositivi medici;

formula, per quanto di competenza, una relazione favorevole, con le seguenti osservazioni:

si valuti l'opportunità, al comma 2 dell'articolo 15, di apportare le seguenti modifiche:

1) alla lettera *d*), si introduca il principio secondo cui il sistema sanzionatorio prevede la riduzione di un terzo della sanzione amministrativa quando la violazione è commessa da imprese aventi i parametri di microimpresa di cui alla raccomandazione 2003/361/CE del 6 maggio 2003;

2) alla lettera *e*), si introduca il principio secondo cui le modalità di tracciabilità non si applicano ai dispositivi medici su misura, ovvero, in subordine, si applicano a questi ultimi con accorgimenti che tengono conto delle loro peculiarità.

1.3.2.1.8. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 147 (pom.) del 07/07/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 7 LUGLIO 2020
147^a Seduta

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 14,40.

IN SEDE CONSULTIVA

(988) Disposizioni per la tutela, lo sviluppo e la competitività della produzione agricola, agroalimentare e dell'acquacoltura con metodo biologico, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Maria Chiara Gadda ed altri; Susanna Cenni e Antonella Incerti; Parentela ed altri; Golinelli ed altri.
(Parere alla 9a Commissione. Esame e rinvio)

La relatrice [PIRRO](#) (M5S) illustra il disegno di legge in titolo.

Il provvedimento, già approvato dalla Camera, reca disposizioni per la tutela, lo sviluppo e la competitività della produzione agricola, agroalimentare e dell'acquacoltura con metodo biologico.

Il testo si compone di 20 articoli, divisi in 8 Capi.

L'articolo 1 individua l'oggetto e le finalità del provvedimento, che - fatto salvo il vigente sistema dei controlli - mira a disciplinare i vari aspetti del settore della produzione agricola, agroalimentare e dell'acquacoltura con metodo biologico.

La norma definisce la produzione biologica come "attività di interesse nazionale con funzione sociale e ambientale", in quanto settore economico basato su una serie di valori prioritari, tra i quali la qualità dei prodotti, la sicurezza alimentare, il benessere degli animali, lo sviluppo rurale, la tutela dell'ambiente e dell'ecosistema e la salvaguardia della biodiversità. Si prevede che lo Stato favorisca e promuova ogni iniziativa volta all'incremento delle superfici agricole condotte con il metodo biologico, anche attraverso interventi volti a incentivare forme di aggregazione del prodotto e di filiere biologiche.

Si stabilisce, inoltre, che la produzione biologica "concorre alla tutela della salute" (comma 2).

L'articolo 2 contiene le definizioni di "produzione biologica" o "metodo biologico", di "prodotti biologici" e di "aziende con metodo biologico".

L'articolo 3 individua il Ministro delle politiche agricole alimentari, forestali e del turismo (MIPAAFT) come l'autorità nazionale di indirizzo e di coordinamento a livello nazionale per l'attuazione della normativa europea in materia di produzione biologica, mentre l'articolo 4 definisce le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano come le autorità locali competenti a svolgere le attività tecnico-scientifiche ed amministrative di settore. Le regioni sono chiamate ad adeguare i propri

ordinamenti ai principi espressi nella legge.

L'articolo 5 istituisce presso il MIPAAFT il Tavolo tecnico per la produzione biologica, sopprimendo contestualmente il Comitato consultivo per l'agricoltura biologica ed ecocompatibile e il Tavolo tecnico compartecipato in agricoltura biologica. La norma stabilisce la composizione del Tavolo tecnico ed i relativi compiti: delineare indirizzi e definire le priorità per il Piano d'azione nazionale per l'agricoltura biologica; esprimere pareri sui provvedimenti di carattere nazionale ed europeo; proporre attività di promozione; nonché individuare strategie per favorire l'ingresso e la conversione delle aziende convenzionali al biologico. E' previsto che del suddetto Tavolo faccia parte anche un rappresentante nominato dal Ministro della salute.

L'articolo 6 istituisce il marchio biologico italiano, volto a caratterizzare i prodotti biologici ottenuti da materia prima italiana contraddistinti dall'indicazione "Biologico italiano".

L'articolo 7 disciplina il Piano d'azione nazionale per la produzione biologica e i prodotti biologici, adottato dal Ministro delle politiche agricole alimentari, forestali e del turismo con cadenza triennale e aggiornato annualmente. Il Piano prevede interventi per lo sviluppo della produzione biologica con una pluralità di obiettivi: tra i più significativi, quelli di favorire la conversione al metodo biologico delle imprese agricole, agroalimentari e dell'acquacoltura convenzionali (specie dei piccoli produttori) e di sostenere le forme associative e contrattuali per rafforzare la filiera produttiva, nonché il monitoraggio del settore attraverso il Sistema d'informazione nazionale sull'agricoltura biologica (SINAB), le attività di controllo, certificazione e tracciabilità dei prodotti biologici, nonché la ricerca e sviluppo dei prodotti stessi. Infine, si prevede che il Ministro presenti alle Camere una relazione annuale inerente all'attuazione del Piano e alle modalità di riparto del Fondo di cui all'articolo 9 del disegno di legge in esame.

L'articolo 8 introduce il Piano nazionale per le sementi biologiche, finalizzato ad aumentare la disponibilità delle sementi stesse per le aziende e a migliorarne l'aspetto quantitativo e qualitativo con riferimento a varietà adatte all'agricoltura biologica e biodinamica.

L'articolo 9 istituisce presso il MIPAAFT il Fondo per lo sviluppo della produzione biologica.

L'articolo 10 introduce strumenti di integrazione degli operatori della filiera biologica.

L'articolo 11 stabilisce una serie di misure per il sostegno della ricerca nel settore della produzione biologica da parte dello Stato, sia tecnologica che applicata.

L'articolo 12 detta disposizioni in materia di formazione professionale per gli operatori del settore.

L'articolo 13 contiene la disciplina relativa ai distretti biologici. Fatta salva l'inclusione dei distretti biologici e dei biodistretti tra i distretti del cibo, si stabilisce che costituiscono distretti biologici i sistemi produttivi locali, anche di carattere interprovinciale, a spiccata vocazione agricola, con una significativa produzione con metodo biologico. E' espressamente previsto, tra l'altro, che l'istituzione dei distretti biologici è finalizzata a perseguire uno sviluppo attento alla conservazione delle risorse, impiegando le stesse nei processi produttivi in modo da salvaguardare l'ambiente, la salute e le diversità locali (comma 5, lettera *b*)).

L'articolo 14 interviene in materia di organizzazioni interprofessionali nella filiera biologica, finalizzate al riordino delle relazioni contrattuali, aventi il compito di meglio coordinare le modalità di immissione dei prodotti sul mercato e di redigere contratti tipo per la vendita di prodotti.

L'articolo 15 regola gli accordi quadro che le associazioni di categoria maggiormente rappresentative a livello nazionale (come definite nella stessa norma) possono stipulare per la disciplina dei contratti di cessione dei prodotti biologici, prevedendo un corrispettivo a favore dei produttori pari almeno ai costi medi di produzione.

L'articolo 16 dispone in ordine alle intese di filiera per i prodotti biologici.

L'articolo 17 reca disposizioni inerenti alle organizzazioni dei produttori biologici, che sono riconosciute dalle regioni secondo criteri definiti con decreto del Ministro delle politiche agricole, d'intesa con la Conferenza Stato-regioni. Il testo specifica i requisiti richiesti alle organizzazioni ai fini del riconoscimento.

L'articolo 18 dispone in ordine alla vendita delle sementi biologiche.

Infine, l'articolo 19 disciplina le abrogazioni espresse, mentre l'articolo 20 reca la clausola di salvaguardia per le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e Bolzano.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) premette che il disegno di legge non affronta il tema fondamentale, che a suo avviso è quello dei controlli, e tralasciando questo aspetto rischia di fare un danno allo stesso settore biologico.

Sottolinea, inoltre, che non può essere veicolato il messaggio che tutto ciò che non è biologico è di bassa qualità.

Ciò posto, segnala che una vasta bibliografia evidenzia l'assenza di differenze significative fra alimenti biologici e da agricoltura convenzionale in termini di caratteristiche organolettiche e di salubrità.

Saggiunge che di tale vasta bibliografia prendono atto le Linee di indirizzo per la ristorazione ospedaliera assistenziale e scolastica del Ministero della Sanità, nella parte in cui affermano che il cibo da coltivazione biologica non ha un migliore profilo nutrizionale e non è quindi più salutare rispetto ai prodotti non coltivati secondo tale metodo. Reputa pertanto discutibile l'articolo 7 del disegno di legge, che alla lettera g) prevede che le istituzioni e gli enti pubblici siano stimolati affinché contemplino il consumo di prodotti biologici nelle mense pubbliche e in quelle private in regime di convenzione. Ribadisce che in assenza di un quadro di controlli sanitari efficace i rischi per la salute sussistono anche per gli alimenti biologici.

Saggiunge che i rischi, per l'ambiente e la salute degli operatori, derivanti da alcuni prodotti fitosanitari usati nel settore biologico sono tutt'altro che irrilevanti, come attestato dalle indicazioni di pericolo presenti sulle etichette di tali prodotti.

Evidenzia che il prelievo del 2 per cento sul fatturato delle ditte produttrici, di cui all'articolo 9 comma 5, è collegato a codici (ad esempio i codici H410 e H411, "Molto tossico/ tossico per gli organismi acquatici con effetti di lunga durata") che sono presenti sulle etichette di prodotti fitosanitari di uso corrente nella produzione biologica.

Pertanto, rileva che occorre promuovere una reale innovazione tecnologica anche nel settore del biologico, con la transizione verso l'uso di fitofarmaci più moderni e con minore impatto ambientale, ma nota che il provvedimento in esame non si fa carico di tale necessità.

Formula conclusivamente l'auspicio che vi siano margini per apportare modifiche migliorative al testo.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*), dopo aver fatte proprie le considerazioni della precedente oratrice, sottolinea che la cultura del biologico si sta trasformando in una vera e propria ideologia, che tende ad accreditare l'idea che i prodotti bio siano sempre e comunque garanzie di qualità. Ritiene che si debba considerare che il biologico puro in realtà non esiste, in quanto ogni prodotto è in qualche modo modificato, in accordo con le conoscenze scientifiche e tecnologiche, per migliorarne la qualità.

Sottolinea che sono da stigmatizzare solo gli interventi che non hanno per finalità la qualità dei prodotti, ma l'intensività delle colture e quindi, in ultima analisi, il profitto.

Osserva che si dovrebbero evitare forzature sull'incentivazione del biologico da parte degli enti pubblici, essendovi il rischio che ciò sia il frutto delle pressioni dei portatori di interessi del settore, finalizzate alla creazione di regimi artificiali di monopolio. Meglio sarebbe, a suo avviso, prefiggersi l'obiettivo di migliorare la qualità del cibo nelle mense, a prescindere dal carattere biologico dei prodotti.

Conclude rimarcando l'importanza dei controlli su tutti i prodotti, inclusi quelli del settore biologico.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) osserva che le lacune evidenziate dai precedenti interventi sono notevoli ed auspica che in sede di predisposizione della proposta di parere si terrà conto delle

indicazioni scaturite dal dibattito. Soggiunge che dal grado di apertura a tali indicazioni dipenderà l'atteggiamento del suo Gruppo in sede di voto.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) richiama l'attenzione sul fatto che presso la Commissione di merito il tema dei controlli è tenuto nella dovuta considerazione, come si evince da diverse proposte emendative ivi presentate.

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

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

(1660) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Disposizioni volte ad incentivare il raggiungimento di standard qualitativi elevati dei prodotti agroalimentari italiani introducendo un sistema di rating per la certificazione di eccellenza e riforma del sistema di prevenzione, programmazione e controllo nella sanità pubblica veterinaria

(Discussione e rinvio)

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

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

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le proposte di audizione entro le ore 18 del prossimo venerdì 17 luglio.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

(913) FARAONE ed altri. - Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale

(Discussione e rinvio)

Il [PRESIDENTE](#) (PD), relatore, illustra il disegno di legge in titolo.

Propone, quindi, lo svolgimento di un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le proposte di audizione entro le ore 18 del prossimo venerdì 17 luglio.

Intervengono sull'ordine dei lavori la senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) e il senatore [ZAFFINI](#) (FdI), per evidenziare l'opportunità di una riflessione, anche in sede di audizioni informative, sul ruolo dei medici di medicina generale, cui il provvedimento in esame attribuisce una serie di compiti.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero

(947) Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni

(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 30 giugno.

Il **PRESIDENTE** comunica che sono stati presentati 8 ordini del giorno e 27 emendamenti (pubblicati in allegato).

Saggiunge che, in conformità a quanto richiesto da alcuni Gruppi per le vie brevi, potranno essere presentati ulteriori ordini del giorno, entro le ore 12 di giovedì prossimo, 9 luglio.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

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

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 23 giugno.

Il **PRESIDENTE** (PD), relatore, presenta e illustra i seguenti emendamenti (pubblicati in allegato): 3.200, volto a consentire a tutte le imprese con sede all'estero di eseguire le prescritte comunicazioni tramite il proprio rappresentante in Italia; 5.200, volto a consentire la ricerca e l'estrazione di tutte le informazioni contenute nel registro pubblico; 6.300, volto a chiarire il presupposto per l'aumento della sanzione previsto dall'articolo 6 comma 2.

Avverte che eventuali subemendamenti ed essi riferiti potranno essere presentati entro le ore 12 di domani, mercoledì 8 luglio.

Annuncia, infine, che nel prosieguo della trattazione le funzioni di relatore saranno esercitate dal senatore Giuseppe Pisani.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione è quindi rinviato.

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

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

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

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 30 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) comunica che sono stati presentati 1 ordine del giorno e 52 emendamenti (pubblicati in allegato).

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 15,30.

ORDINE DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE N. [716](#)

G/716/1/12

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

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge recante "Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia",

premessi che:

l'epilessia è un disturbo cronico cerebrale caratterizzato da un'anomala attività dei circuiti nervosi con ricorrenti manifestazioni convulsive - "crisi epilettiche" - talvolta accompagnate da anomalie comportamentali o sensoriali e, in alcuni casi, perdita di coscienza;

complessivamente, soffrono di epilessia circa 500.000 persone in Italia (dove l'epilessia è stata riconosciuta come malattia sociale nel 1965) e 50 milioni in tutto il mondo (dati OMS);

sarebbe opportuno implementare progetti sperimentali e innovativi su alcune tematiche rilevanti quali, ad esempio: la realizzazione di percorsi informativi e formativi insieme alla rete di Servizi Territoriali, alle ASL, ai Comuni di riferimento, in caso di Servizio di avviamento al lavoro, in aziende sia pubbliche che private, per incentivare l'assunzione delle persone affette da epilessia anche attraverso l'utilizzo degli ammortizzatori sociali o gli sgravi fiscali; la definizione di un Piano di intervento in caso di emergenza, tra le varie parti coinvolte, compresa la famiglia e supportato dal medico specialista, favorendo l'accompagnamento, durante i percorsi, delle persone assunte, in base alle condizioni specifiche di ognuno; incentivi alle aziende e ai datori di lavoro da corrispondere alla scadenza del contratto di lavoro, finalizzati a garantire la continuità lavorativa; stage sostenuti da tutor; realizzazione di centri estivi per le persone affette da tale patologia; risorse dedicate esclusivamente ai casi citati, per favorire il collocamento dei soggetti menzionati, consentendo pari trattamento a coloro che non sono mai stati impiegati, e l'abbattimento del limite ISEE per i casi di grave disabilità; particolare attenzione alla figura del Caregiver, che spesso si sostituisce allo Stato rinunciando, in alcuni casi, al proprio lavoro per accudire un proprio familiare in condizione di disabilità;

con l'approvazione della legge 3 marzo 2009, n. 18 ("Ratifica ed esecuzione della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, con Protocollo opzionale, fatta a New York il 13 dicembre 2006 e istituzione dell'Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità") l'Italia si è assunta l'impegno di adottare tutti gli atti, le azioni, le politiche necessarie per un deciso cambio di strategia nell'affrontare le tematiche della disabilità,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità di programmare interventi volti a realizzare gli strumenti operativi di cui in premessa.

Art. 1

1.1

[Boldrini](#)

All'articolo 1, premettere il seguente:

«Art. 01.

(Finalità)

1. La presente legge, nel rispetto del principio della parità di trattamento di cui all'articolo 3 della Costituzione, in conformità alla Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, del 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, alla dichiarazione scritta sull'epilessia del Parlamento europeo n.0022/2011 del 9 maggio 2011 ed alla risoluzione dell'Assemblea dell'Organizzazione mondiale della sanità n. WHA68.20 del 26 maggio 2015, ha la finalità di realizzare:

a) la piena cittadinanza delle persone affette da epilessia e delle loro famiglie, rimuovendo i fattori discriminanti e promuovendo l'accesso ad adeguate misure inclusive;

b) la presa in cura, sanitaria e sociale delle persone affette da epilessia, omogenea su tutto il territorio nazionale;

c) la formazione del personale, sanitario, sociosanitario e scolastico;

d) il sostegno alla ricerca scientifica;

e) la promozione di adeguate campagne informative sull'epilessia, riconosciuta quale malattia sociale ai sensi del decreto ministeriale 5 novembre 1965.»

1.2

[Boldrini](#)

All'articolo 1, premettere il seguente:

«Art. 01.

(Destinatari)

1. La presente legge si applica alle persone a cui, da medico specialista in neurologia o disciplina affine, sia o sia stata certificata:

a) crisi epilettica;

b) epilessia.»

1.3

[Faraone](#), [Parente](#)

L'articolo è soppresso.

1.4

[Fregolent](#), [Zaffini](#)

Sostituire l'articolo 1 con i seguenti, e conseguentemente sopprimere gli articoli da 2 a 5:

«Art. 1

(Finalità)

1. La presente legge, nel rispetto del principio della parità di trattamento di cui all'art. 3 della Costituzione, in conformità a quanto previsto dalla Dichiarazione sull'epilessia del Parlamento Europeo n. 0022/2011, dalle Risoluzioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2 Febbraio 2015, n. 136/R8 dell'Executive Board e del 26 maggio 2015, n. 68.20 dell'Assemblea Generale, che sollecitano gli Stati Membri ad adottare piani nazionali di assistenza sanitaria per la gestione dell'epilessia, per superare disuguaglianze e iniquità nei servizi sanitari e sociali e rafforzare i servizi pubblici di assistenza sanitaria nel contesto della copertura sanitaria universale, in modo che l'epilessia

possa essere diagnosticata e curata in maniera appropriata, ha la finalità di consentire e di assicurare la piena integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone con epilessia, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci e terapie adeguate.

2. Per il conseguimento di tali finalità, il Ministro della salute, in collaborazione con le regioni e con gli enti locali, con le scuole, con gli enti del terzo settore, con le società scientifiche, con le aziende sanitarie locali e ospedaliere, con i medici di medicina generale e con le strutture sanitarie pubbliche e private, promuove campagne di informazione e di formazione dirette a:

a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge;

b) divulgare tra i cittadini una corretta informazione sui contenuti della presente legge, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;

c) promuovere la realizzazione e la divulgazione di messaggi ed attivare canali di sensibilizzazione ed informazione sull'epilessia attraverso i mezzi di comunicazione di massa;

d) favorire l'implementazione di master e di corsi di alta formazione in epilettologia clinica diretti a neurologi, neuropsichiatri infantili e ogni altra specializzazione medica, al fine di aggiornare e diffondere le conoscenze in ambito di diagnosi e cura dell'epilessia;

e) assicurare una capillare distribuzione di materiale di informazione sull'epilessia presso le strutture sanitarie preposte alla diagnosi e alla cura della patologia;

f) rafforzare la collaborazione e il dialogo tra famiglie e il personale scolastico per favorire la corretta gestione dell'epilessia nell'ambiente scolastico;

g) migliorare l'accoglienza dei bambini e degli studenti con epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado;

h) istituire corsi di aggiornamento per docenti sulle problematiche relative all'epilessia nell'età scolare e sulle specificità.

Art. 2

(Aggiornamento delle linee di indirizzo del ministero della salute)

1. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, e successive modificazioni, provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza previsto dall'articolo 9, comma 2 e all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali per la diagnosi e la cura dell'epilessia. Le linee di indirizzo sono aggiornate con cadenza almeno triennale.

2. L'attuazione delle linee di indirizzo aggiornate ai sensi del comma 1 del presente articolo, costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

Art. 3

(Attività di ricerca)

1. Il Governo, attraverso i Ministeri di volta in volta competenti, promuove lo sviluppo di progetti di ricerca sull'epilessia con la finalità di migliorare i processi diagnostici e terapeutici e facilitare il superamento dello stigma nei confronti delle persone con epilessia.

Art. 4

(Certificazione per la decadenza delle limitazioni e dei benefici derivanti dal precedente stato patologico)

1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.

Art. 5

(Persone con epilessia in condizione di farmacoresistenza)

1. Ai fini della presente legge s'intende per "farmacoresistenza" la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante l'appropriatezza della terapia che assume.

2. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali.

3. Tale certificazione deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia farmacoresistente a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

4. Alla persona certificata di epilessia farmacoresistente che richieda il riconoscimento dello stato di invalidità civile, è riconosciuta dalla commissione medico-legale di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o dall'organo competente secondo le leggi *pro tempore* vigenti, l'invalidità minima del 46% e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60% anche ai sensi dell'art. 4, comma 3-*bis*, della legge n. 68 del 1999.

5. È fatto salvo il diritto della persona in condizione di farmacoresistenza, ove ne ricorrono i presupposti, a ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 3 del presente articolo e anche la connotazione di gravità di cui all'art. 3, commi 1 e 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

6. Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia farmacoresistente, a prescindere dalla percentuale di invalidità che le è stata riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmacoresistenza è stata certificata.

Art. 6

(La gestione delle persone con epilessia nella scuola)

1. Le Istituzioni e gli operatori scolastici devono assicurare agli studenti il diritto all'istruzione, la promozione della salute nonché la prevenzione delle complicanze dell'epilessia. La tutela di tali diritti rientra nelle competenze istituzionali dei Ministeri dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e della Salute che devono garantire la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado, anche attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale che, a qualunque titolo, opera nella scuola, inclusi i Dirigenti Scolastici, al fine di evitare le situazioni che costituiscono grave pericolo per la sicurezza degli studenti con epilessia ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che ne limitano l'integrazione sociale e conducono alla loro stigmatizzazione.

2. La famiglia della/del bambina/o o della/o studente con epilessia o, se maggiorenne, la/lo stessa/o studente, prima ancora dell'inserimento scolastico o, tempestivamente, nel caso in cui l'evento patologico cronico accada nel corso dell'anno scolastico, presenta al Dirigente Scolastico la richiesta per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico secondo il modello di cui all'allegato I o II, corredata dal Piano Terapeutico Individuale (PTI) redatto a cura del medico specialista in neurologia o disciplina affine, secondo il modello di cui all'allegato III.

3. Il Dirigente scolastico, entro il termine di 10 giorni dalla presentazione del PTI, istituisce e convoca il Gruppo di Coordinamento che adotta idonei modelli di intervento che definiscono modalità appropriate per assicurare la continuità terapeutica e la corretta gestione delle emergenze in orario scolastico.

4. Sono sempre membri del Gruppo di Coordinamento di cui al comma 3:

A. il Dirigente Scolastico (o suo delegato);

B. la Famiglia della/o studente con epilessia e/o la/lo studente, se maggiorenne;

C. il Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato: Medico Scolastico, Pediatra di Comunità, Specialista ambulatoriale, Pediatra Libera Scelta o Medico di Medicina Generale).

5. Possono essere, altresì, membri del Gruppo di Coordinamento:

A. il rappresentante dell'ente del Terzo Settore che la famiglia o, se maggiorenne, la/lo

studente, ha facoltà di nominare, in qualsiasi momento; e, se la/il bambina/o o la/lo studente è destinataria/o del servizio di assistenza alla persona, comunque denominata,

B. il Sindaco (o un suo delegato);

C. il Delegato della Cooperativa appaltatrice del Servizio Assistenziale.

6. Il Gruppo di Coordinamento, adotta protocolli operativi, supportati da idonea e specifica formazione a favore del personale scolastico, coerenti con il PTI secondo i fac-simile, rispettivamente previsti per assicurare la continuità terapeutica e l'intervento in caso di emergenza, di cui agli allegati IV e V. Quanto previsto dai protocolli operativi si configura come attività che non richiede il possesso di competenze tecnico-sanitarie, né l'esercizio di discrezionalità da parte di chi interviene.

7. Per garantire la continuità terapeutica in orario scolastico, la somministrazione dei farmaci deve soddisfare tutti i seguenti criteri:

A. prevista dal PTI;

B. indispensabile in orario scolastico;

C. non essere discrezionale (da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrarlo, né in relazione ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione);

D. essere praticabile da parte di personale non sanitario adeguatamente formato;

E. non ostacolare l'integrazione dell'alunno/studente nel contesto scolastico e/o indurre nella comunità scolastica a errate percezioni di "medicalizzazione" della Scuola;

8. Per la gestione delle emergenze l'intervento, è dettato esclusivamente dalla necessità di prestare soccorso in breve tempo, configurandosi uno stato di necessità laddove l'omissione dell'intervento potrebbe determinare l'insorgenza di gravi complicazioni quali, a esempio, lo stato epilettico. Per garantire la somministrazione dei farmaci in caso di emergenza, in orario scolastico, devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri:

A. deve essere assicurata la pronta disponibilità dei farmaci previsti dal PTI da somministrare in caso di crisi epilettiche;

B. deve essere stabilita la modalità di conservazione e somministrazione dei farmaci;

C. nel PTI deve essere indicato l'evento in cui occorre procedere alla somministrazione e le istruzioni per la somministrazione del farmaco in emergenza;

D. l'intervento deve essere praticabile da parte di personale non sanitario e non deve richiedere discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, in relazione alle modalità, ai tempi e alla posologia.

9. La Famiglia o la/lo studente, se maggiorenne, possono decidere di procedere direttamente o tramite loro delegati alla somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, sia per garantire la continuità terapeutica che in caso di emergenza. In tal caso deve essere assicurata alle persone incaricate della somministrazione la possibilità di accedere ai locali scolastici in coerenza con il protocollo operativo stabilito dal Gruppo di Coordinamento.

Art. 7

(Estensione della tutela del diritto antidiscriminatorio alle persone con epilessia)

1. Le persone con epilessia non devono essere discriminate in ragione della loro malattia. L'adozione nei confronti di persona con epilessia di comportamenti che, ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione, comportino la violazione del principio di parità di trattamento, anche parziale e/o temporanea, deve essere giustificata sulla base di idonea certificazione, rilasciata da medico specialista in neurologia o disciplina affine, contenente la specifica indicazione delle ragioni cliniche che giustificano la disparità di trattamento.

2. La tutela di cui alla Legge 67 del 01.03.2006 è estesa alla persona con epilessia nei seguenti casi:

a) qualora venga discriminata in ragione della sua malattia;

b) qualora a seguito della certificazione di cui all'articolo 4, non si facciano decadere, nei suoi confronti, tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico.»

Art. 8

(Politiche regionali in materia di epilessia)

1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e tenuto conto del nuovo Patto per la salute 2014-2016, con la procedura di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con l'inserimento, per quanto attiene all'epilessia, delle prestazioni necessarie per una diagnosi precoce, della cura e del trattamento individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili.

2. In ogni caso, i livelli essenziali di assistenza per l'epilessia devono prevedere:

a) per i soggetti già in possesso di diagnosi di epilessia, prima visita neurologica o neuropsichiatrica infantile,

b) visita di controllo;

c) le seguenti indagini elettroencefalografiche:

EEG Standard,

EEG Dinamico 24h,

Video-EEG, Poligrafia,

Poligrafia con Videoregistrazione,

Polisonnografia con videoregistrazione;

d) le seguenti indagini di neuroimmagine:

a) Tomografia Computerizzata (TC) cerebrale,

b) Risonanza Magnetica (RM) con e senza mezzo di contrasto,

c) Angio-TC,

d) Angio RM,

e) Tomografia con emissione di positroni (PET),

f) Scintigrafia cerebrale,

g) Tomografia computerizzata ad emissione di fotoni singoli (SPECT);

e) esami ematochimici di routine;

f) dosaggi plasmatici di tutti i farmaci antiepilettici.

3. Ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, conferisce a queste ultime, i seguenti compiti:

a) qualora alla data di entrata in vigore della presente legge non ne avessero ancora adottati, adottare percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con epilessia;

b) istituire presso ogni regione, centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi stessi nell'ambito della rete sanitaria regionale e delle province autonome, che garantiscono il funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone con epilessia e provvedono ad assicurare un trattamento specifico, profilattico e sintomatico, anche domiciliare, ai soggetti con epilessia, in collaborazione con enti del Terzo Settore delle persone con epilessia e loro familiari;

c) garantire forme di assistenza specifica, integrativa degli interventi svolti dal servizio sanitario regionale, finalizzate all'ottimale inserimento sociale dei malati verificandone l'evoluzione e adottano misure idonee al conseguimento dei seguenti obiettivi:

1) la qualificazione dei servizi di cui al presente comma costituiti da unità funzionali multidisciplinari per la cura e, ove necessario, la riabilitazione delle persone con epilessia;

2) la definizione di equipe dedicate, nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, delle quali fanno parte gli enti del Terzo Settore rappresentanti delle persone con epilessia, che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza anche in sinergia con le altre attività dei servizi stessi;

3) promozione dell'informazione e l'introduzione di un coordinatore degli interventi multidisciplinari;

4) promozione del coordinamento degli interventi e dei servizi di cui al presente comma per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della

persona con epilessia;

5) l'incentivazione di progetti dedicati alla formazione e al sostegno delle famiglie che hanno in carico persone con epilessie e che ne facciano richiesta;

6) la disponibilità sul territorio di strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, con competenze specifiche sull'epilessia e, in particolare, sull'epilessia farmacoresistente, in grado di effettuare la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti con epilessia anche farmacoresistente;

7) la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di persone adulte con epilessia, idonei a valorizzarne le capacità e l'idoneità al lavoro, a prescindere dal grado di gravità della malattia e a impedirne ogni forma di discriminazione.

Art. 9

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

1. I costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti di guida speciali e/o sottoposte a restrizioni, non possono superare, per identici periodi di tempo, i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti ordinarie di guida.

2. I benefici riguardanti la scelta della sede di lavoro e il trasferimento, previsti dall'articolo 21 e dall'articolo 33, comma 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, sono estesi a tutti i soggetti con epilessia che, a causa della loro condizione patologica, non sono abilitati alla guida di un veicolo.

3. Al D.Lgs. 18 aprile 2011, n.59 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il punto D.4. dell'allegato III è sostituito con il seguente: *"Il conseguimento/rinnovo della patente alle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni";*

b) il punto D.5. dell'allegato III del D.Lgs. 11/04/2011 n. 59 il primo periodo è sostituito dal seguente: *"Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi";*

c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente: *"D.5.bis. Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida"*

d) al punto D.7.1. è soppresso tutto il testo dopo la fine del primo periodo del secondo capoverso (da "Vi" alla fine del periodo).

e) al punto D.8.1.: al primo periodo, dopo la parola "candidato" sono aggiunte le seguenti parole: *"deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";* le parole da "non" a "crisi" sono soppresse;

f) al punto D.8.3., nel primo periodo, dopo la parola "guida" sono inserite le seguenti parole: *"se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta*

libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";

g) il punto D.8.5 è soppresso.

Art. 10

(Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia)

1. È istituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale Permanente per l'Epilessia, con il compito di tutelare il diritto delle persone con epilessia a non essere discriminate in ragione della loro malattia e ad avere su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di assistenza, uniformi e omogenei.

2. L'Osservatorio definisce il Piano Nazionale per l'Epilessia con il quale:

a) propone al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;

b) monitora l'adozione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano delle iniziative di cui all'articolo 8 proponendo, ove necessario, gli interventi ritenuti opportuni per il conseguimento degli obiettivi alle quali esse sono preordinate;

c) propone alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e ove già adottati, ne valuta l'idoneità;

d) predispone la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992;

e) incentiva l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;

f) adotta le azioni necessarie al superamento di ogni pregiudizio sull'epilessia e all'integrazione sociale delle persone con epilessia nonché a promuovere la ricerca, l'assistenza e la cura delle epilessie.

3. L'Osservatorio nazionale permanente per le epilessie, per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali può chiedere che suoi rappresentanti vengano sentiti dai Ministeri competenti, dall'AIFA, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano

4. L'Osservatorio è composto da nove membri nominati dal Ministro della Salute: quattro proposti da enti del terzo settore rappresentativi delle persone con epilessia operanti sul territorio nazionale, scelti tra soggetti in possesso di qualifica EUPATI o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti alle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale Linee Guida; un presidente nominato dal Ministro della Salute. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengono prese a maggioranza.

Art. 11

(Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dalla presente legge, valutato in 500 mila euro a decorrere dal 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2020-2022, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.»

--

Allegato I

**Fac-simile di richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a minorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome)

nato a il.....

residente a in Via.....

che frequenta la classe sezione

della scuola

sita in Via Cap

Localitàprov.

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:

famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

--

Allegato II

Fac-simile per la comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico (in caso di alunno/a maggiorenne)

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

nato ail.....

residente a in Via..... tel.....

studente/studentessa che frequenta la classe sezione

della scuola

sita in ViaCap

Localitàprov.

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....

come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI' NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data

--

Allegato III

Fac-simile Piano Terapeutico Individuale (PTI) per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Constatata la assoluta necessita SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome

data e luogo di nascita.....

residente ain Via.....tel.....

A) Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia:

dal al

per l'intero anno scolastico

1 A) Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina..... dose.....

Pasto..... dose.....

Pomeriggio..... dose.....

Modalità di somministrazione

.....

2 A) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

.....

.....

.....

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI NO

Modalità di conservazione

.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione

.....

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

.....

.....

.....

Modalità di conservazione

.....

Note per eventuali effetti collaterali

.....

Note di formazione specifica per personale scolastico

.....

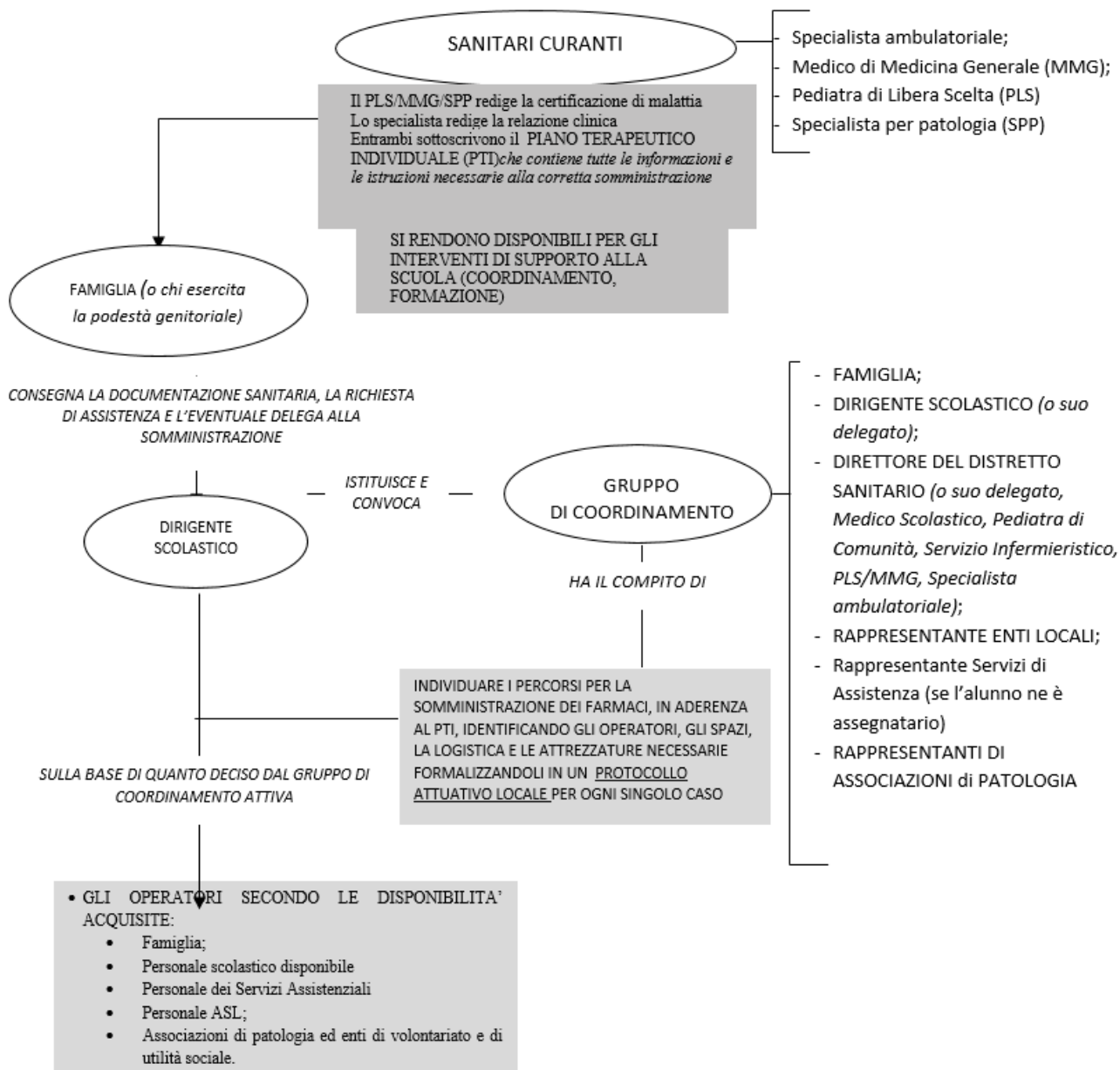
Data

Medico (Timbro e Firma)

--

Allegato IV

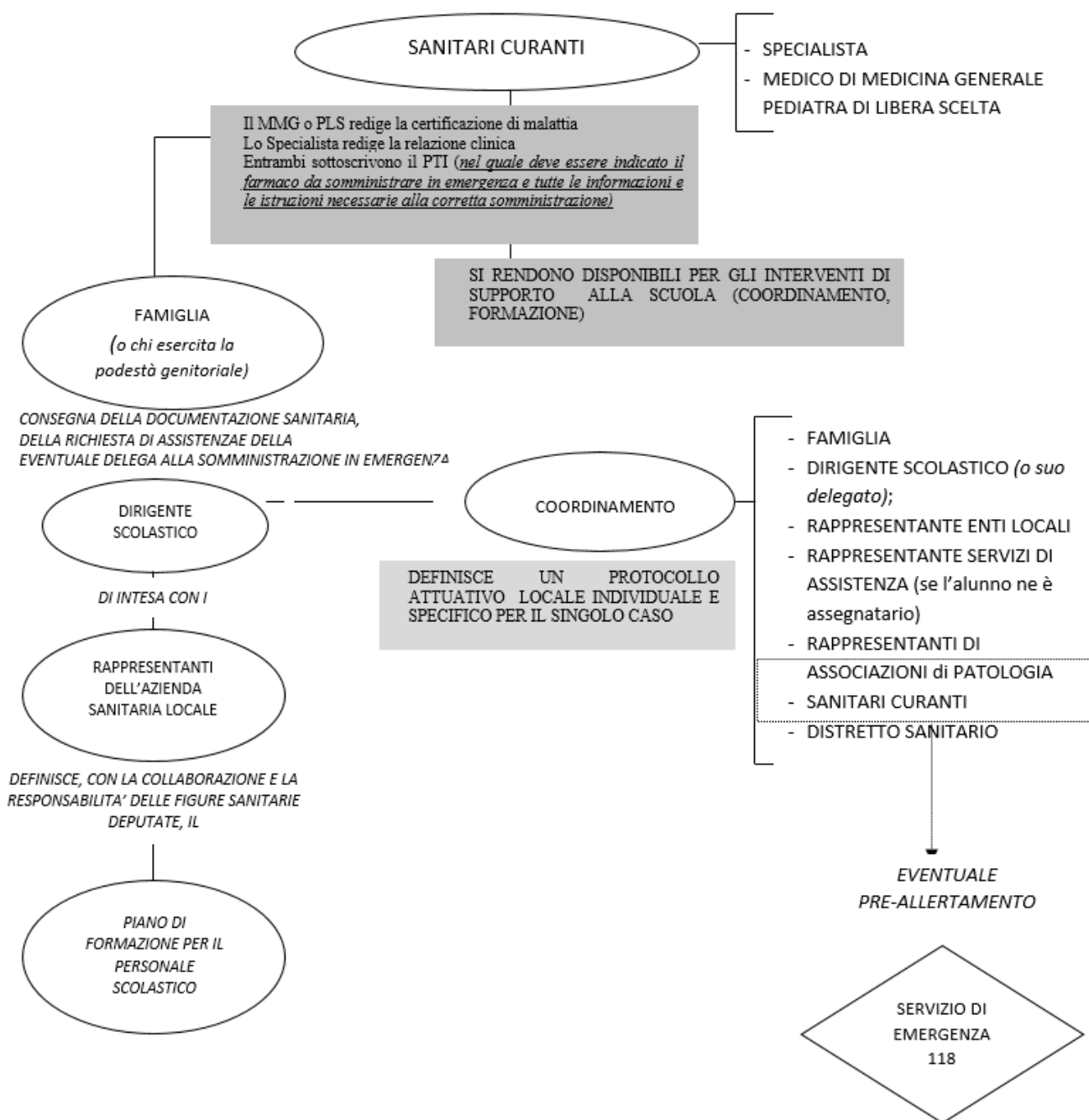
Modello di intervento per la somministrazione dei farmaci per assicurare la continuità terapeutica



--

Allegato V

Flow chart: percorso per la somministrazione dei farmaci in emergenza



1.5

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

Sostituire l'articolo 1 con i seguenti:

«ART.1(Finalità)

1.La presente legge, nel rispetto del principio della parità di trattamento di cui all'art. 3 della Costituzione, in conformità a quanto previsto dalla Dichiarazione sull'epilessia del Parlamento Europeo n. 0022/2011, dalle Risoluzioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 2 Febbraio 2015, n. 136/R8 dell'Executive Board e del 26 maggio 2015, n. 68.20 dell'Assemblea Generale, che sollecitano gli Stati Membri ad adottare piani nazionali di assistenza sanitaria per la gestione

dell'epilessia, per superare disuguaglianze e iniquità nei servizi sanitari e sociali e rafforzare i servizi pubblici di assistenza sanitaria nel contesto della copertura sanitaria universale, in modo che l'epilessia possa essere diagnosticata e curata in maniera appropriata, ha la finalità di consentire e di assicurare la piena integrazione e il miglioramento della qualità di vita delle persone con epilessia, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci e terapie adeguate.

2. Per il conseguimento di tali finalità, il Ministro della salute, in collaborazione con le regioni e con gli enti locali, con le scuole, con gli enti del terzo settore, con le società scientifiche, con le aziende sanitarie locali e ospedaliere, con i medici di medicina generale e con le strutture sanitarie pubbliche e private, promuove campagne di informazione e di formazione dirette a:

- a) diffondere tra i medici di medicina generale e tra i medici delle strutture sanitarie pubbliche e private la conoscenza delle disposizioni della presente legge;
- b) divulgare tra i cittadini una corretta informazione sui contenuti della presente legge, anche avvalendosi dell'attività svolta dai medici di medicina generale;
- c) promuovere la realizzazione e la divulgazione di messaggi ed attivare canali di sensibilizzazione ed informazione sull'epilessia attraverso i mezzi di comunicazione di massa;
- d) favorire l'implementazione di master e di corsi di alta formazione in epilettologia clinica diretti a neurologi, neuropsichiatri infantili e ogni altra specializzazione medica, al fine di aggiornare e diffondere le conoscenze in ambito di diagnosi e cura dell'epilessia;
- e) assicurare una capillare distribuzione di materiale di informazione sull'epilessia presso le strutture sanitarie preposte alla diagnosi e alla cura della patologia;
- f) rafforzare la collaborazione e il dialogo tra famiglie e il personale scolastico per favorire la corretta gestione dell'epilessia nell'ambiente scolastico;
- g) migliorare l'accoglienza dei bambini e degli studenti con epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado;
- h) istituire corsi di aggiornamento per docenti sulle problematiche relative all'epilessia nell'età scolare e sulle specificità.

ART. 2 (Aggiornamento delle linee di indirizzo del ministero della salute)

1. Entro centoventi giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministero della salute, previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997 n. 281, e successive modificazioni, provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza previsto dall'articolo 9, comma 2 e all'aggiornamento delle linee di indirizzo per la promozione e il miglioramento della qualità e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali per la diagnosi e la cura dell'epilessia. Le linee di indirizzo sono aggiornate con cadenza almeno triennale.

2. L'attuazione delle linee di indirizzo aggiornate ai sensi del comma 1 del presente articolo, costituisce adempimento ai fini della verifica del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza.

ART. 3 (Attività di ricerca)

1. Il Governo, attraverso i Ministeri di volta in volta competenti, promuove lo sviluppo di progetti di ricerca sull'epilessia con la finalità di migliorare i processi diagnostici e terapeutici e facilitare il superamento dello stigma nei confronti delle persone con epilessia.

ART. 4 (Certificazione per la decadenza delle limitazioni e dei benefici derivanti dal precedente stato patologico)

1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal

precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.»

1.6

La Relatrice

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 1

(Certificazione per la decadenza delle limitazioni e dei benefici derivanti dal precedente stato patologico)

1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, o affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.»

1.7

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

Sostituire il comma 1 con il seguente:

«1. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza di quest'ultimo.»

1.8

[Boldrini](#)

Al comma 1, capoverso D.4, dopo le parole "la cui guarigione," inserire le seguenti: "per le forme ed i criteri definiti ed acquisiti nella letteratura scientifica e nelle sue evoluzioni,".

1.9

[Boldrini](#)

All'articolo 1, apportare le seguenti modificazioni:

a) al comma 2, dopo le parole "decadono tutte le limitazioni" inserire le seguenti: "e le agevolazioni" ed aggiungere, in fine, le seguenti parole "e non possono essere operate discriminazioni motivate dalla superata condizione patologica.";

b) sopprimere il comma 3.

Art. 2

2.1

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

Sostituire l'articolo con i seguenti:

«Art. 2

(Persone con epilessia in condizione di farmacoresistenza)

1. Ai fini della presente legge s'intende per "farmacoresistenza" la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante l'appropriatezza della terapia che assume.

2. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico

specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali.

3. Tale certificazione deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia farmacoresistente a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

4. Alla persona certificata di epilessia farmacoresistente che richieda il riconoscimento dello stato di invalidità civile, è riconosciuta dalla commissione medico-legale di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o dall'organo competente secondo le leggi *pro tempore* vigenti, l'invalidità minima del 46% e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60% anche ai sensi dell'art. 4, comma 3-*bis*, della legge n. 68 del 1999.

5. È fatto salvo il diritto della persona in condizione di farmacoresistenza, ove ne ricorrano i presupposti, a ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 3 del presente articolo e anche la connotazione di gravità di cui all'art. 3, commi 1 e 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

6. Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia farmacoresistente, a prescindere dalla percentuale di invalidità che le è stata riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmacoresistenza è stata certificata.

Art. 2-bis

(La gestione delle persone con epilessia nella scuola)

1. Le Istituzioni e gli operatori scolastici devono assicurare agli studenti il diritto all'istruzione, la promozione della salute nonché la prevenzione delle complicanze dell'epilessia. La tutela di tali diritti rientra nelle competenze istituzionali dei Ministeri dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e della Salute che devono garantire la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado, anche attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale che, a qualunque titolo, opera nella scuola, inclusi i Dirigenti Scolastici, al fine di evitare le situazioni che costituiscono grave pericolo per la sicurezza degli studenti con epilessia ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che ne limitano l'integrazione sociale e conducono alla loro stigmatizzazione.

2. La famiglia della/del bambina/o o della/o studente con epilessia o, se maggiorenne, la/lo stessa/o studente, prima ancora dell'inserimento scolastico o, tempestivamente, nel caso in cui l'evento patologico cronico accada nel corso dell'anno scolastico, presenta al Dirigente Scolastico la richiesta per la somministrazione di farmaci durante l'orario scolastico secondo il modello di cui all'allegato I o II, corredata dal Piano Terapeutico Individuale (PTI) redatto a cura del medico specialista in neurologia o disciplina affine, secondo il modello di cui all'allegato III.

3. Il Dirigente scolastico, entro il termine di 10 giorni dalla presentazione del PTI, istituisce e convoca il Gruppo di Coordinamento che adotta idonei modelli di intervento che definiscono modalità appropriate per assicurare la continuità terapeutica e la corretta gestione delle emergenze in orario scolastico.

4. Sono sempre membri del Gruppo di Coordinamento di cui al comma 3:

A. il Dirigente Scolastico (o suo delegato);

B. la Famiglia della/o studente con epilessia e/o la/lo studente, se maggiorenne;

C. il Direttore del Distretto Sanitario (o suo delegato: Medico Scolastico, Pediatra di Comunità, Specialista ambulatoriale, Pediatra Libera Scelta o Medico di Medicina Generale).

5. Possono essere, altresì, membri del Gruppo di Coordinamento:

A. il rappresentante dell'ente del Terzo Settore che la famiglia o, se maggiorenne, la/lo studente, ha facoltà di nominare, in qualsiasi momento; e, se la/il bambina/o o la/lo studente è destinataria/o del servizio di assistenza alla persona, comunque denominata,

B. il Sindaco (o un suo delegato);

C. il Delegato della Cooperativa appaltatrice del Servizio Assistenziale.

6. Il Gruppo di Coordinamento, adotta protocolli operativi, supportati da idonea e specifica formazione a favore del personale scolastico, coerenti con il PTI secondo i fac-simile, rispettivamente

previsti per assicurare la continuità terapeutica e l'intervento in caso di emergenza, di cui agli allegati IV e V. Quanto previsto dai protocolli operativi si configura come attività che non richiede il possesso di competenze tecnico-sanitarie, né l'esercizio di discrezionalità da parte di chi interviene.

7. Per garantire la continuità terapeutica in orario scolastico, la somministrazione dei farmaci deve soddisfare tutti i seguenti criteri:

- A. prevista dal PTI;
- B. indispensabile in orario scolastico;
- C. non essere discrezionale (da parte di chi somministra il farmaco, né in relazione alla individuazione degli eventi in cui occorre somministrarlo, né in relazione ai tempi, alla posologia, alle modalità di somministrazione e/o di conservazione);
- D. essere praticabile da parte di personale non sanitario adeguatamente formato;
- E. non ostacolare l'integrazione dell'alunno/studente nel contesto scolastico e/o indurre nella comunità scolastica a errate percezioni di "medicalizzazione" della Scuola;

8. Per la gestione delle emergenze l'intervento, è dettato esclusivamente dalla necessità di prestare soccorso in breve tempo, configurandosi uno stato di necessità laddove l'omissione dell'intervento potrebbe determinare l'insorgenza di gravi complicazioni quali, a esempio, lo stato epilettico. Per garantire la somministrazione dei farmaci in caso di emergenza, in orario scolastico, devono essere soddisfatti tutti i seguenti criteri:

- A. deve essere assicurata la pronta disponibilità dei farmaci previsti dal PTI da somministrare in caso di crisi epilettiche;
- B. deve essere stabilita la modalità di conservazione e somministrazione dei farmaci;
- C. nel PTI deve essere indicato l'evento in cui occorre procedere alla somministrazione e le istruzioni per la somministrazione del farmaco in emergenza;
- D. l'intervento deve essere praticabile da parte di personale non sanitario e non deve richiedere discrezionalità da parte di chi somministra il farmaco, in relazione alle modalità, ai tempi e alla posologia.

9. La Famiglia o la/lo studente, se maggiorenne, possono decidere di procedere direttamente o tramite loro delegati alla somministrazione dei farmaci durante l'orario scolastico, sia per garantire la continuità terapeutica che in caso di emergenza. In tal caso deve essere assicurata alle persone incaricate della somministrazione la possibilità di accedere ai locali scolastici in coerenza con il protocollo operativo stabilito dal Gruppo di Coordinamento.»

--

Allegato I

**Fac-simile di richiesta per la somministrazione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a minorenni)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Io sottoscritto/a (Cognome Nome)

genitore/tutore dello studente (Cognome e Nome)

nato ail.....

residente a in Via.....

che frequenta la classe sezione

della scuola

sita in Via Cap

Localitàprov.

consapevole che il personale scolastico non ha competenze né funzioni sanitarie, informato/a sulle procedure attivate da codesta Istituzione Scolastica per la somministrazione di farmaci in orario scolastico, secondo procedure predefinite e concordate,

CHIEDO

(barrare la scelta)

di accedere alla sede scolastica per somministrare il farmaco a mio/mia figlio/a

oppure:

che a mio/a figlio/a sia somministrato in orario scolastico il farmaco come da certificazione medica allegata (scrivere nome commerciale).....

Consegno n..... confezioni integre.

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03.

In fede

Firma del genitore o chi ne fa le veci

.....

Numeri di telefono utili:

famiglia/pediatra di libera scelta/medico di medicina generale

--

Allegato II

**Fac-simile per la comunicazione di assunzione di farmaci in orario ed ambito scolastico
(in caso di alunno/a maggiorenne)**

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia

Io sottoscritto/a (Cognome e Nome)

nato ail.....

residente a in Via..... tel.....

studente/studentessa che frequenta la classe sezione

della scuola

sita in ViaCap

Localitàprov.

COMUNICO

che in orario scolastico assumo il farmaco (scrivere nome commerciale).....
come da certificazione medica allegata.

Acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del D.lgs n. 196/03 (i dati sensibili sono i dati idonei a rilevare lo stato di salute delle persone) (barrare la scelta):

SI' NO

In fede

Firma dell'interessato/a

.....

Data

--

Allegato III

Fac-simile Piano Terapeutico Individuale (PTI) per la somministrazione di farmaci in orario e ambito scolastico

Al Dirigente Scolastico/ Responsabile strutture educative
Scuola/Istituto Comprensivo

Nome.....

Via.....

Località..... Provincia.....

Constatata la assoluta necessita SI PRESCRIVE la somministrazione dei farmaci sotto indicati in orario ed ambito scolastico all'alunno/a

Cognome e Nome

data e luogo di nascita.....

residente ain Via.....tel.....

A) Nome commerciale del farmaco

Durata della terapia:

dal al

per l'intero anno scolastico

1 A) Somministrazione quotidiana:

Orario e dose da somministrare

Mattina..... dose.....

Pasto..... dose.....

Pomeriggio..... dose.....

Modalità di somministrazione

2 A) Somministrazione al bisogno:

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione al bisogno del farmaco (specificare):

Capacità dell'alunno/a ad effettuare l'auto-somministrazione del farmaco ad eccezione che si tratti di farmaco salvavita (barrare la scelta): SI NO

Modalità di conservazione

Note per eventuali effetti collaterali

Note di formazione specifica per personale scolastico

B) Nome commerciale del farmaco **salvavita**

Modalità di somministrazione

Descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco (specificare):

Modalità di conservazione

Note per eventuali effetti collaterali

Note di formazione specifica per personale scolastico

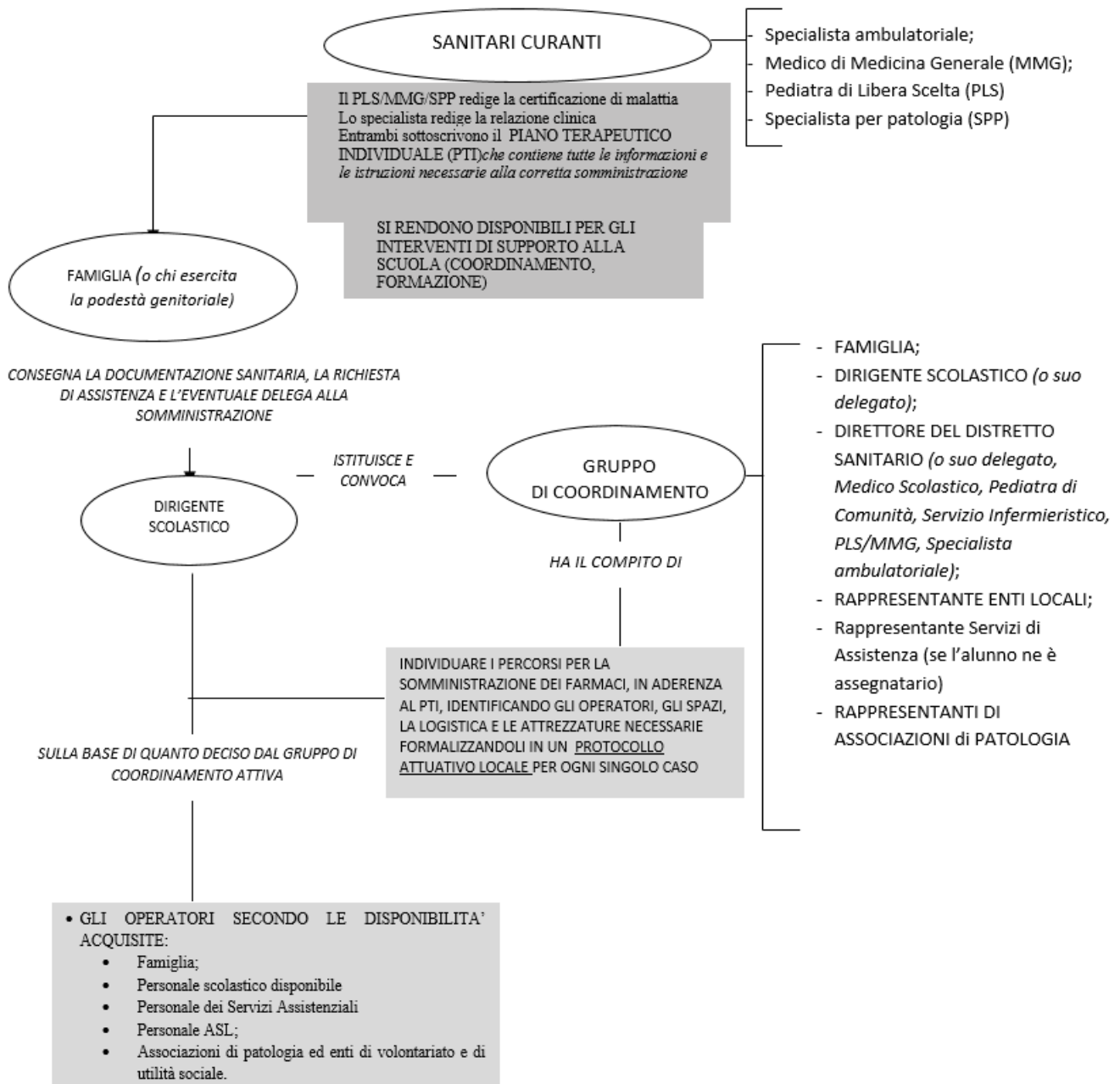
Data

Medico (Timbro e Firma)

--

Allegato IV

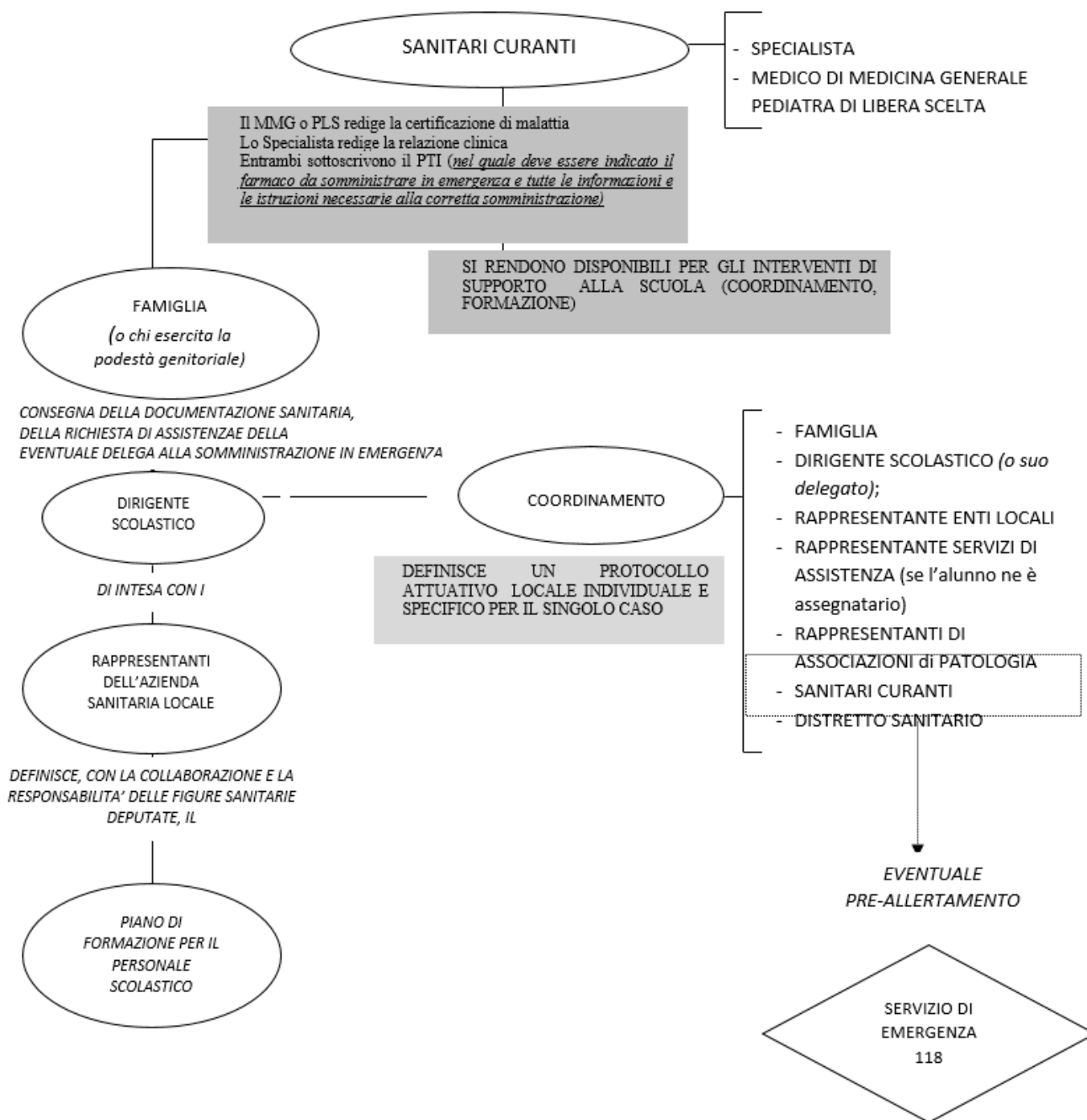
Modello di intervento per la somministrazione dei farmaci per assicurare la continuità terapeutica



--

Allegato V

Flow chart: percorso per la somministrazione dei farmaci in emergenza



2.2

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

Sostituire l'articolo con il seguente:

"Art. 2 (Diritti delle persone con epilessia in condizione di farmacoresistenza)

1. La farmacoresistenza è la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante l'appropriatezza della terapia che assume.

2. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali.

3. Qualsiasi distinzione, esclusione o restrizione nei confronti di persone con epilessia a causa di tale condizione patologica comporta l'adozione di misure di promozione dell'autonomia e di inclusione sociale, nonché di ragionevole accomodamento ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione delle Nazioni

Unite sui diritti delle persone con disabilità, fatta a New York il 13 dicembre 2006, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 3 marzo 2009, n. 18, di seguito denominata «Convenzione».

4. La certificazione di farmacoresistenza deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia farmacoresistente a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

5. Alla persona certificata di epilessia farmacoresistente che richieda il riconoscimento dello stato di invalidità civile, è riconosciuta dalla commissione medico-legale di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o dall'organo competente secondo le leggi pro tempore vigenti, l'invalidità minima del 46% e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60% anche ai sensi dell'art. 4, comma 3-bis, della legge n. 68 del 1999.

6. È fatto salvo il diritto della persona in condizione di farmacoresistenza, ove ne ricorrano i presupposti, a ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 3 del presente articolo e anche la connotazione di gravità di cui all'art. 3, commi 1 e 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104.

7. Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia farmacoresistente, a prescindere dalla percentuale di invalidità che le è stata riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmacoresistenza è stata certificata.

8. Con apposito Decreto del Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, sentita la Commissione nazionale permanente per l'epilessia di cui all'articolo 4, da emanarsi entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità con cui le Istituzioni e gli operatori scolastici devono assicurare agli studenti il diritto all'istruzione, la promozione della salute, la prevenzione delle complicanze dell'epilessia, garantire la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia nelle scuole di ogni ordine e grado, anche attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale che, a qualunque titolo, opera nella scuola, inclusi i Dirigenti Scolastici, al fine di evitare le situazioni che costituiscono grave pericolo per la sicurezza degli studenti con epilessia ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che ne limitano l'integrazione sociale e conducono alla loro stigmatizzazione."

2.3

La Relatrice

Nella rubrica sostituire le parole «farmaco-resistenti» con la seguente «attiva».

2.4

La Relatrice

Al comma 1, sostituire le parole «Le limitazioni previste dalla legislazione vigente in conseguenza di uno stato patologico determinato da crisi epilettica o epilessia» con le seguenti «Le limitazioni conseguenti dallo stato patologico determinato da epilessia»

2.5

[Faraone, Parente](#)

All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:

- 1) al comma 1 le parole «crisi epilettica o» sono soppresse;
- 2) al comma 3:
 - a) le parole «crisi epilettica o» sono soppresse;
 - b) le parole «dall'avvio di ricerca di terapia tollerata ed appropriata» sono soppresse;
 - c) l'ultimo periodo è soppresso;
- 3) il comma 4 è soppresso;
- 4) il comma 5 è soppresso;

5) il comma 6 è soppresso;

6) il comma 7 è soppresso.

2.6

La Relatrice

Al comma 1 sostituire le parole di «specialista in neurologia o disciplina affine» con le seguenti «specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, o affine».

2.7

[Boldrini](#)

Al comma 1, sostituire le parole «che certifichi tale condizione patologica» con le seguenti «che certifichi, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali, tale condizione patologica e i motivi della limitazione imposta.»

2.8

La Relatrice

Sostituire i commi 3 e 4, con i seguenti:

«3. A seguito di diagnosi di epilessia da parte di un medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, o affine, il soggetto preso in cura può richiedere apposito accertamento da parte della commissione medico-legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, di seguito denominata «commissione medica», ai fini dell'accertamento dell'handicap. Alla persona presa in cura è comunque riconosciuta, per il periodo di un anno dall'avvio di ricerca di terapia tollerata ed appropriata e ai soli fini dell'articolo 4, commi 3-*bis* e 4, della legge n. 68 del 1999, un'invalità pari al 60 per cento anche qualora la percentuale di invalidità accertata dalla commissione medica sia inferiore.

4. Il Ministro della sanità provvede con proprio decreto, da emanare entro sessanta giorni dalla data di approvazione della presente legge, all'aggiornamento della tabella indicativa delle percentuali d'invalità per le minorazioni e malattie invalidanti relativamente alle forme di epilessia al fine di rendere maggiormente specifici ed attuali i vigenti indici di gravità della patologia e di impatto della stessa sulla qualità di vita e sul grado di autonomia del soggetto.»;

2.9

[Boldrini](#)

Al comma 3, apportare le seguenti modificazioni:

a) al primo periodo, sostituire le parole "ed accertamento" con le seguenti: ", qualora l'interessato richieda l'accertamento dell'invalità civile,";

b) al secondo periodo, sostituire le parole "Alla persona" con le seguenti: "Qualora detta persona con epilessia sia".

2.10

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

Sostituire i commi 4, 5 e 6 con i seguenti:

«4. Ai fini della presente legge s'intende per "farmacoresistenza" la condizione nella quale versa la persona con epilessia che non è libera da crisi epilettiche nonostante l'appropriatezza della terapia che assume.

5. La condizione di farmacoresistenza delle persone con epilessia è certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali.

6. Tale certificazione deve contenere l'indicazione della data della diagnosi di farmacoresistenza e, qualora ne ricorrano i presupposti, il diritto della persona con epilessia farmacoresistente a vedersi riconosciute le agevolazioni previste per la ridotta mobilità e, in particolare, il diritto a vedersi

riconosciuto il rilascio del contrassegno di cui all'art. 381 del Regolamento di cui al decreto del Presidente della Repubblica 16 dicembre 1992, n. 495.

6-bis. Alla persona certificata di epilessia farmaco-resistente che richieda il riconoscimento dello stato di invalidità civile, è riconosciuta dalla commissione medico-legale di cui all'art. 4 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o dall'organo competente secondo le leggi *pro tempore* vigenti, l'invalidità minima del 46% e, se già occupata in azienda pubblica o privata, l'invalidità minima del 60% anche ai sensi dell'art. 4, comma 3-*bis*, della legge n. 68 del 1999.

6-ter. È fatto salvo il diritto della persona in condizione di farmaco-resistenza, ove ne ricorrono i presupposti, a ottenere il riconoscimento di un grado di invalidità superiore a quello previsto dal comma 3 del presente articolo e anche la connotazione di gravità di cui all'art. 3, commi 1 e 3 della legge 5 febbraio 1992, n. 104.

6-quater. Ai fini dell'accertamento dello stato di invalidità, la persona con epilessia farmaco-resistente, a prescindere dalla percentuale di invalidità che le è stata riconosciuta, non può essere sottoposta a revisione con una frequenza inferiore al periodo per il quale la farmaco-resistenza è stata certificata.»

2.11

[Boldrini](#)

Al comma 4, dopo le parole "forme di epilessia farmaco-resistenti" inserire le seguenti: "certificata da un medico specialista in neurologia o disciplina affine, in coerenza con le linee guida nazionali e internazionali, con crisi con perdita di contatto con l'ambiente o capacità d'agire,".

2.12

La Relatrice

All'articolo apportare le seguenti modifiche:

a) *al comma 5, dopo le parole «epilessia farmaco-resistenti'» inserire le seguenti «con crisi con perdita di contatto con l'ambiente e/o capacità d'agire,»;*

b) *al comma 6, dopo le parole «epilessia farmaco-resistente'» inserire le seguenti «con crisi con perdita di contatto con l'ambiente e/o capacità d'agire,»*

2.13

[Boldrini](#)

Al comma 5, apportare le seguenti modificazioni:

a) *dopo le parole "forme di epilessia farmaco-resistenti" inserire le seguenti: "che manifesti crisi con perdita di contatto con l'ambiente o capacità d'agire, su richiesta dell'interessato ed";*

b) *sostituire le parole "commissione medica" con le seguenti: "apposita commissione medica integrata di cui alla legge 5 febbraio 1992, n. 104.«*

2.14

[Boldrini](#)

Al comma 6, dopo le parole "epilessia farmaco-resistente" inserire le seguenti: "che manifestino crisi con perdita di contatto con l'ambiente o capacità d'agire, su richiesta dell'interessato,".

2.15

[Boldrini](#)

Dopo il comma 6, inserire il seguente:

"6-bis. La revisione dello stato d'invalidità riconosciuto a persona affetta epilessia farmaco-resistente, se non subentra modifica di detta condizione patologica, deve essere intervallata su frequenza non inferiore al precedente intervallo di tempo per cui sia stata certificata da medico specialista in neurologia o disciplina affine."

2.16

[Boldrini](#)

Al comma 7, sostituire le parole "affetti da forme di epilessia farmaco-resistenti per i quali è stata rilasciata un'idonea prescrizione medica e' garantita dalle autorità scolastiche" con le seguenti: "affetti da epilessia, su richiesta della famiglia o, se maggiorenne, dell'interessato, e per i quali è stata rilasciata un'idonea prescrizione medica, è garantita dalle autorità scolastiche, come dalle relative raccomandazioni del Ministero dell'istruzione, dell'università e ricerca e Ministero della salute del 25 novembre 2005 contenenti le linee guida per la definizione degli interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico."

2.17

La Relatrice

Al comma 7 sopprimere le parole «farmaco-resistenti»

2.18

La Relatrice

Al comma 7 dopo le parole «autorità scolastiche» inserire le seguenti «in conformità alle Raccomandazioni del 25 novembre 2005 del Ministero dell'Istruzione, università e ricerca e del Ministero della salute per la definizione di interventi finalizzati all'assistenza di studenti che necessitano di somministrazione di farmaci in orario scolastico e previa autorizzazione dei genitori esercenti la responsabilità genitoriale, dei tutori o dei soggetti affidatari»

2.19

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Zaffini](#), [Binetti](#)

Dopo il comma 7, aggiungere i seguenti:

"7-bis. L'articolo 33, comma 1, del testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53, di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, è sostituito dal seguente: «1. Per ogni minore con handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'articolo 4, comma 1, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, la lavoratrice madre o, in alternativa, il lavoratore padre, hanno diritto, entro il compimento del sedicesimo anno di vita del bambino, al prolungamento del congedo parentale, fruibile in misura continuativa o frazionata, per un periodo massimo, comprensivo dei periodi di cui all'articolo 32, non superiore a quattro anni, a condizione che il bambino non sia ricoverato a tempo pieno presso istituti specializzati, salvo che, in tal caso, sia richiesta dai sanitari la presenza del genitore.».

7-ter. Ai maggiori oneri derivanti dall'attuazione delle disposizioni di cui al comma 7-bis, valutati in 5 milioni di euro annui a decorrere dal 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione del Fondo per le esigenze indifferibili di cui all'articolo 1, comma 199, della legge 23 dicembre 2014, n. 190".

2.20

[Boldrini](#)

Dopo il comma 7, inserire il seguente:

"7-bis. Con apposito decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'istruzione, il Ministero dell'università e della ricerca, e il Ministro del lavoro e delle politiche sociali, sentita la Commissione nazionale permanente per l'epilessia di cui all'articolo 4, da adottare entro novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, sono stabilite le modalità con cui le scuole, di ogni ordine e grado e le università assicurano agli studenti affetti da epilessia il diritto all'istruzione, la promozione della salute, la prevenzione delle complicanze dell'epilessia, la sensibilizzazione e l'informazione sull'epilessia, anche attraverso idonei piani di formazione rivolti al personale docente e non docente che, a qualunque titolo, opera nelle scuole e nelle università, nonché gli uffici competenti al collocamento mirato di cui alla legge 12 marzo 1999, n.68, garantiscono la formazione e l'avvio al lavoro, al fine di evitare le situazioni che costituiscono pericolo per la sicurezza delle persone affette ed eliminare i pregiudizi e le discriminazioni che ne limitano l'integrazione

sociale e conducono alla loro stigmatizzazione."

Art. 3

3.1

[Faraone](#), [Parente](#)

L'articolo è soppresso.

3.2

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

Sostituire l'articolo con il seguente:

«ART. 3 (*Estensione della tutela del diritto antidiscriminatorio alle persone con epilessia*)

1. Le persone con epilessia non devono essere discriminate in ragione della loro malattia. L'adozione nei confronti di persona con epilessia di comportamenti che, ai sensi dell'articolo 3 della Costituzione, comportino la violazione del principio di parità di trattamento, anche parziale e/o temporanea, deve essere giustificata sulla base di idonea certificazione, rilasciata da medico specialista in neurologia o disciplina affine, contenente la specifica indicazione delle ragioni cliniche che giustificano la disparità di trattamento.

2. La tutela di cui alla Legge 67 del 01.03.2006 è estesa alla persona con epilessia nei seguenti casi:

- a) qualora venga discriminata in ragione della sua malattia;
- b) qualora a seguito della certificazione di cui all'articolo 2, comma 1, non si facciano decadere, nei suoi confronti, tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico.»

3.3

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

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente:

«2. La tutela di cui alla Legge 67 del 01.03.2006 è estesa alla persona con epilessia nei seguenti casi:

- a) qualora venga discriminata in ragione della sua malattia;
- b) qualora a seguito della certificazione di cui all'articolo 1, non si facciano decadere, nei suoi confronti, tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico.»

Art. 4

4.1

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

Sostituire l'articolo con il seguente:

«ART. 4 (*Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia*)

1. È istituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale Permanente per l'Epilessia, con il compito di tutelare il diritto delle persone con epilessia a non essere discriminate in ragione della loro malattia e ad avere su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di assistenza, uniformi e omogenei.

2. L'Osservatorio definisce il Piano Nazionale per l'Epilessia con il quale:

- a) propone al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;
- b) monitora l'adozione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano delle iniziative a favore dei pazienti affetti da epilessia proponendo, ove necessario, gli interventi ritenuti opportuni per il conseguimento degli obiettivi alle quali esse sono preordinate;
- c) propone alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e ove già

adottati, ne valuta l'idoneità;

d) predisporre la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992;

e) incentiva l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;

f) adotta le azioni necessarie al superamento di ogni pregiudizio sull'epilessia e all'integrazione sociale delle persone con epilessia nonché a promuovere la ricerca, l'assistenza e la cura delle epilessie.

3. L'Osservatorio nazionale permanente per le epilessie, per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali può chiedere che suoi rappresentanti vengano sentiti dai Ministeri competenti, dall'AIFA, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano

4. L'Osservatorio è composto da nove membri nominati dal Ministro della Salute: quattro proposti da enti del terzo settore rappresentativi delle persone con epilessia operanti sul territorio nazionale, scelti tra soggetti in possesso di qualifica EUPATI o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti alle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale Linee Guida; un presidente nominato dal Ministro della Salute. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengono prese a maggioranza.»

4.2

[Boldrini](#)

Sostituire l'articolo con il seguente:

"Art. 4.

(Commissione nazionale permanente per la cura delle epilessie)

"1. Allo scopo di garantire alle persone con epilessia la rimozione di fattori discriminanti, adeguata presa in cura sanitaria e sociale omogenea su tutto il territorio nazionale, promozione della formazione degli operatori dei servizi di riferimento, della ricerca scientifica e di una cultura sociale consapevole ed inclusiva, è istituita, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, con decreto del Ministro della salute e presso lo stesso, la Commissione nazionale permanente per l'epilessia, con il compito di proporre:

a) gli indirizzi programmatici nell'ambito del Piano sanitario nazionale (PSN), del Piano nazionale della cronicità (PNC) e di quanto necessario per la predisposizione di atti del Governo concernenti l'epilessia anche valorizzando buone pratiche attuate a livello regionale;

b) l'aggiornamento dei criteri per la definizione del grado d'invalidità per le persone con epilessia e, la costituzione di uno specifico osservatorio-registro, monitorarne i dati della presa in cura, sanitaria e sociale;

c) la promozione, assieme agli altri Ministeri ed Istituzioni competenti, di tutte le azioni ritenute necessarie per superare i persistenti pregiudizi sulle epilessie e predisporre programmi per la ricerca scientifica, la cura e l'inclusione sociale, specialmente in ambito scolastico e lavorativo, in favore delle persone affette da epilessia e delle loro famiglie;

d) interventi formativi e informativi, relativi alla prima comunicazione della diagnosi di epilessia e del conseguente stato invalidante, nonché all'accesso ai percorsi di cura e di inclusione sociale;

e) l'istituzione di corsi universitari di perfezionamento post laurea per la prevenzione e la cura dell'epilessia e l'aggiornamento, tramite il relativo sistema nazionale, delle Linee Guida di riferimento;

f) l'accesso universale ai farmaci innovativi e ai dispositivi elettromedicali di neuro modulazione per la cura delle epilessie e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza;

g) la promozione, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le provincie autonome di Trento e di Bolzano, l'istituzione, in ogni regione, di «Percorso epilessia», ovvero di una rete di centri di riferimento che, in rapporto di sussidiarietà anche con le associazioni locali di volontariato, garantisca, con ambulatori dedicati, la cura delle persone con epilessia, anche per la loro inclusione sociale con un omogeneo trattamento specifico, assicurato, con adeguati Piani Diagnostici Terapeutici ed Assistenziali, su tutto il territorio nazionale;

h) ogni utile iniziativa atta a superare i pregiudizi sulle epilessie e a favorire la promozione della ricerca, della dotazione e formazione, anche universitaria, del competente personale sanitario e degli altri servizi dedicati, della cura sanitaria e sociale, nonché dell'inclusione sociale delle persone con epilessia e delle loro famiglie.

2. La Commissione nazionale permanente per l'epilessia, presieduta dal Ministro della salute è composta da 11 membri nominati dallo stesso: il presidente, quattro membri indicati dalle associazioni delle persone con epilessia afferenti al Terzo Settore, quattro specialisti indicati dalle società scientifiche di riferimento per l'epilessia incluse nel registro del sistema nazionale delle Linee guida, un componente indicato dal Ministero dell'Istruzione e un altro dalla Conferenza delle Regioni. Per detti membri è previsto il divieto di compensi, indennità, rimborsi o altri emolumenti comunque denominati. A seguito della prima convocazione la Commissione nazionale permanente per le epilessie adotta un regolamento per il proprio funzionamento."

4.3

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

All'articolo 4 apportare le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, dopo la lettera a), sono aggiunte le seguenti:

«a-bis) propone al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;

a-ter) incentiva l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;»;

b) il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. La Commissione è composta da nove membri nominati dal Ministro della Salute di cui quattro sono proposti da enti del terzo settore rappresentativi delle persone con epilessia operanti sul territorio nazionale, scelti tra soggetti in possesso di qualifica EUPATI o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti dalle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale Linee Guida; un presidente scelto dal Ministro della Salute. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengano prese a maggioranza.»

4.4

La Relatrice

Al comma 1, dopo la lettera a), inserire le seguenti:

«a-bis) proporre gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico;

a-ter) incentivare l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;»

4.5

[Faraone](#), [Parente](#)

All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:

1) al comma 1, la lettera f) è soppressa;

2) il comma 2, primo periodo, è sostituito dal seguente:

«La Commissione nazionale permanente per l'epilessia è composta da un esperto indicato dal Ministero della Salute, due rappresentanti delle associazioni delle persone con epilessia, quattro specialisti indicati da 4 società scientifiche di riferimento per l'epilessia, individuate dal Ministero della Salute ed incluse nel Registro del Sistema Nazionale Linee Guida.»

4.6

La Relatrice

Al comma 1, sopprimere la lettera f).

4.7

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

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

h) propone alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e ove già adottati, ne valuta l'idoneità;

i) predisporre la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992;

l) incentiva l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali.»

4.8

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

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

h) garantire il diritto al lavoro dei malati di epilessia, realizzando i percorsi formativi e di inserimento lavorativo ordinario e obbligatorio, rapportati all'effettivo stato invalidante, al controllo delle crisi con appropriata terapia e alle caratteristiche della occupazione. A tal fine sarà promossa ogni utile collaborazione con le organizzazioni dei datori di lavoro e con le organizzazioni sindacali.»

4.9

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

Sostituire il comma 2 con il seguente:

«2. L'Osservatorio è composto da nove membri nominati dal Ministro della Salute: quattro proposti da enti del terzo settore rappresentativi delle persone con epilessia operanti sul territorio nazionale, scelti tra soggetti in possesso di qualifica EUPATI o equipollente; quattro scelti tra i medici con specifiche e documentate competenze in materia epilettologica, proposti alle società scientifiche di riferimento operanti sul territorio nazionale incluse nel registro del sistema nazionale Linee Guida; un presidente nominato dal Ministro della Salute. Alla prima convocazione la Commissione adotta il regolamento recante le norme per il suo funzionamento, prevedendo che le sue decisioni vengono prese a maggioranza.»

Conseguentemente, sostituire la rubrica con la seguente: "(Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia)"

e, ovunque ricorrano, sostituire le parole "Commissione nazionale" con le parole "Osservatorio nazionale".

4.10

La Relatrice

Sostituire il comma 2 con il seguente:

«2. La Commissione nazionale permanente per l'epilessia è composta, oltre che da tre esperti indicati dal Ministero della salute, da tre membri indicati dalle associazioni delle persone con epilessia, da tre specialisti indicati dalle società scientifiche di riferimento per l'epilessia. Il Presidente è eletto dai membri della Commissione tra i tre esperti nominati dal Ministero della salute. A seguito della prima convocazione la Commissione nazionale permanente per le epilessie adotta un regolamento per il proprio funzionamento.»

Art. 5

5.1

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

Sostituire l'articolo con il seguente:

«ART. 5 (Norme in materia di rilascio della patente di guida in favore delle persone affette da epilessia)

1. I costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti di guida speciali e/o sottoposte a restrizioni, non possono superare, per identici periodi di tempo, i costi per il rilascio e per il rinnovo delle patenti ordinarie di guida.

2. I benefici riguardanti la scelta della sede di lavoro e il trasferimento, previsti dall'articolo 21 e dall'articolo 33, comma 6, della legge 5 febbraio 1992, n. 104, e successive modificazioni, sono estesi a tutti i soggetti con epilessia che, a causa della loro condizione patologica, non sono abilitati alla guida di un veicolo.

3. Al D.Lgs. 18 aprile 2011, n.59 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il punto D.4. dell'allegato III è sostituito con il seguente: *"Il conseguimento/rinnovo della patente alle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni";*

b) il punto D.5. dell'allegato III del D.Lgs. 11/04/2011 n. 59 il primo periodo è sostituito dal seguente: *"Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi";*

c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente: *"D.5.bis. Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida"*

d) al punto D.7.1. è soppresso tutto il testo dopo la fine del primo periodo del secondo capoverso (da "Vi" alla fine del periodo).

e) al punto D.8.1.: al primo periodo, dopo la parola "candidato" sono aggiunte le seguenti parole: *"deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";* le parole da "non" a "crisi" sono soppresse;

f) al punto D.8.3., nel primo periodo, dopo la parola "guida" sono inserite le seguenti parole: *"se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale."*;

g) il punto D.8.5 è soppresso.»

5.2

Boldrini

All'articolo 5, apportare le seguenti modificazioni:

a) sopprimere il comma 1;

b) al comma 2, sostituire la parola "disabili" con le seguenti: "con disabilità";

c) sostituire il comma 3 con il seguente:

"3. Ai fini del completo recepimento della direttiva 2009/112/CE della Commissione, del 25 agosto 2009, all'allegato III al decreto legislativo 18 aprile 2011, n. 59, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) al punto D.2 la parola "equipollente" è sostituita con "affine" e le parole tra parentesi sono soppresse. La parola "equipollente" è sostituita con "affine" anche nei successivi punti D.3, D.4, D.5.

b) al punto D.7.1, sono apportate le seguenti modificazioni:

1) al primo periodo, le parole: «in assenza di terapia» sono soppresse;

2) al terzo periodo, dopo la parola: «epilessia» sono inserite le seguenti: «, qualora questa possa compromettere la capacità di guidare autoveicoli,»;

c) al punto D.8.3, la parola: «dieci» è sostituita dalla seguente: «cinque».

d) sostituire il comma 4 con il seguente: "4. All'Allegato I del Decreto Ministeriale 29 luglio 2008 n. 146 - MIT -, la lettera E. Epilessia è sostituita dalla seguente: E. Epilessia. La patente nautica per la navigazione entro 12 miglia dalla costa è rilasciata o convalidata alle persone con epilessia che non presentino crisi comiziali o le presentino esclusivamente in sonno da almeno un anno. Tale condizione è verificata dalla competente commissione medico legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 sulla base di certificazione, di data non anteriore a trenta giorni, redatta dal medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e s. m. e i.). La validità di tale patente nautica deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche. La patente nautica per la navigazione senza alcun limite dalla costa o per navi da diporto non è rilasciata né convalidata ai soggetti con epilessia in atto affetti o che abbiano sofferto in passato di manifestazioni epilettiche ripetute, se non a fronte di riconoscimento di guarigione."

5.3

Binetti, Rizzotti, Stabile, Siclari, Fregolent, Zaffini

Sostituire il comma 3 con il seguente:

«3. Al D.Lgs. 18 aprile 2011, n.59 sono apportate le seguenti modificazioni:

a) il punto D.4. dell'allegato III è sostituito con il seguente: "Il conseguimento/rinnovo della patente alle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni";

- b) il punto D.5. dell'allegato III del D.Lgs. 11/04/2011 n. 59 il primo periodo è sostituito dal seguente: "Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi";
- c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente: "D.5.bis. Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida"
- d) al punto D.7.1. è soppresso tutto il testo dopo la fine del primo periodo del secondo capoverso (da "Vi" alla fine del periodo).
- e) al punto D.8.1.:
- 1) al primo periodo, dopo la parola "candidato" sono aggiunte le seguenti parole: "deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";
- 2) le parole da "non" a "crisi" sono soppresse;
- f) al punto D.8.3., nel primo periodo, dopo la parola "guida" sono inserite le seguenti parole: "se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.";
- g) Il punto D.8.5 è soppresso.»

5.4

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

Sostituire il comma 3 con il seguente:

«3. Al Decreto Legislativo del 18 aprile 2011, n.59, recante disposizioni in materia di rilascio della patente di guida e di diritto alla mobilità in favore delle persone con epilessia, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) il punto D.4 è sostituito con il seguente:
- »D.4. Il conseguimento o il rinnovo della patente alle persone che in forza di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale, non è più soggetto a restrizioni o limitazioni ad eccezione delle patenti di guida rientranti nelle categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E.«;
- b) il primo periodo del punto D.5. è sostituito dal seguente: »Le persone affette da epilessia in terapia e senza crisi da almeno un anno possono ottenere il rilascio o il rinnovo della patente speciale di guida per le categorie A e B per un periodo pari a quello dell'assenza di crisi.«;
- c) dopo il punto D.5. è inserito il seguente:
- »D.5.bis - Previa presentazione di una certificazione medica specialistica attestante la diagnosi di

una forma di epilessia che non compromette la capacità del soggetto di guidare ogni tipo di veicolo e previo accertamento effettuato dalla competente commissione medico-legale, il medesimo soggetto ha diritto al rilascio e al rinnovo della patente ordinaria di guida per tutte le categorie di veicoli ad eccezione delle patenti di guida rientranti nelle categorie C, CE, C1, C1E, D, DE, D1 e D1E.«;

d) al punto D.7.1. il terzo periodo è soppresso;

e) al punto D.8.1., il primo periodo è sostituito dal seguente: »il candidato deve essere in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.« Le parole da »non« a »crisi« sono soppresse.;

f) il punto D.8.3 è sostituito dal seguente:

»D.8.3. Prima o unica crisi epilettica non provocata: il candidato che ha avuto una prima crisi epilettica non provocata può essere dichiarato idoneo alla guida se in possesso di certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in una disciplina affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali, attesti che la persona certificata ha avuto una sindrome epilettica età-dipendente e ha superato l'età applicabile, oppure che è rimasta libera da crisi negli ultimi dieci anni, in assenza di farmaci epilettici negli ultimi 5 anni, oppure che non assume farmaci antiepilettici e corre il rischio di ricorrenza di epilessia in misura sovrapponibile a quello della popolazione generale.« ed è soppresso il resto del periodo.»

5.5

[Faraone](#), [Parente](#)

Al comma 3, lettera a), i punti 2), 3) e 4) sono soppressi.

5.6

[Faraone](#), [Parente](#)

Dopo il comma 3 aggiungere il seguente:

«3-bis. La lettera E. Epilessia dell'Allegato I del Decreto Ministeriale 29 luglio 2008 n. 146 - MIT - è sostituito dal seguente testo: E. Epilessia. La patente nautica per la navigazione entro 12 miglia dalla costa è rilasciata o convalidata alle persone con epilessia che non presentino crisi comiziali o le presentino esclusivamente in sonno da almeno un anno. Tale condizione è verificata dalla competente commissione medicolegale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104 sulla base di certificazione, di data non anteriore a trenta giorni, redatta dal medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, (ai sensi del D.M. 30 gennaio 1998 e s. m. e i.). La validità di tale patente nautica deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche. La patente nautica per la navigazione senza alcun limite dalla costa o per navi da diporto non è rilasciata né convalidata ai soggetti in atto affetti o che abbiano sofferto in passato di manifestazioni epilettiche ripetute. se non a fronte di riconoscimento di guarigione.»

5.0.1

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

Dopo l'articolo 5 aggiungere il seguente:

«ART. 6 (*Politiche regionali in materia di epilessia*)

1. Nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica e tenuto conto del nuovo Patto per la salute 2014-2016, con la procedura di cui all'articolo 5, comma 1, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, si provvede all'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con l'inserimento, per quanto attiene all'epilessia, delle prestazioni necessarie per una diagnosi precoce, della cura e del trattamento

individualizzato, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche disponibili.

2. In ogni caso, i livelli essenziali di assistenza per l'epilessia devono prevedere:

a) per i soggetti già in possesso di diagnosi di epilessia, prima visita neurologica o neuropsichiatrica infantile,

b) visita di controllo;

c) le seguenti indagini elettroencefalografiche:

EEG Standard,

EEG Dinamico 24h,

Video-EEG, Poligrafia,

Poligrafia con Videoregistrazione,

Polisonnografia con videoregistrazione;

d) le seguenti indagini di neuroimmagine:

a) Tomografia Computerizzata (TC) cerebrale,

b) Risonanza Magnetica (RM) con e senza mezzo di contrasto,

c) Angio-TC,

d) Angio RM,

e) Tomografia con emissione di positroni (PET),

f) Scintigrafia cerebrale,

g) Tomografia computerizzata ad emissione di fotoni singoli (SPECT);

e) esami ematochimici di routine;

f) dosaggi plasmatici di tutti i farmaci antiepilettici.

1. Ai fini di cui al comma 1 del presente articolo, il Ministro della salute, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, conferisce a queste ultime, i seguenti compiti:

a) qualora alla data di entrata in vigore della presente legge non ne avessero ancora adottati, adottare percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) per la presa in carico di minori, adolescenti e adulti con epilessia;

b) istituire presso ogni regione, centri di riferimento con compiti di coordinamento dei servizi stessi nell'ambito della rete sanitaria regionale e delle province autonome, che garantiscono il funzionamento dei servizi di assistenza sanitaria alle persone con epilessia e provvedono ad assicurare un trattamento specifico, profilattico e sintomatico, anche domiciliare, ai soggetti con epilessia, in collaborazione con enti del Terzo Settore delle persone con epilessia e loro familiari;

c) garantire forme di assistenza specifica, integrativa degli interventi svolti dal servizio sanitario regionale, finalizzate all'ottimale inserimento sociale dei malati verificandone l'evoluzione e adottano misure idonee al conseguimento dei seguenti obiettivi:

1) la qualificazione dei servizi di cui al presente comma costituiti da unità funzionali multidisciplinari per la cura e, ove necessario, la riabilitazione delle persone con epilessia;

2) la definizione di equipe dedicate, nell'ambito dei servizi di neuropsichiatria dell'età evolutiva e dei servizi per l'età adulta, delle quali fanno parte gli enti del Terzo Settore rappresentanti delle persone con epilessia, che partecipino alla definizione del piano di assistenza, ne valutino l'andamento e svolgano attività di consulenza anche in sinergia con le altre attività dei servizi stessi;

3) promozione dell'informazione e l'introduzione di un coordinatore degli interventi multidisciplinari;

4) promozione del coordinamento degli interventi e dei servizi di cui al presente comma per assicurare la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali nel corso della vita della

persona con epilessia;

5) l'incentivazione di progetti dedicati alla formazione e al sostegno delle famiglie che hanno in carico persone con epilessie e che ne facciano richiesta;

6) la disponibilità sul territorio di strutture semiresidenziali e residenziali accreditate, pubbliche e private, con competenze specifiche sull'epilessia e, in particolare, sull'epilessia farmacoresistente, in grado di effettuare la presa in carico di soggetti minori, adolescenti e adulti con epilessia anche farmacoresistente;

7) la promozione di progetti finalizzati all'inserimento lavorativo di persone adulte con epilessia, idonei a valorizzarne le capacità e l'idoneità al lavoro, a prescindere dal grado di gravità della malattia e a impedirne ogni forma di discriminazione.»

5.0.2

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

Dopo l'articolo 5 aggiungere il seguente:

«ART. 6 (Copertura finanziaria)

1. All'onere derivante dalla presente legge, valutato in 500 mila euro a decorrere dal 2020, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2020-2022, nell'ambito del programma « Fondi di riserva e speciali » della missione «Fondi da ripartire» dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2020, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute.»

Tit.1

[Boldrini](#)

Sostituire il titolo con il seguente: « Disposizioni concernenti la piena cittadinanza delle persone affette da epilessia».

Tit.2

La Relatrice

Nel Titolo sostituire le parole « la piena cittadinanza» con «dei diritti»

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1201](#)

Art. 3

3.200

Il Relatore

Al comma 3, ultimo periodo, le parole da "locale" fino al termine del periodo sono sostituite dalle seguenti: "della stessa in Italia".

Art. 5

5.200

Il Relatore

Al comma 3, le parole " dei dati previsti dall'articolo 3, comma 4" sono sostituite dalle seguenti: "delle comunicazioni, dei dati e degli atti di cui al comma 2".

Art. 6

6.300

Il Relatore

Al comma 2, dopo le parole "dell'erogazione" sono inserite le seguenti: ", pattuita o eseguita,".

ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1441](#)

G/1441/1/12

[Boldrini](#)

La 12ª Commissione,

premessò che:

sta finalmente per diventare legge un provvedimento che dà importanti risposte in tema di potenziamento delle opportunità di salvare vite umane;

57.000 persone muoiono ogni anno in Italia per arresto cardiaco, 156 persone ogni giorno, una ogni nove minuti;

l'arresto cardiaco è la causa del 10 per cento dei decessi che si verificano ogni anno in Italia;

si tratta di un provvedimento che interviene in modo concreto sul problema prevedendo la diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE), l'installazione dei DAE nei luoghi pubblici, l'utilizzo dei DAE da parte di società sportive che usufruiscono di impianti sportivi pubblici, l'introduzione dell'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e dell'uso del DAE, la registrazione dei DAE presso le centrali operative del sistema di emergenza sanitaria «118», la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE più vicini al luogo ove si sia verificata l'emergenza e, *last but not least*, la possibilità di utilizzo del DAE anche a chi non ha ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare, stabilendo altresì la salvaguardia giuridica rispetto a tutti gli eventi riconducibili ai tentativi di rianimazione e defibrillazione con defibrillatori nei confronti della vittima;

si tratta di un provvedimento che mira a eliminare le insopportabili diversità esistenti a livello territoriale anche nel sistema di emergenza;

per alcune misure contenute nel provvedimento se ne prevede l'attuazione, da parte delle amministrazioni interessate, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica;

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di implementare nei prossimi provvedimenti le risorse destinate all'attuazione del presente provvedimento.

G/1441/2/12

[Faraone](#), [Parente](#)

La Commissione,

in sede di esame del disegno di legge recante "Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero",

premessò che:

come dimostrano le esperienze avviate in alcune parti d'Italia, l'adozione di un'applicazione mobile integrata per la rapida geolocalizzazione dei soccorritori e dei DAE consente di dare un impulso determinante alla diffusione e al corretto utilizzo di tali strumenti,

impegna il Governo:

a valutare l'opportunità di adottare misure volte alla creazione, in via sperimentale, di un'apposita applicazione mobile per monitorare il funzionamento e migliorare l'utilizzo dei DAE su tutto il territorio italiano.

G/1441/3/12

[Binetti](#)

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge recante "Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero",

premessò che:

i casi di arresto cardiaco sono molto numerosi e intervenire tempestivamente è vitale per salvare

una vita. Circa 60mila persone all'anno in Italia vengono colpite da un arresto cardiaco e il 70% di questi episodi avviene in presenza di qualcun altro. L'uso del defibrillatore associato alla rianimazione cardiopolmonare è un intervento che, se eseguito tempestivamente e nella maniera corretta, può salvare le persone vittime di un arresto cardiaco;

oggi molte persone potrebbero essere caute nell'usare un defibrillatore automatico per timore di rischiare qualcosa nel caso in cui l'arresto cardiaco sia fatale nonostante il pronto intervento. Ma per paura di essere puniti dalla legge nel caso di un mancato risultato positivo, oggi solo il 15% delle persone interviene per salvare chi è colpito da un arresto cardiaco, nonostante gli operatori del 118, in ogni caso, siano chiamati a supportare passo dopo passo chi segnala l'arresto cardiaco, per aiutarlo a valutare i segnali effettivi di un arresto cardiaco e per seguirlo nell'uso del defibrillatore;

già da diverse legislature sembra che il disegno di legge sui Defibrillatori, intesi come strumenti Salvavita, possa essere approvato velocemente, salvo poi assistere ad un suo blocco nel passaggio da una Camera all'altra. Questa volta è volontà condivisa, almeno attraverso il dibattito che si è svolto in commissione, che il ddl, già approvato all'unanimità alla Camera, possa essere velocemente approvato anche in Senato, rimandando ai successivi decreti attuativi quegli aspetti che potrebbero migliorare il testo e renderne più agevole l'applicazione;

uno degli aspetti emersi con maggiore chiarezza durante le audizioni svolte è una sorta di duplice paura che assale chi dovrebbe applicarlo: la paura a fare del danno al paziente, invece di riuscire ad aiutarlo adeguatamente e il timore che da eventuali errori commessi possa derivare per il soggetto che ha fatto uso del defibrillatore una qualche penalizzazione. Già durante l'approvazione alla Camera, è stato affermato con chiarezza che chi usa i defibrillatori per salvare una persona colpita da arresto cardiaco non è punibile per legge in nessun caso. Ma resta comunque forte l'altra paura: quella di arrecare un danno al paziente. Per cui il vero e proprio investimento va fatto sul piano della formazione, intesa come informazione, ma anche come esercitazione pratica, come sperimentazione nell'uso del defibrillatore, garantendo al paziente le migliori condizioni possibili;

serve quindi una formazione all'uso dei defibrillatori che inizi già nelle scuole primarie e secondarie e che trasmetta ai potenziali utenti la non punibilità delle azioni di chi interviene per salvare una vita umana in caso di arresto cardiaco. Ma serve anche una diffusione capillare degli apparecchi per la defibrillazione nelle sedi con almeno quindici dipendenti e con servizi aperti al pubblico. La loro installazione va poi considerata "prioritaria" nelle scuole di ogni ordine e grado e nelle università. Essenziale, a tal fine, l'installazione dei defibrillatori anche in condomini, aeroporti, alberghi, aerei, treni, navi e nei centri commerciali. Ogni luogo dove ci sono assemblamenti va quindi fornito di un defibrillatore,

impegna il governo:

a valutare la possibilità di condurre una intensa campagna di sensibilizzazione, di informazione e di formazione, che coinvolga docenti di ogni ordine e grado, in collaborazione con le famiglie nel caso dei soggetti più giovani, per introdurre l'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e di utilizzo del DAE e la disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo;

a valutare la possibilità di creare un'app o un tutorial, scaricabile sul cellulare, da cui sia possibile ricavare con facilità tutti i gesti e le manovre necessarie all'applicazione dei defibrillatori.

G/1441/4/12

[Leone](#)

Il Senato

premessi che

il provvedimento in esame è volto a favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni: *a)* presso le sedi delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in cui siano impiegati almeno quindici dipendenti e che abbiano servizi aperti al pubblico; *b)* negli aeroporti, nelle stazioni ferroviarie e nei porti, a bordo dei mezzi di trasporto aerei, ferroviari, marittimi e della navigazione

interna che effettuano tratte con percorrenza continuata, senza possibilità di fermate intermedie, della durata di almeno due ore;

l'articolo 1, definisce, altresì, il programma pluriennale per favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei DAE nei luoghi e sui mezzi di trasporto indicati al comma 1, con priorità per le scuole di ogni ordine e grado e per le università, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;

impegna il Governo

a valutare l'installazione obbligatoria dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni nei luoghi e nei mezzi di trasporti indicati al comma 1 dell'articolo 1 del presente provvedimento;

a valutare l'installazione obbligatoria dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni presso le scuole di ogni ordine e grado e le Università e a bordo degli autoveicoli in dotazione alle forze dell'ordine e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco su strada adibiti a servizi di polizia e di protezione civile

a prevedere agevolazioni fiscali per l'acquisto di DAE fino a un importo di 1.000 euro;

a prevedere l'istituzione in ogni regione e provincia il registro dei soccorritori e degli istruttori di BLSD, in cui vengono iscritti da chi gestisce i corsi di formazione i soggetti, residenti nella regione o nella provincia autonoma, in possesso dell'attestazione di cui all'allegato A del decreto del Ministro della salute 18 marzo 2011 e i soggetti abilitati all'erogazione dei corsi di formazione di cui all'allegato A dell'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 30 luglio 2015.

G/1441/5/12

[Castellone](#)

Il Senato

premesso che

l'articolo 1 prevede la definizione un programma pluriennale per la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni;

impegna il Governo:

a valutare la possibilità di rendere obbligatoria l'installazione dei DAE nei centri commerciali, negli alberghi, negli stabilimenti balneari, nelle farmacie, nelle palestre e nelle discoteche e a bordo degli autoveicoli in dotazione alle forze dell'ordine e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco su strada adibiti a servizi di polizia e di protezione civile;

a incentivare, anche attraverso l'individuazione di misure premiali, l'installazione dei DAE nei luoghi e nelle strutture aperte al pubblico, nel rispetto dell'equilibrio dei rispettivi bilanci e della normativa vigente;

a valutare la riduzione dell'iva al 5 per cento dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni;

a valutare l'istituzione di un fondo atto a garantire un contributo pari al 50 per cento del costo di acquisto di DAE per i condomini con un numero di unità abitative superiore a dieci che, previa richiesta, decidano di dotarsene;

a registrare il Punto di Defibrillazione Precoce con DAE presso la centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria "118" territorialmente competente, a cui devono essere altresì comunicati, attraverso opportuna modulistica informatica, l'esatta collocazione del dispositivo.

G/1441/6/12

[Drago](#)

Il Senato

premesso che

l'articolo 5 prevede l'introduzione dell'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e dell'uso del DAE;

considerato che

il comma 10 dell'articolo 1 della legge 13 luglio 2015, n. 107, prevede che "*Nelle scuole secondarie di primo e di secondo grado sono realizzate, nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica, iniziative di formazione rivolte agli studenti, per promuovere la conoscenza delle tecniche di primo soccorso, nel rispetto dell'autonomia scolastica, anche in collaborazione con il servizio di emergenza territoriale «118» del Servizio sanitario nazionale e con il contributo delle realtà del territorio.*";

il comma 1 dell'articolo 5 del presente provvedimento stabilisce, inoltre, che le iniziative di formazione volte alla comprensione le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base, l'uso del defibrillatore semiautomatico e automatico esterno e la disostruzione delle vie aeree del corpo estraneo;

impegna il Governo

al fine di salvaguardare la salute degli studenti, a prevedere nelle scuole pubbliche e private di ogni ordine e grado, ad esclusione della scuola dell'infanzia, la dotazione di defibrillatori semiautomatici in ognuna delle sedi impiegate per lo svolgimento dell'attività didattica, di quella sportiva e di ogni altra attività organizzata dall'istituto che comporti la presenza di uno o più studenti;

a prevedere la presenza, durante lo svolgimento delle attività scolastiche e in ognuna delle sedi, persone adeguatamente formate all'impiego dei dispositivi e a garantire la loro presenza, anche alternativamente, durante l'arco temporale in cui verranno svolte le attività didattiche, sia curricolari che extracurricolari.

a valutare per i fornitori degli istituti scolastici una compensazione, ai sensi del decreto legislativo 9 luglio 1997 n. 241, in misura pari al 100% dell'importo sostenuto per la dotazione di defibrillatori semiautomatici.

G/1441/7/12

[Marinello](#)

Il Senato

premesso che

il disegno di legge in esame reca disposizioni volte a favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni;

l'articolo 5 prevede l'introduzione dell'insegnamento della rianimazione cardiopolmonare di base e dell'uso del DAE;

considerato che

le iniziative di formazione volte alla comprensione le tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base, l'uso del defibrillatore semiautomatico e automatico esterno e la disostruzione delle vie aeree del corpo esterno sono di notevole importanza per poter intervenire tempestivamente a aiutare le persone in pericolo di vita;

impegna il Governo

ad incentivare iniziative di formazione al fine di garantire interventi tempestivi ed efficaci da parte di coloro che operano negli istituti scolastici, palestre, teatri, cinema e centri commerciali sulle manovre di base BLS (*Basic Life Support*) e della Posizione Laterale di Sicurezza (PLS).

G/1441/8/12

[Boldrini](#)

La 12ª Commissione,

premesso che:

l'articolo 8 del disegno di legge in esame riguarda le campagne di informazione e di sensibilizzazione sulle manovre di rianimazione cardiopolmonare e sull'uso dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE);

l'articolo 3 prevede che in assenza di personale sanitario o non sanitario formato, nei casi di sospetto arresto cardiaco è comunque consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico anche a chi non abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare, stabilendo altresì la salvaguardia giuridica rispetto a tutti gli eventi riconducibili ai tentativi di rianimazione e di defibrillazione con defibrillatori nei confronti della vittima;

proprio perché l'uso dei DAE non pone problemi diagnostici a chi lo usa, dato che è lo strumento stesso a riconoscere le condizioni del paziente, è di fondamentale importanza far capire a ogni cittadino che chiunque può usarli in modo appropriato, anche senza una specifica formazione;

l'uso tempestivo del DAE può rappresentare la differenza tra la vita e la morte ed è per questo motivo che occorre incentivarne l'utilizzo da parte di ogni cittadino che si trovi a poter soccorrere un'altra persona spiegando, in modo diffuso e convincente, che non sussiste alcun tipo di ostacolo, giuridico o medico, nell'intraprendere quella che spesso è l'unica scelta da fare per salvare una vita;

impegna il Governo:

ad attuare campagne di informazione e di sensibilizzazione che incentivino i cittadini all'utilizzo dei DAE spiegando in modo chiaro ed esauriente che non ci deve essere alcuna remora o timore nel soccorrere una persona che rischia di morire per un attacco cardiaco e che la tempestività nell'intervento può essere decisiva per salvare una vita.

Art. 1

1.1

[Faraone](#), [Parente](#)

All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:

1. Al comma 1, lett. a), le parole «in cui siano impiegati almeno quindici dipendenti e che abbiano servizi aperti al pubblico» sono soppresse.

2. Al comma 1, lett. b), aggiungere infine le seguenti parole «, nonché nelle aree di sosta».

1.2

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

Al comma 1, lettera a), sopprimere le seguenti parole:

" , in cui siano impiegati almeno quindici dipendenti e".

1.3

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

Dopo la lettera a) aggiungere la seguente:

«a-bis) a bordo dei mezzi operativi delle forze dell'ordine e dei vigili del fuoco;».

1.4

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

Al comma 1 lettera b) apportare le seguenti modifiche:

1) sopprimere le parole da "che effettuano" a "due ore";

2) dopo le parole "negli aeroporti" aggiungere le seguenti «nei parcheggi e nelle stazioni metro,".

1.5

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Cantù](#), [Marin](#)

Al comma 2, primo periodo, dopo le parole "mezzi di trasporto indicati al comma 1" inserire le seguenti:

« , ivi incluse le attività di formazione di cui al successivo art. 5 della presente norma»

Art. 2

2.1

[Faraone](#), [Parente](#)

All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:

1. *Al comma 1, dopo le parole "gli enti territoriali" sono aggiunte le seguenti: "*, sentito il parere della centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118» territorialmente competente".

2. *Al comma 3, dopo le parole "gli enti territoriali" sono aggiunte le seguenti: "*, sentito il parere della centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118» territorialmente competente".

2.2

[Faraone](#), [Parente](#)

All'articolo sono apportate le seguenti modificazioni:

1. *Al comma 2, dopo le parole «in teche», sono aggiunte le seguenti: «dotate di strumentazione che attiva la chiamata automatica della centrale 118».*

2. *Al comma 3, la parola «possono» è sostituita dalla seguente: «devono».*

2.3

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

Al comma 3 sostituire le parole "possono incentivare" con le seguenti:

"incentivano"

Art. 3

3.1

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

Al comma 1 lettera a) sopprimere il seguente periodo:

"Si applica l'articolo 54 del codice penale a colui che, non essendo in possesso dei predetti requisiti, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco, utilizza un defibrillatore o procede alla rianimazione cardiopolmonare."

3.2

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

*Al comma 1, lettera a), capoverso «1», al terzo periodo, sostituire le parole: "utilizza un defibrillatore o procede alla rianimazione cardiopolmonare", con le seguenti: «**utilizza un defibrillatore e/o procede alla rianimazione cardiopolmonare**».*

3.3

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

Al comma 1, lettera a), capoverso 1, aggiungere, in fine, il seguente periodo:

"Non sono punibili le azioni connesse all'uso del defibrillatore, nonché alla rianimazione cardiopolmonare intraprese dal personale non sanitario formato di cui al primo periodo che agisce in base all'articolo 51 del codice penale, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco.«

3.4

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Cantù](#)

Al comma 1, al termine della lettera a), aggiungere i seguenti paragrafi:

«1-bis. Chiunque applichi un defibrillatore automatico o semiautomatico ad una persona apparentemente priva di conoscenza non è considerato responsabile, in sede penale e civile, di qualsivoglia conseguenza derivante dall'impiego del DAE stesso, salvo il caso in cui non abbia intenzionalmente modificato il dispositivo o sia a conoscenza del fatto che qualcun altro lo abbia modificato;

1-ter. Il possessore o detentore di un DAE non può essere considerato responsabile, in sede penale e civile, di qualsivoglia conseguenza derivante dal mancato o dall'errato impiego del DAE stesso in presenza delle indicazioni al suo utilizzo»

Art. 4

4.1

[Durnwalder](#), [Steger](#), [Unterberger](#), [Laniece](#)

Apportare le seguenti modificazioni:

1) al comma 1, lettera a), sostituire le parole: «nelle competizioni e negli allenamenti» con le seguenti: «durante le gare inserite nei calendari delle federazioni sportive nazionali e delle discipline sportive associate, durante lo svolgimento di attività sportive con modalità competitive ed attività agonistiche di prestazione organizzate dagli enti di promozione sportiva, nonché durante le gare organizzate da altre società dilettantistiche; sono escluse dall'obbligo di defibrillatori le attività sportive a ridotto impegno cardiocircolatorio e quelle svolte al di fuori degli impianti sportivi, così come indicato nell'articolo 4 del decreto del Ministro della salute 26 giugno 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 149 del 28 giugno 2017.»;

2) al comma 2, sostituire le parole: «n.169 del 20 luglio 2013, al fine di adeguarlo» con le seguenti: «n.169 del 20 luglio 2013, e il decreto del Ministero della salute 26 giugno 2017, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n.149 del 28 giugno 2017, al fine di adeguarli».

4.2

[Faraone](#), [Parente](#)

Al comma 1, lett. a), dopo le parole "«nelle competizioni e negli allenamenti»" sono aggiunte le seguenti "«nonché in ogni luogo di attività sportiva, la quantità e la collocazione dei quali è determinata in ragione dell'estensione dell'area di attività sportiva interessata»".

4.3

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

*All'articolo 4, comma 1, lettera b), capoverso «11-bis», al secondo periodo, dopo le parole: "emergenza sanitaria "118""", inserire le seguenti: «**o rispettivamente il numero 112, numero unico per ogni emergenza,**».*

*Conseguentemente, all'articolo 6, comma 1, 2 e 3, dopo le parole: "emergenza sanitaria "118""", inserire le seguenti: «**o rispettivamente il numero 112, numero unico per ogni emergenza,**» e all'articolo 7, commi 1 e 3, dopo le parole: "emergenza sanitaria "118""", inserire le seguenti: «**o rispettivamente il numero 112, numero unico per ogni emergenza,**»;*

4.4

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

Apportare le seguenti modificazioni:

a) sostituire la Rubrica con la seguente: «**Utilizzo dei DAE da parte di società sportive e associazioni che usufruiscono di impianti sportivi pubblici e privati**» ;

b) al comma 1, lettera b), dopo il capoverso «11-bis», aggiungere il seguente: «**11-ter. L'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico è consentito anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare. In assenza di personale sanitario o non sanitario formato, nei casi di sospetto arresto cardiaco è comunque consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico anche a chi non sia in possesso dei requisiti di cui al primo periodo. Si applica l'articolo 54 del codice penale a colui che, non essendo in possesso dei predetti requisiti, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco, utilizza un defibrillatore e/o procede alla rianimazione cardiopolmonare.**»

Art. 5

5.1

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Cantù](#), [Marin](#)

Al comma 1, dopo le parole "da corpo estraneo" aggiungere il seguente periodo:

«Le iniziative di formazione di cui al presente comma devono prevedere nozioni di diritto penale

e civile atte a chiarire la mancanza di responsabilità, sia in sede penale che civile, attribuibile ad un soggetto che utilizza un defibrillatore automatico o semiautomatico nel tentativo di prestare soccorso, a norma del comma 1, articolo 3 della presente norma.»

Art. 6

6.1

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

Al comma 1, primo periodo, sostituire le parole: "soggetti pubblici e privati", con le seguenti: «soggetti pubblici».

6.2

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

Al comma 1 primo periodo dopo le parole "devono darne comunicazione", aggiungere le seguenti: "attraverso modulistica informatica"

6.3

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

Al comma 1, sostituire il secondo periodo con il seguente:

"I soggetti pubblici e privati che si dotano di DAE successivamente alla data di entrata in vigore della presente legge, all'atto dell'acquisto devono comunicare attraverso modulistica informatica, alla centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118?» territorialmente competente, le caratteristiche, la marca e il modello, l'esatta ubicazione, gli orari di accessibilità al pubblico, la data di scadenza delle parti deteriorabili, quali batterie e piastre adesive, nonché gli eventuali nominativi dei soggetti in possesso dell'attestato di formazione all'uso dei DAE. I soggetti di cui al precedente periodo sono tenuti altresì a inviare comunicazione di ogni variazione rispetto ai dati inviati in precedenza."

6.4

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

Sostituire il comma 2 con il seguente:

"Nei luoghi pubblici e privati presso i quali è presente un DAE registrato ai sensi del comma 1 deve essere individuato un soggetto referente per la gestione del DAE, per una adeguata informazione all'utenza e per le comunicazioni con le centrali operative. La centrale operativa del sistema di emergenza sanitaria «118» territorialmente competente, sulla base dei dati forniti, presta un servizio di segnalazione periodica delle date di scadenza delle parti deteriorabili dei DAE."

6.5

[Faraone](#), [Parente](#)

Al comma 2, aggiungere infine le seguenti parole: «La medesima centrale operativa è tenuta a conservare ed aggiornare il registro dei DAE e ad evidenziare in cartografia tutti DAE distribuiti sul territorio di sua competenza. Parimenti, la medesima centrale operativa è tenuta a conservare ed aggiornare il registro degli operatori DAE che hanno ricevuto adeguata formazione, e a dare lettura dei dati registrati dai singoli DAE dopo ogni utilizzo».

6.6

[Steger](#), [Unterberger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#)

Al comma 3, alinea, dopo le parole: "I DAE", inserire le seguenti: «nei luoghi pubblici».

6.7

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

Al comma 3, primo periodo, aggiungere alla fine le seguenti parole:

«e attivare la chiamata automatica alla centrale operativa in caso di utilizzo.».

Art. 7

7.1

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

Al comma 3, sostituire le parole "novanta giorni" con le seguenti: "sessanta giorni".

Conseguentemente, al medesimo comma, dopo le parole: "Ministero della salute", aggiungere le seguenti: "entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge,".

Art. 8

8.1

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Al comma 1, dopo le parole "rianimazione cardiopolmonare" aggiungere le seguenti:

«le manovre di disostruzione delle vie aeree da corpo estraneo»

8.2

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Cantù](#), [Marin](#)

Al comma 1, dopo il comma 2 aggiungere il seguente:

«2-bis. Le campagne di informazione e di sensibilizzazione sociale di cui ai precedenti commi 1 e 2 del presente articolo, devono prevedere informazioni atte a chiarire la mancata responsabilità, in sede penale e civile, attribuibile ad un soggetto che utilizza un defibrillatore automatico o semiautomatico nel tentativo di prestare soccorso, a norma del comma 1, articolo 3 della presente norma.»

1.3.2.1.9. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 148 (ant.) dell'08/07/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 8 LUGLIO 2020
148^a Seduta

Presidenza del Presidente
COLLINA

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40.

IN SEDE REDIGENTE

(867-B) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati
(Seguito e conclusione della discussione)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 30 giugno.

Il **PRESIDENTE** dà conto del parere espresso dalla Commissione bilancio su testo ed emendamenti (non ostativo sul testo e sull'emendamento 2.1; contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sull'emendamento 7.1).

Si procede all'esame degli ordini del giorno.

Previo parere favorevole della Relatrice, il rappresentante del GOVERNO accoglie l'ordine del giorno n. G/867-B/2/12.

La Relatrice esprime parere favorevole sull'ordine del giorno G/867-B/3/12, a condizione che il primo punto del dispositivo sia riformulato nel senso di impegnare il Governo a valutare l'opportunità di ulteriori misure solo in esito al monitoraggio sugli effetti del provvedimento in esame.

Il rappresentante del GOVERNO esprime parere conforme a quello della Relatrice.

Poiché la senatrice **STABILE** (FIBP-UDC) accetta la predetta riformulazione, l'ordine del giorno G/867-B/3/12 è accolto dal Governo nel testo 2 pubblicato in allegato.

Si passa all'esame degli articoli modificati o introdotti dalla Camera e degli emendamenti ad

essi correlati.

Previa verifica del numero legale, è posto in votazione e approvato l'articolo 1.

Posto in votazione con il parere contrario della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, è respinto l'emendamento 2.1. E' quindi posto ai voti e approvato l'articolo 2.

In esito a distinte votazioni, sono approvati gli articoli 3, 4 e 5.

Posto in votazione con il parere contrario della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, è respinto l'emendamento 7.1. E' quindi posto ai voti e approvato l'articolo 7.

Posti distintamente ai voti, sono approvati gli articoli 8 e 9.

Il [PRESIDENTE](#), dopo aver avvertito che si passa alla votazione del mandato alla Relatrice, prende atto che non ci sono richieste d'intervento per dichiarazione di voto.

La Commissione conferisce infine mandato alla relatrice Boldrini a riferire all'Assemblea in senso favorevole all'approvazione del disegno di legge n. 867-B, nel testo trasmesso dalla Camera, autorizzandola a richiedere di poter svolgere la relazione orale.

Il [PRESIDENTE](#) rileva che la Commissione ha deliberato in maniera unanime.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero

(947) Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni

(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri - e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

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

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che, secondo quanto stabilito nella seduta summenzionata, ulteriori ordini del giorno potranno essere presentati entro le ore 12 di domani, giovedì 9 luglio.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 1.

La senatrice [STABILE](#) (FIBP-UDC) illustra gli emendamenti 1.2, 1.3 e 1.4.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) interviene sul complesso degli emendamenti presentati dai senatori del proprio Gruppo, riepilogandone le finalità.

Gli emendamenti riferiti all'articolo 2 sono dati per illustrati.

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

La senatrice [STABILE](#) (*FIBP-UDC*) illustra l'emendamento 3.1.

Il senatore [STEGER](#) (*Aut (SVP-PATT, UV)*) illustra l'emendamento 3.2.

I restanti emendamenti all'articolo 3 sono dati per illustrati.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 4.

Il senatore [STEGER](#) (*Aut (SVP-PATT, UV)*) illustra gli emendamenti 4.1, 4.3 e 4.4.

Il restante emendamento all'articolo 4 è dato per illustrato, così come l'emendamento riferito all'articolo 5.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 6.

Il senatore [STEGER](#) (*Aut (SVP-PATT, UV)*) illustra gli emendamenti 6.1 e 6.6.

La senatrice [STABILE](#) (*FIBP-UDC*) illustra gli emendamenti 6.3, 6.4 e 6.7.

I restanti emendamenti all'articolo 6 sono dati per illustrati, così come gli emendamenti riferiti all'articolo 7 e all'articolo 8.

Non essendovi altre richieste d'intervento, il [PRESIDENTE](#) dichiara concluse le fasi di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

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

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

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

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

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

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 24 giugno.

Dopo aver riepilogato lo stato dell'*iter*, il [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*), intervenendo sull'ordine dei lavori, chiede che lo svolgimento della discussione generale sia rinviato, essendo in corso valutazioni in seno al proprio Gruppo.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*), intervenendo a sua volta sull'ordine dei lavori, chiede se il Relatore abbia maturato un convincimento in ordine al testo di riferimento per il seguito della discussione.

Il [PRESIDENTE](#) assicura che la discussione generale appena aperta non sarà chiusa nella giornata odierna. Saggiunge che le determinazioni in ordine al testo base ben possono essere assunte anche al termine della discussione generale, allorquando il Relatore potrà disporre di un quadro completo delle posizioni espresse dai Gruppi.

Quindi, constatato che non vi sono richieste di intervento, dispone il rinvio del seguito della trattazione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

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

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

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

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

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

Dopo che l'unico ordine del giorno presentato è stato dato per illustrato, si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 1.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) illustra gli emendamenti 1.1, 1.2, 1.8 e 1.9.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) illustra l'emendamento 1.4.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) illustra l'emendamento 1.5.

La Relatrice illustra l'emendamento 1.6.

I restanti emendamenti all'articolo 1 sono dati per illustrati.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 9,30.

ORDINE DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [867-B](#)

G/867-B/3/12 (testo 2)

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

La 12a Commissione,
premessò che:

il provvedimento in esame reca disposizioni per la tutela della sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie;

si evidenzia che tra i compiti dell'Osservatorio di cui all'articolo 2 vi è il monitoraggio dell'attuazione delle misure di prevenzione e protezione previste dalla disciplina in materia di sicurezza sui luoghi di lavoro, anche promuovendo l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza;

si segnala che la Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari del Ministero della salute (Racc. n. 8 del novembre 2007) intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e/o attenuarne le conseguenze negative;

pertanto l'individuazione delle più adeguate condizioni di sicurezza dei presidi sanitari e ospedalieri, in quanto luoghi di lavoro, dovrebbe considerarsi la *conditio* inderogabile al fine di salvaguardare la più sicura operatività del personale senza trascurare la sicurezza dei pazienti e degli utenti delle strutture sanitarie ed ospedaliere;
sebbene in queste ultime settimane sia stata attuata una sorta di rivalutazione dell'immagine dei medici ed infermieri, che sono diventati eroi nazionali e guerrieri in prima linea, non si è fermata l'ostilità che talvolta si manifesta nei loro confronti: infatti la penuria di personale, soprattutto nella piena fase emergenziale, unita alla carenza di dispositivi di protezione e di *screening* ha alimentato episodi di violenza che non possono passare inosservati, segnale di uno scenario su cui appare inderogabile intervenire;

il 28 aprile, l'OMS in occasione della Giornata mondiale per la sicurezza e la salute sul lavoro, ha invitato tutti i Governi, le organizzazioni dei datori di lavoro e i sindacati, nonché la comunità globale ad adottare misure urgenti per rafforzare le capacità delle Nazioni di proteggere la salute sul lavoro e la sicurezza degli operatori sanitari: come sottolineato dall'OMS dall'8 per cento al 38 per cento degli operatori sanitari nel corso della propria carriera subisce violenze fisiche;

partendo da tali premesse, appare opportuno sottolineare come l'accesso alle strutture ospedaliere ed in particolare ai singoli reparti appare in taluni casi particolarmente facile, tale da legittimare il transito di profili dediti ad illeciti e potenzialmente in grado di recare danni a persone e a cose, compromettendo la vocazione di luogo di cura e di supporto delle medesime strutture;

non risulta essere stato definito un protocollo unico a livello nazionale attraverso cui garantire l'adozione di sistemi di controllo degli accessi ai presidi sanitari e ospedalieri mediante strumenti identificativi al fine di esorcizzare l'ingresso di soggetti non addetti;

si ritiene opportuno sottolineare come l'esperienza drammatica della gestione epidemiologica da COVID-19 di questi mesi abbia provveduto ad amplificare l'istanza di sicurezza unita a quella di controllo e monitoraggio degli accessi nelle strutture sanitarie;

il grado di esposizione degli operatori sanitari non solo al rischio biologico ma anche al contatto e al confronto con i degenti e con i loro parenti, e con i profili che dovrebbero essere collocati fuori dall'alveo dell'intervento diretto sanitario e la conseguente urgenza di prevedere meccanismi di controllo degli accessi, rappresentano - anche alla luce della recente esperienza sul versante sanitario - delle premesse da cui partire per rivedere l'attuale sistema di sicurezza sui luoghi di lavoro sanitario;

sarebbe stato opportuno, alla luce delle evidenze emerse con l'esperienza emergenziale in atto, rivedere alcuni punti di questo provvedimento per renderlo realmente rispondente alle istanze di una categoria, che mai come in questo periodo appare vessata,

impegna il Governo

a valutare l'opportunità, all'esito del monitoraggio sugli effetti del provvedimento in esame, di prevedere ulteriori misure, volte a consentire un più ampio e diffuso utilizzo di strumenti di

videosorveglianza nelle strutture sanitarie e negli ambiti individuati dalla presente legge, così come in ulteriori ambiti quali le strutture per l'infanzia e le strutture per anziani e persone con disabilità;

a favorire, nell'ambito delle proprie prerogative, la conclusione dell'iter parlamentare delle proposte di legge volte a prevenire e contrastare condotte di maltrattamento o di abuso anche mediante l'utilizzo di strumenti di videosorveglianza.

1.3.2.1.10. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 151 (ant.) del 23/07/2020

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

IGIENE E SANITA' (12ª)
GIOVEDÌ 23 LUGLIO 2020
151ª Seduta (antimeridiana)

Presidenza del Presidente
COLLINA

La seduta inizia alle ore 11,05.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il **PRESIDENTE** comunica che sono stati assegnati alla Commissione: in sede consultiva, il disegno di legge n. **1883** (decreto-legge n. 76 del 2020 - semplificazioni); in sede consultiva su atti del Governo, la proposta di nomina del dottor Garrone a Presidente dell'Istituto Gaslini di Genova.

Prende atto la Commissione.

Il **PRESIDENTE** propone, anche alla luce delle osservazioni di alcuni degli esperti indicati dai Gruppi, di istruire i disegni di legge in materia di 118 mediante un ciclo di audizioni informali ad *hoc*, anziché nell'ambito dell'indagine conoscitiva sul numero unico 112.

Conviene la Commissione.

SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1441 E CONNESSI

Il **PRESIDENTE** comunica che, in relazione al disegno di legge in titolo, l'emendamento 3.4 (a prima firma della senatrice Fregolent) è stato riformulato in un testo 2 (pubblicato in allegato).

Prende atto la Commissione.

IN SEDE CONSULTIVA

(Doc. LVII, n. 3, Sezione III, Appendice e Allegati I, II, III, IV, V, VI e VII) *Documento di economia e finanza 2020, Sezione III, relativa appendice e connessi allegati*
(Parere alla 5ª Commissione. Esame e rinvio)

Il **PRESIDENTE** (PD), relatore, premette che il Documento in titolo fa riferimento sia alle

raccomandazioni europee rivolte all'Italia dal Consiglio dell'Unione europea del 9 luglio 2019 sia a quelle proposte (con riferimento al nostro Paese) nel maggio 2020 dalla Commissione europea e adottate dal medesimo Consiglio il 20 luglio 2020. Ricorda, in proposito, che l'ultima parte della raccomandazione n. 1 del 2020 concerne anche il settore sanitario, richiedendo, con riferimento agli anni 2020 e 2021, di rafforzare la resilienza e la capacità del sistema sanitario per quanto riguarda gli operatori, i prodotti medici essenziali e le infrastrutture. Saggiunge che, nei considerando della raccomandazione, si rileva che, anche alla luce dell'esperienza relativa alla pandemia di COVID-19, le politiche italiane nel settore sanitario devono essere intese, oltre che a migliorare i processi di *governance* e i piani di preparazione alle crisi, a colmare la carenza di investimenti pubblici nell'assistenza nonché a rimuovere gli impedimenti alla formazione, all'assunzione e al mantenimento in servizio del personale sanitario (anche a fronte delle attuali proiezioni relative alla forza lavoro nel settore).

Ciò posto, si sofferma sulle parti del Documento che ineriscono a profili di competenza della Commissione.

Il Programma Nazionale di Riforma per il 2020 rileva, in via generale, che la crisi epidemica da COVID-19 ha evidenziato, da un lato, la grande importanza del Sistema sanitario nazionale e del modello universale su cui esso si fonda, dall'altro, l'esigenza di un potenziamento dello stesso su tutto il territorio; tale esigenza è connessa anche al processo di invecchiamento della popolazione ed alle possibilità - grazie all'evoluzione scientifica e tecnologica - di nuove cure di alcune malattie.

Il Documento afferma che l'impegno del Governo riguarderà innanzitutto il capitale umano, con: l'adozione di misure urgenti per l'incremento del personale; un forte investimento in formazione del personale; un intervento sui contratti statali di formazione medico-specialistica e sulla valorizzazione degli specializzandi all'interno delle reti assistenziali (anche per facilitare il loro inserimento nel mondo lavorativo); la definizione (a completamento della riforma dell'assistenza territoriale già avviata) di un nuovo ruolo per il medico di medicina generale (modificando anche il suo percorso di formazione e promuovendo l'utilizzo di tecnologie digitali); l'inserimento dell'infermiere di famiglia o di comunità. Si ricorda che l'introduzione di quest'ultima figura è prevista dall'articolo 1 del decreto-legge n. 34 del 2020 (convertito, con modificazioni, dalla legge n. 77 del 2020).

In merito ai livelli essenziali di assistenza, il Documento ricorda che (con il decreto ministeriale 12 marzo 2019 e con decorrenza dal 2020) è stato introdotto un nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria, il quale permetterà anche - osserva il Documento - "di valutare la miglior ripartizione regionale delle risorse del Fondo Sanitario Nazionale".

Il Documento afferma inoltre che verrà potenziato il nuovo sistema informativo sanitario, "completandolo con nuovi flussi relativi all'ambito dell'assistenza territoriale nonché incrementando la produzione statistica e la predisposizione di analisi integrate dei diversi ambiti assistenziali, anche per rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse".

Riguardo agli investimenti in materia di edilizia sanitaria, il Documento ricorda che una ricognizione operata nel 2018 dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute stima il fabbisogno in circa 32 miliardi, con riferimento ad un arco temporale di interventi relativo agli anni 2019-2045, e che, nella consapevolezza delle esigenze in materia, il Governo si è impegnato a portare avanti il programma pluriennale di investimenti in edilizia e tecnologie sanitarie (ivi compresa la realizzazione di residenze sanitarie assistenziali). "Si tratta - osserva il Documento - di investimenti necessari ad ammodernare le strutture sanitarie del Paese adeguandole ai migliori standard internazionali in tema di organizzazione per intensità di cure, di percorsi in emergenza e di confort alberghiero con importanti benefici sugli oneri correnti di gestione".

Il Documento afferma altresì che è di fondamentale importanza l'attivazione di un percorso di diffusione dell'utilizzo della tecnologia nell'ambito dei servizi sanitari, con particolare riferimento a: i servizi di telemedicina e di teleassistenza (intesi anche a favorire la "domiciliarizzazione" del paziente); le cartelle cliniche elettroniche; le piattaforme tecnologiche di intelligenza artificiale; la diagnostica rapida; le piattaforme per l'educazione sanitaria dei cittadini e la sensibilizzazione ed educazione alla digitalizzazione sanitaria, nell'ambito della più generale promozione dell'educazione e

prevenzione sanitaria (promozione che, osserva il Documento, è altresì connessa alle politiche per l'ambiente).

Il Documento ricorda che tra le politiche del Governo rientra anche lo sviluppo di metodologie predittive dell'evoluzione del fabbisogno di salute della popolazione (alcune norme, intese a consentire tale sviluppo, sono poste dall'articolo 7 del citato decreto-legge n. 34 del 2020). Tali modelli predittivi - osserva il Documento - permettono (con la simulazione di diversi scenari, anche di natura pandemica) di "supportare le scelte di programmazione sanitaria e la corretta distribuzione delle risorse".

Un'altra linea di intervento a cui fa cenno il Documento è costituita dal processo di aggiornamento delle tariffe - ivi comprese quelle relative alle prestazioni ospedaliere -.

Riguardo al settore della ricerca sanitaria, il Documento rileva le esigenze di: chiarire il quadro normativo e procedurale per rimuovere gli ostacoli all'interazione tra le strutture che svolgono ricerca ed il mondo dell'impresa; valorizzare il personale impiegato nella ricerca sanitaria pubblica, riconoscendo la figura professionale del ricercatore nel Servizio sanitario nazionale "e arginando il deflusso verso l'estero dei soggetti formati in Italia in questo ambito".

Riguardo alla politica farmaceutica, il Documento indica le seguenti linee di intervento: la revisione del prontuario farmaceutico nazionale; l'avvio di una riflessione sui tetti di spesa farmaceutica (ai fini di una possibile rimodulazione degli stessi); l'avvio di un dialogo con Parlamento e associazioni di categoria per verificare l'attuazione della norma relativa all'ingresso delle società di capitali nella gestione delle farmacie.

Il Documento, infine, prospetta l'adozione di una disciplina organica in materia di disabilità, intesa a ridisegnare il sistema di tutela e di inclusione sociale, lavorativa ed educativa dei disabili, nonché ad elevare l'efficienza dei processi di erogazione dei relativi benefici.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) osserva che il Documento in esame, per i profili di competenza della Commissione, è la sommatoria di generiche dichiarazioni di intenti, non dà contezza di tempi e modi certi del percorso di adeguamento e ammodernamento del sistema sanitario ed è altresì carente di indicazioni sui controlli.

Riguardo agli investimenti in materia di edilizia sanitaria, rimarca che il piano da cui l'Esecutivo ha attinto per determinare i fabbisogni parla di 32 miliardi con riferimento ad un arco temporale che va dal 2018 al 2045, comprensivi di adeguamento antisismico, antincendio e tecnologico. Rileva che tra le misure cui accedere per la copertura dei costi finanziari si indica, in via di premessa al Documento, proprio la linea di credito *Pandemic Crisis Support* del Meccanismo Europeo di Stabilità che, come noto, può finanziare interventi connessi all'emergenza sanitaria, per spese dirette e indirette, nel biennio 2020-2021. Si domanda, alla luce del vigente codice degli appalti, come si possano realizzare in due anni interventi di ammodernamento strutturale e tecnologico così impegnativi, dal momento che in Italia, normalmente, in due anni non si arriva neppure alla progettazione esecutiva.

Rileva che il programma nazionale di riforma avrebbe dovuto dettare le regole fondamentali per la rimodulazione della spesa, dando contezza di una pianificazione in innovazione, ricerca e prevenzione *post* COVID anzitutto sulla base delle risorse già disponibili, che ammontano a 25 miliardi di euro sul biennio, comprensivi delle risorse stanziare e non utilizzate *ex* articolo 20 della legge 11 marzo 1988 n. 67, che si aggiungono agli 8,280 miliardi di incremento in parte corrente, come indicato a pagina 39 del Documento in esame, in ragione e per l'effetto dei provvedimenti emergenziali intervenuti, rilevanti ai fini dello scostamento complessivo di 100 miliardi, di cui circa un quarto è oggetto della variazione ulteriore in scostamento che la prossima settimana sarà discussa dall'Assemblea.

Rileva che si continuano a sentire discorsi sul MES senza che l'Esecutivo abbia fin qui approfondito nel dettaglio dove, come e quando andrebbero allocati tali fondi e quali obiettivi ci si prefigge con essi di realizzare, prendendo per buona una ricognizione del 2018 senza nessuna verifica in punto di attualizzazione dei fabbisogni. Evidenzia che, a prescindere dalla questione se il MES abbia o meno

clausole vessatorie nascoste, in ogni caso si tratta di finanziamenti che andranno restituiti. Reputa che il Governo avrebbe dovuto, in sede di PNR, stilare un piano dettagliato di analisi delle reali necessità e dei risparmi che si andrebbero a realizzare con gli investimenti, in modo da poter dare preventivamente conto della necessità degli stessi e della capacità istituzionale della relativa restituzione, posto che le cosiddette risposte dell'Unione Europea per finanziare le misure di supporto e rilancio in Sanità sono tutte a debito. Invita a considerare che, agendo con controlli stringenti e mettendo a fattor comune l'impulso dei 15 miliardi di euro, si può e si deve adeguare il servizio sanitario senza gravare con ulteriore debito sulle spalle delle future generazioni, in modo tale che si generino le risorse necessarie per offrire a tutti i cittadini tutti i LEA sanitari e socio sanitari, compresi anche gli interventi di prevenzione e di cure innovative oggi già disponibili ma tutt'ora non previsti come diritti di salute esigibili. Richiama, in proposito, la sentenza recente sentenza numero 157 della Corte costituzionale, con la quale si rimarca che per conseguire le finalità del sistema della salute, sia da perseguire in sede ordinaria che in occasioni di carattere eccezionale/emergenziale, possono essere utilizzati tanto beni di consumo corrente che beni durevoli, purché il loro impiego risulti equilibrato, ossia caratterizzato dalla leale cooperazione tra Stato e Regioni con riguardo alla concreta garanzia dei LEA.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) premette che i dati economici forniti dal PNR sono, in termini generali, impressionanti, e che colpiscono le informazioni sulle spese sostenute per gli interventi d'emergenza.

Rileva che, per la sanità, ancora non c'è una stima complessiva e organica: molti sono gli interventi previsti (soprattutto nel campo della telemedicina, della teleassistenza, delle cartelle elettroniche), ma in assenza di investimenti adeguati sulla medicina territoriale e sulla prevenzione; dallo stesso PNR si desume che servirebbero 32 miliardi per adeguare le infrastrutture sanitarie pubbliche del Paese. Dà atto che, negli ultimi mesi, il Governo è intervenuto con misure volte a contrastare gli effetti dannosi del *coronavirus*, tramite decreti-legge contenenti misure a tutela della salute, dei redditi e del tessuto imprenditoriale, che hanno ispirato l'azione anche degli altri Paesi impegnati a fronteggiare l'emergenza.

Osserva che ora però occorre affrontare il vero problema: elaborare un piano di riforme credibile e ambizioso da presentare alla Commissione europea entro settembre-ottobre, per fruire delle ingenti risorse messe a disposizione in esito alla trattativa in sede di Consiglio europeo.

Auspica che si facciano scelte oculate, puntando su interventi effettivamente funzionali al rilancio e non su provvedimenti che aumentano la spesa corrente per un tornaconto elettorale. A titolo di esempio, ricorda che il reddito di cittadinanza non ha prodotto l'auspicato aumento del PIL, come certificato dalla Corte dei conti.

Rileva che nel PNR ci sono indicazioni generiche su come rafforzare la crescita, migliorare l'equità e l'inclusione sociale, promuovere e incentivare la sostenibilità ambientale, e paventa che ciò non basterà a convincere la Commissione europea. Per questo reputa decisivi il dibattito in Aula e il dialogo con le opposizioni: così il Governo avrà elementi per approfondire i vari punti da presentare alla Commissione europea e individuare obiettivi precisi.

Si sofferma, quindi, sulle caratteristiche che, a suo avviso, dovrebbe possedere il piano di investimenti a medio-lungo termine per potenziare il *Welfare*.

Occorre, dopo anni di ridimensionamento, riconoscere il ruolo essenziale e rifinanziare in modo adeguato tutta l'azione pubblica in sanità, scuola, università, ricerca, previdenza e assistenza.

Le infrastrutture sociali del Paese devono essere largamente ricostruite e rinnovate, dopo decenni di tagli negli investimenti pubblici, anche valorizzando gli spazi di collaborazione con il settore privato. Alcuni ambiti - gli asili, l'assistenza all'infanzia e agli anziani, i servizi per disabili, le residenze per anziani - vanno fortemente sviluppati.

Va abbandonata la logica del "*welfare familiare*" che si è tradotta in un enorme carico di lavoro di cura per le donne e in un milione di lavoratrici domestiche e familiari, e va incrementata la logica del "*welfare aziendale*".

Per le prestazioni, è necessario il rafforzamento dei livelli essenziali di assistenza in ambito sanitario. La salute deve essere al centro della parte più dinamica della ricerca scientifica, dell'innovazione nelle biotecnologie, dell'industria farmaceutica, delle produzioni di apparecchiature elettromedicali, dell'uso di tecnologie digitali, di servizi avanzati in vari ambiti. Quest'insieme di attività va considerato come un sistema da sostenere attraverso nuove politiche che, accanto alla spesa per i servizi sanitari, valorizzino e rafforzino le capacità produttive del Paese in questi ambiti.

Anche per il sistema sanitario pubblico occorre un significativo aumento di spesa, dall'attuale 6,5 per cento del PIL ai livelli di Francia e Germania, che sono di due punti più alti.

Vanno ripensate molte politiche sanitarie: occorre puntare su politiche di prevenzione e sulla creazione di una rete di presidi socio-sanitari a livello territoriale, ridimensionando l'enfasi sulle prestazioni sanitarie e i grandi ospedali. In tale ottica, è cruciale intervenire sul sistema delle cure primarie ed in particolare sulla formazione dei medici di medicina generale, alla luce delle criticità palesatesi durante la gestione dell'emergenza *coronavirus*.

Le disparità tra regioni vanno rapidamente ridotte, a partire dall'aspettativa di vita; il modello regionale del passato che ha portato a tali risultati va riconsiderato.

In conclusione, nel rimarcare il bisogno di riforme, auspica che esse siano decise dal Parlamento senza ingerenze dall'esterno, e invita a considerare l'opportunità di fruire di quei fondi europei che potrebbero essere subito disponibili e rivelarsi fondamentali per assicurare il mantenimento dei caratteri di universalità ed equità del sistema sanitario.

La senatrice [PIRRO](#) (*M5S*) ritiene condivisibili le preoccupazioni espresse dalla senatrice Cantù, in merito alle condizionalità eventualmente connesse al MES, ma invita a considerare che il Documento in esame non menziona mai il ricorso a tale strumento, che del resto in diverse occasioni è stato escluso dallo stesso Presidente del Consiglio.

Soggiunge che grazie alle risorse assicurate dal *recovery fund* (tra cui 82 miliardi a fondo perduto) sarà possibile porre mano alle riforme di cui il Paese necessita, a partire dal settore sanitario, nel quale occorrerà investire per potenziare la medicina del territorio, la presa in carico delle cronicità e l'assistenza domiciliare.

Sottolinea l'importanza degli interventi prefigurati dal Documento in esame in tema di risorse per il personale sanitario e ripensamento della figura del medico di medicina generale, a partire dai temi cruciali della formazione. In proposito, concorda con i rilievi della senatrice Rizzotti in merito all'esperienza maturata durante la fase più acuta dell'epidemia, che ha evidenziato una risposta non sempre all'altezza da parte degli operatori del sistema di cure primarie.

Rileva che il PNR fa propria, in maniera del tutto condivisibile, la visione cosiddetta "*one health*", secondo la quale esiste una stretta interdipendenza tra le tematiche legate alla medicina umana, a quella veterinaria e alla tutela ambientale.

Tra le criticità del sistema sanitario italiano, segnalate dalla stessa Unione Europea, ritiene che debba essere affrontata quanto prima quella rappresentata dalla frammentazione della *governance* sanitaria, i cui effetti pregiudizievole si sono fatti sentire anche durante la gestione dell'emergenza epidemiologica.

Conclude rilevando che l'indebolimento del sistema di *welfare*, cui si è fatto in precedenza riferimento, non è certo imputabile all'attuale Governo: al contrario, è nell'attuale legislatura che la tendenza al definanziamento, specie del Servizio sanitario nazionale, è stata invertita.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) richiama in primo luogo l'attenzione sull'importanza dei pagamenti digitali e della fatturazione elettronica nell'ottica del contrasto all'evasione fiscale e plaude alle iniziative di riforma in materia tributaria recentemente prospettate, che fanno perno sul passaggio dal fisco "per competenza" a quello "per cassa".

Quanto ai temi di più stretta competenza per la Commissione, segnala in primo luogo le importanti risorse messe in campo per l'edilizia sanitaria, evidenziando che la normativa sugli appalti, che pure presenta delle criticità meritevoli di una revisione organica, non può essere vista solo come un

ostacolo, essendo volta anche a prevenire i fenomeni di corruzione e malaffare.

Quanto alle problematiche concernenti il personale sanitario, delle quali si occupa positivamente il Documento in esame, ricorda che esse discendono anche dalle condizioni di dissesto finanziario di diversi servizi sanitari regionali.

Trova condivisibile il prefigurato potenziamento della medicina territoriale e segnala l'importanza, a tali fini, dei fondi per la formazione del personale, anche amministrativo, nell'ottica dell'implementazione degli strumenti tecnologici innovativi, come quelli legati alla telemedicina.

Ritiene che in formazione e istruzione si debba investire in maniera massiccia e oculata, per recuperare il *gap* allo stato esistente con gli altri Paesi europei.

Trova altresì opportuno che siano potenziati e razionalizzati gli strumenti per il sostegno alle famiglie e ritiene che il *family act* recentemente varato si muova in questa direzione.

Da ultimo, richiama l'attenzione sugli interventi per l'implementazione del fascicolo sanitario elettronico e sugli stanziamenti per la formazione specialistica dei medici, questi ultimi finalizzati al superamento del cosiddetto imbuto formativo. Reputa necessario, in ogni caso, che al tema della formazione specialistica sia dedicata una riforma organica attraverso un disegno di legge *ad hoc*.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) invita a fare tesoro dell'esperienza del passato, che mostra come spesso il legislatore si innamori di formule e temi senza un'attenta valutazione degli effetti delle proprie decisioni: segnala, come esempio, che sul tema del fascicolo sanitario elettronico molto si è discusso, si è deliberato e si è stanziato, senza verifiche adeguate sul grado di attuazione delle politiche adottate.

Venendo al tema della contrazione del personale sanitario, sottolinea che tale fenomeno è figlio di stagioni del passato, nelle quali l'attenzione era rivolta quasi esclusivamente agli equilibri finanziari, con figure dirigenziali apicali, a livello sanitario, reclutate prevalentemente tra soggetti con *background* economico o giuridico. Cita inoltre, quale ulteriore esempio di fattore condizionante per la pratica clinica, l'introduzione dei DRG.

Quanto al tema degli appalti pubblici, esprime il convincimento che la normativa attualmente vigente, derivante dalla stagione dei provvedimenti anticorruzione, sia tecnicamente imperfetta e sostanzialmente inapplicabile, ragione per la quale servirebbe, in materia, una riforma organica.

Ritiene che, in questo come in altri casi, si debba porre mano a iniziative legislative qualitativamente adeguate, evitando di licenziare testi di cui già si conoscono i limiti al solo fine di poter dichiarare che una riforma è stata fatta.

Tra le criticità del sistema Paese, reputa che quelle più gravi siano connesse alla lentezza della giustizia e della burocrazia.

Richiama l'attenzione sul fatto che, oltre che in materia di medicina territoriale e di cure primarie, è necessario intervenire per migliorare la formazione in tema di igiene e sanità pubblica.

Si sofferma, infine, sul passaggio che il Documento in esame dedica alle disabilità: si prefigurano, per cenni, interventi di notevole portata, quali il ridisegno del sistema di tutela e di inclusione sociale, lavorativa ed educativa, e l'efficientamento dei processi di erogazione dei relativi benefici. Da persona che si è sempre dedicata al tema delle disabilità, esprime l'auspicio che si abbiano la consapevolezza della complessità di tale progetto e la volontà di passare dalle enunciazioni ai fatti, considerato che nella situazione attuale l'attenzione verso i soggetti disabili non è quella che queste persone meritano: basti pensare alle recenti problematiche connesse alla didattica a distanza o all'inadeguatezza delle provvidenze economiche e sociali.

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

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 12,10.

EMENDAMENTO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1441](#)

Art. 3

3.4 (testo 2)

[Fregolent](#), [Lunesu](#), [Marin](#), [Cantù](#)

Al comma 1, sostituire la lettera a) con la seguente:

"a) il comma 1 dell'articolo 1 è sostituito dai seguenti:

«?1. L'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico è consentito anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare. In assenza di personale sanitario o non sanitario formato, nei casi di sospetto arresto cardiaco è comunque consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico o automatico anche a chi non sia in possesso dei requisiti di cui al primo periodo. Si applica l'articolo 54 del codice penale a colui che, non essendo in possesso dei predetti requisiti, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco, utilizza un defibrillatore o procede alla rianimazione cardiopolmonare, salvo il caso in cui egli abbia intenzionalmente modificato il dispositivo o sia a conoscenza del fatto che qualcun altro lo abbia modificato. Nelle ipotesi di cui al precedente periodo, è altresì esclusa la responsabilità civile del soggetto che abbia fatto uso del defibrillatore o abbia proceduto alla rianimazione cardiopolmonare nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco.

1-bis. Il possessore o detentore di un DAE non può essere considerato responsabile, in sede penale e civile, di qualsivoglia conseguenza derivante dal mancato o dall'errato impiego del DAE stesso qualora abbia adempiuto a tutti gli obblighi previsti dalla legge in materia di detenzione e possesso di un DAE»".

1.3.2.1.11. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 154 (pom.) del 04/08/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 4 AGOSTO 2020
154^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Intervengono il sottosegretario di Stato per la salute Sandra Zampa e, ai sensi dell'articolo 47, comma 1-bis, del Regolamento, in videoconferenza, il dottor Edoardo Garrone.

La seduta inizia alle ore 14,35.

IN SEDE CONSULTIVA

(1883) Conversione in legge del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale.

(Parere alle Commissioni 1a e 8a riunite. Esame e rinvio)

La relatrice **BOLDRINI** (PD) illustra il provvedimento in titolo.

Premesso che il decreto-legge in conversione reca un complesso di norme in materia di semplificazione ed innovazione digitale, relativamente a diversi settori, si sofferma sulle disposizioni attinenti a profili di competenza della Commissione.

L'articolo 2, comma 4, prevede, per diverse fattispecie di lavori pubblici, tra cui quelli in materia di edilizia sanitaria, che le stazioni appaltanti, per l'affidamento delle attività di esecuzione dei relativi lavori, servizi e forniture nonché dei servizi di ingegneria e architettura, inclusa l'attività di progettazione, e per l'esecuzione dei relativi contratti, operino in deroga ad ogni disposizione di legge diversa da quella penale, fatto salvo il rispetto delle disposizioni del codice delle leggi antimafia e delle misure di prevenzione (di cui al decreto legislativo 6 settembre 2011, n. 159), nonché dei vincoli inderogabili derivanti dall'appartenenza all'Unione europea, di alcuni principi del codice dei contratti pubblici e delle disposizioni in materia di subappalto.

L'articolo 7 - che istituisce nello stato di previsione del Ministero delle infrastrutture e dei trasporti il Fondo per la prosecuzione delle opere pubbliche, con una prima dotazione pari a 30 milioni di euro per il 2020 -, ai fini di una parte della relativa copertura finanziaria, riduce, nella misura di 8 milioni (per il 2020), l'accantonamento relativo al Ministero della salute del fondo speciale di conto capitale (fondo destinato alla copertura degli oneri derivanti dai provvedimenti legislativi che si prevede possano essere approvati nel triennio di riferimento).

Il comma 9 dell'articolo 8 prevede che le procedure di affidamento dei contratti pubblici necessari per dare attuazione ai piani di riorganizzazione della rete ospedaliera e di quella assistenziale territoriale per il contrasto dell'emergenza da COVID-19 possano essere avviate dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto

dell'emergenza epidemiologica COVID-19 anche precedentemente al trasferimento alla contabilità speciale, intestata al medesimo Commissario, degli importi autorizzati ai sensi delle vigenti disposizioni.

La novella di cui all'articolo 10, comma 1, lettera *n*), introduce la possibilità che la segnalazione certificata di ultimazione dei lavori - che, in base alla normativa vigente, costituisce l'attestazione della sussistenza delle condizioni di sicurezza, igiene, salubrità, risparmio energetico degli edifici e degli impianti negli stessi installati, nonché della conformità dell'opera al progetto presentato e della sua agibilità - sia presentata anche in assenza di lavori, con riferimento agli immobili (ancora privi di agibilità) legittimamente realizzati e che soddisfino determinati requisiti; si demanda la definizione di questi ultimi ad un decreto del Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, di concerto con il Ministro della salute, il Ministro per i beni e le attività culturali e per il turismo ed il Ministro per la pubblica amministrazione, da adottarsi, previa intesa in Conferenza unificata Stato-regioni-province autonome ed autonomie locali, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

Il comma 2 dello stesso articolo 10 reca una norma di interpretazione autentica riguardo ai requisiti relativi all'altezza minima e a quelli igienico-sanitari di alcuni locali di abitazione.

L'articolo 18 sopprime una norma che poneva alcuni limiti, fino al 31 luglio 2020 e in relazione all'emergenza epidemiologica da COVID-19, alle ordinanze dei sindaci in materia di igiene e sanità pubblica - limiti che erano relativi al rapporto con i decreti del Presidente del Consiglio dei ministri e le ordinanze regionali -. La relazione illustrativa del disegno di legge di conversione del presente decreto osserva che la soppressione è disposta in considerazione dell'evoluzione delle misure assunte per l'emergenza epidemiologica summenzionata ed è intesa a consentire che i sindaci adottino "tutte le misure contingibili e urgenti eventualmente necessarie per evitare nuove situazioni di rischio per la salute e l'incolumità delle proprie comunità".

Il comma 5 dell'articolo 19, infine, modifica la disciplina (finora di natura regolamentare) che esclude alcune categorie di soggetti dal riconoscimento dei titoli ai fini delle graduatorie per l'ammissione dei medici alle scuole di specializzazione. La modifica consiste in un'estensione dell'ambito dei soggetti esclusi, costituito finora dai concorrenti già in possesso (sempre con riferimento all'area medica) di un diploma di specializzazione o di un contratto di formazione specialistica; l'estensione riguarda i dipendenti medici delle strutture del Servizio sanitario nazionale o delle strutture private dallo stesso accreditate nonché i soggetti in possesso del diploma di formazione specifica per medico di medicina generale.

Le relazioni illustrativa e tecnica allegate al disegno di legge di conversione del presente decreto osservano che le estensioni di cui al comma 5 sono intese a ridurre il fenomeno della migrazione da un corso di specializzazione ad un altro, fenomeno che, secondo quanto prospettato dal Governo, finora è stato reso più agevole dal computo dei titoli nei termini suddetti e che determina una dispersione di risorse finanziarie (in relazione al trattamento economico corrisposto per corsi non completati).

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante ripartizione delle risorse del fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese (n. 188)

(Osservazioni alla 5a Commissione. Esame e rinvio)

Il relatore [Giuseppe PISANI](#) (M5S) riferisce sul provvedimento in titolo.

Premette che la legge n. 160 del 2019 (legge di bilancio 2020) ha disposto la costituzione, presso il Ministero dell'economia e delle finanze, di un Fondo da ripartire finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese. Le risorse complessivamente stanziare sul Fondo investimenti ammontano a 435 milioni di euro per l'anno 2020, a 880 milioni di euro per l'anno 2021, a 934 milioni di euro per l'anno 2022, a 1.045 milioni di euro

per l'anno 2023, a 1.061 milioni di euro per l'anno 2024, a 1.512 milioni di euro per l'anno 2025, a 1.513 milioni di euro per l'anno 2026, a 1.672 milioni di euro per ciascuno degli anni dal 2027 al 2032 e a 1.700 milioni di euro per ciascuno degli anni 2033 e 2034. Successivamente, il decreto-legge n. 16 del 2020 ha ridotto gli stanziamenti del Fondo: pertanto la dotazione del Fondo è ridotta di 50 milioni nel 2020, 180 milioni nel 2021, 190 milioni per ciascuno degli anni dal 2022 al 2025, 10 milioni nel 2026.

L'articolo 1, comma 24 della legge n. 160 del 2019 stabilisce che le risorse del Fondo siano ripartite con 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.

Ciò posto, passa a illustrare lo schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in esame. Il provvedimento propone il riparto del Fondo tra Ministeri tenuto conto delle proposte formulate dalle Amministrazioni centrali dello Stato e della valutazione effettuata sulla base di criteri riferiti al carattere innovativo, alla sostenibilità, all'impatto sociale, alla effettiva cantierabilità, alle ricadute sul mercato interno, alla capacità di attrarre finanziamenti europei e di completare progetti già avviati, agli interventi di contrasto al dissesto idrogeologico, di mitigazione del rischio sismico e di manutenzione straordinaria della rete viaria, in coerenza con i vincoli finanziari del Fondo. Laddove tali interventi rientrino nelle materie di competenza regionale o delle province autonome sono individuati previa intesa con gli enti territoriali interessati, ovvero in sede di Conferenza Stato-Regioni.

L'allegato 1 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri illustra la proposta di riparto delle risorse del fondo tra Ministeri per ciascuna annualità nel periodo 2020-2034, relativamente agli stanziamenti da assegnare a ciascuna Amministrazione in relazione a programmi di investimento proposti e alle proprie competenze istituzionali.

Al Ministero della salute spettano 611,6 milioni di euro per l'intero quindicennio 2020-2034, con una distinta suddivisione per ciascun anno.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

IN SEDE CONSULTIVA SU ATTI DEL GOVERNO

Proposta di nomina del dottor Edoardo Garrone a Presidente dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Giannina Gaslini" di Genova [\(n. 54\)](#)

(Parere al Ministro per i rapporti con il Parlamento. Esame e rinvio)

Il relatore [MAUTONE](#) (M5S) riferisce sulla proposta di nomina del dottor Edoardo Garrone a presidente dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico «Giannina Gaslini» di Genova.

Ricorda che, per disposizione statutaria (articolo 1 del vigente statuto), l'Istituto Gaslini provvede, in particolare, alla diffusione delle ricerche condotte e delle conoscenze acquisite, alla collaborazione con analoghe istituzioni nazionali e internazionali, alla formazione e aggiornamento del personale sanitario operante nel campo della pediatria nel Servizio sanitario nazionale e all'educazione sanitaria, tenuto conto delle indicazioni del piano sanitario nazionale e, per la parte assistenziale, delle indicazioni del piano sanitario regionale, compatibilmente con il proprio ambito di attività.

Rammenta, altresì, che l'articolo 6 dello statuto del predetto Istituto prevede che il suo presidente sia designato dal consiglio di amministrazione della Fondazione «Gerolamo Gaslini» e nominato con la procedura di cui all'articolo 7 del decreto del Presidente della Repubblica n. 617 del 1980, secondo cui «l'ufficio di presidente dell'Istituto è conferito con decreto del Presidente della Repubblica, con deliberazione del Consiglio dei ministri, su proposta del Ministro della sanità».

Fa quindi presente che, ai sensi della citata norma di cui all'articolo 6 dello statuto, in data 24 luglio 2019 il consiglio di amministrazione della Fondazione Gaslini ha designato all'unanimità il dottor Edoardo Garrone quale nuovo presidente dell'Istituto. Dall'estratto del verbale del consiglio di amministrazione, risulta che il dottor Garrone è reputato persona conosciuta e apprezzata per la sua

competenza e capacità maturata in ambito nazionale e internazionale, ricoprendo diverse cariche in aziende del gruppo ERG s.p.a. nonché in società e associazioni imprenditoriali. Il candidato, sempre a quanto risulta dal predetto verbale, attualmente ricopre la carica di presidente del gruppo ERG e di presidente del consiglio di amministrazione del gruppo Il Sole 24 Ore ed è membro del consiglio di amministrazione dell'Istituto Giannina Gaslini.

Segnala, inoltre, che dal *curriculum vitae* allegato alla proposta di nomina in esame emergono ulteriori dati concernenti la formazione e l'attività professionale del dottor Garrone, nonché gli incarichi attualmente e in precedenza ricoperti.

In conclusione, si riserva di sottoporre alla Commissione una proposta di parere, anche alla luce della prevista audizione del candidato, rilevando che il profilo di quest'ultimo appare, *prima facie*, suscettibile di una valutazione positiva, tenuto conto delle funzioni che l'articolo 10 dello statuto succitato attribuisce al presidente dell'Istituto Gaslini.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1441 E CONNESSI (DEFIBRILLATORI)

La [PRESIDENTE](#) ricorda che il termine per la presentazione di ordini del giorno riferiti al disegno di legge in titolo è stato oggetto, a suo tempo, di proroga.

Comunica che, in virtù della predetta proroga, sono stati presentati 3 ulteriori ordini del giorno (pubblicati in allegato).

Prende atto la Commissione.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

La [PRESIDENTE](#), in relazione alla procedura informativa all'ordine del giorno, comunica che, ai sensi dell'articolo 33, comma 4, del Regolamento del Senato, è stata richiesta l'attivazione dell'impianto audiovisivo e che la Presidenza ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso.

Poiché non vi sono osservazioni, tale forma di pubblicità è dunque adottata per la procedura informativa.

La Presidente avverte, inoltre, che della predetta procedura sarà redatto il resoconto stenografico.

Prende atto la Commissione.

PROCEDURE INFORMATIVE

Audizione del dottor Edoardo Garrone nell'ambito della proposta di nomina del Presidente dell'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Giannina Gaslini" di Genova

Dopo un intervento introduttivo della [PRESIDENTE](#), il dottor GARRONE svolge la propria relazione.

Intervengono, per svolgere considerazioni, i senatori Maria [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) e [MAUTONE](#) (*M5S*).

Replica il dottor GARRONE.

La [PRESIDENTE](#), ringraziato l'audito, dichiara conclusa la procedura informativa.

IN SEDE CONSULTIVA

(1883) Conversione in legge del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale.

(Parere alle Commissioni 1a e 8a riunite. Seguito dell'esame e rinvio)

Riprende l'esame, in precedenza sospeso.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) premette che porre mano a semplificazioni davvero risolutive dei problemi lamentati dai cittadini è affare complesso. Riguardo al settore di competenza della Commissione, evidenzia che il provvedimento è lacunoso, rimandando a data destinarsi una serie di interventi che appaiono necessari. Rileva che si sarebbe potuto intervenire, ad esempio, sulle modalità di distribuzione, consegna e somministrazione dei farmaci, allo scopo di semplificare al massimo le procedure, specie a beneficio dei malati cronici, rari o comunque in condizione di fragilità. Saggiunge che sarebbe stato opportuno: implementare le infrastrutture delle anagrafi vaccinali informatizzate per le vaccinazioni dell'infanzia/adolescenza, dell'adulto e dell'anziano, al fine di consentire la massima accessibilità alle vaccinazioni e rendere sostenibile la vaccinazione per la vita familiare e lavorativa; prevedere luoghi alternativi ai centri vaccinali per l'esecuzione delle vaccinazioni, implementando il ricorso ai medici di cure primarie e prevedendo l'esecuzione della vaccinazione presso le farmacie, le scuole, i luoghi di lavoro. Osserva che sarebbe stato opportuno anche potenziare i servizi di telemedicina, per garantire la continuità delle cure (per controlli e consulti) e la gestione dei pazienti al domicilio, e consentire una delocalizzazione delle cure efficace, efficiente e sicura, investendo in piattaforme informatiche omogenee tra gli ospedali e i presidi territoriali. Annuncia che il suo Gruppo presenterà emendamenti di ampio respiro sulla sanità, a partire da proposte di modifica concernenti i servizi per la sanificazione degli ospedali e delle scuole, finalizzati a snellire e semplificare le relative procedure di affidamento. Inoltre, considerato che la garanzia dell'igiene pubblica è parte integrante dell'emergenza nazionale, segnala che sarebbe opportuno che venissero prorogati fino al 31 dicembre 2020 i contratti di pulizia o sanificazione aggiudicati presso gli istituti scolastici statali a seguito di gara, dichiarati decaduti in data 1 marzo 2020, con legge 20 dicembre 2019, n.159. In relazione al disposto dell'articolo 89 del decreto legislativo n. 219 del 2006, secondo cui il medico è tenuto ad indicare sulla ricetta non ripetibile il codice fiscale del paziente, ritiene necessario un emendamento finalizzato ad adeguare la normativa alla situazione di fatto esistente, rendendo l'indicazione del codice fiscale obbligatoria solo su indicazione del paziente, al fine di evitare situazioni spiacevoli e contenziosi. Segnala infine l'opportunità di una modifica ulteriore al decreto-legge in esame, finalizzata a potenziare l'attività di prevenzione vaccinale, anche utilizzando la rete capillare delle farmacie aperte al pubblico, in linea con le esperienze maturate in proposito in Francia e Germania.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) ritiene che il provvedimento in esame presenti significative criticità conseguenti al combinato disposto degli articoli 1, 2, 3, 8 (commi 8 e 9), 21 e 23. Paventa che il decreto-legge in conversione, dichiaratamente inteso a velocizzare e semplificare, nell'assunto condivisibile che ciò sia necessario, nella fase post Covid, per il ritorno alla normalità, nella realtà andrà a produrre effetti distorsivi. Fonda il suo timore sull'assenza di regole, sia di garanzia di riqualificazione della spesa che di superamento dell'arretratezza tecnologica: per arrivare alla digitalizzazione serve un progetto

complessivo di standardizzazione dei beni e servizi, dispositivi compresi, e di integrazione dei sistemi informativi, del tutto mancante nel provvedimento in esame (così come nel Programma Nazionale di Riforma). Rileva che tale *vulnus* in passato ha consentito la dispersione di ingenti quantità di denaro pubblico, perpetuando inefficienza organizzativa ed amministrativa con spreco di risorse umane e strumentali.

Ritiene che anche i medici, in proposito, debbano rendersi conto che deve volgere al termine il cosiddetto "particolarismo prescrittivo": occorre prevedere tassativamente la razionalizzazione degli acquisti secondo *standard* di fabbisogno e di specifiche tecniche quanti qualitative di riferimento non derogabili, accessibili digitalmente in tempo reale, con aggiornamento informatico dinamico dei dati ed elementi conoscitivi essenziali per tutte le decisioni di spettanza.

A riprova della fondatezza del suo argomentare, e dell'inefficacia delle politiche sulla digitalizzazione, cita l'anagrafe vaccinale, introdotta nel 2017, che avrebbe dovuto dare certezza di prevenzione consapevole nella profilassi vaccinale, mentre ora viene proposto di prorogare l'obbligatorietà dei vaccini per mancanza di dati collazionati a livello nazionale.

Quale esperta di economia delle risorse nelle Aziende Sanitarie e Socio Sanitarie pubbliche, assicura che per garantire tempestività, efficacia ed efficienza ed economicità negli acquisti di beni e servizi aderenti ai fabbisogni di ogni singolo Ente o Istituto, sia in condizioni ordinarie che straordinarie quali quelle attuali, è sufficiente che si applichino delle semplici, ma fondamentali regole generali di buona ed oculata gestione nell'interesse pubblico, tra l'altro già previste nelle direttive europee:

determinazione quanti qualitativa degli effettivi fabbisogni in ragione dei prodotti/interventi/prestazioni da assicurare; conseguente analisi dei costi; comparazione dei vari prezzi ai fini di certezza preventiva di congruità tecnica sostanziale dell'acquisto. Fa rilevare che si tratta di adempimenti che ciascuna Pubblica Amministrazione dovrebbe sempre porre in essere prima di qualsiasi affidamento contrattuale, anche fuori dall'emergenza.

In sintesi, osserva che sarebbe stato sufficiente stabilire l'applicazione, fino al 31 luglio 2021, delle direttive europee, unitamente a stringenti controlli sulla loro effettiva e puntuale applicazione.

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

Avverte che il seguito e la conclusione dell'esame avranno luogo nella seduta antimeridiana di giovedì prossimo, 6 agosto.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

Schema di decreto del Presidente del Consiglio dei ministri recante ripartizione delle risorse del fondo finalizzato al rilancio degli investimenti delle amministrazioni centrali dello Stato e allo sviluppo del Paese ([n. 188](#))

(Osservazioni alla 5a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Riprende l'esame, in precedenza sospeso.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) ritiene che il provvedimento in titolo sia meritevole di attento esame, considerato che esso concerne il riparto di importanti risorse pubbliche.

Con particolare riferimento al settore di competenza della Commissione, segnala l'opportunità di approfondimenti sulla destinazione dei finanziamenti previsti per ciascuno degli anni del periodo considerato, ovvero sui criteri che presiedono alla stessa. In particolare, per quanto attiene alle risorse relative all'anno in corso, stima necessario sapere se esse siano state utilizzate, in tutto o in parte, per esigenze connesse all'emergenza epidemiologica.

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

Avverte che il seguito e la conclusione dell'esame avranno luogo nella seduta antimeridiana di giovedì prossimo, 6 agosto.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

CONVOCAZIONE DI UN'ULTERIORE SEDUTA DELLA COMMISSIONE

La [PRESIDENTE](#) avverte che, ferma restando la seduta antimeridiana già convocata alle ore 8,30 di giovedì 6 agosto, la Commissione tornerà a riunirsi alle ore 9 di domani, mercoledì 5 agosto, per il seguito e la conclusione dell'esame della proposta di nomina n. 54.

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 15,55.

ORDINI DEL GIORNO AL DISEGNO DI LEGGE N. [1441](#)

G/1441/9/12

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Marin](#), [Lunesu](#)

Il Senato,

premesse che:

il disegno di legge in esame reca disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero;

obiettivo primario del disegno di legge, oltre a prevedere una maggiore diffusione dei defibrillatori automatici e semiautomatici sul territorio, è la promozione e l'incentivazione del loro tempestivo utilizzo, quale requisito prioritario per la loro efficacia nell'incrementare significativamente le possibilità di sopravvivenza delle persone colpite da arresto cardiaco;

il timore di incorrere a responsabilità civile o penale in caso di intervento o di non intervento, è uno dei principali meccanismi disincentivanti il pronto utilizzo dei DAE da parte di soccorritori occasionali, specialmente se non in possesso dei requisiti di specifica formazione e qualifica medica;

la promozione della cultura del primo soccorso alla cittadinanza, con particolare riferimento alla popolazione giovanile, è un aspetto particolarmente rilevante al fine di garantire l'efficace utilizzo dei DAE;

esistono luoghi in cui è statisticamente più probabile il verificarsi casi di arresto cardiaco, e che la disponibilità dei DAE in questi luoghi rappresenta un aspetto rilevante al fine di assicurare il loro tempestivo utilizzo;

la registrazione dei DAE consente di verificarne la corretta localizzazione e quindi il funzionamento quali aspetti fondamentali a garanzia della creazione di una rete di soccorso in grado di aumentare la sopravvivenza delle vittime in arresto cardiaco, senza che tale meccanismo gravi ulteriormente sulle centrali operative del 112/118,

impegna il Governo a:

introdurre opportuni strumenti di tutela giuridica, sia sulla sfera civile sia su quella penale, anche in favore di soggetti, non facenti parte del personale sanitario non medico o del personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare, che utilizzino i DAE per prestare soccorso ad una vittima di sospetto arresto cardiaco, in caso di assenza di personale sanitario o non sanitario formato o di impossibilità di verificarne tempestivamente la

presenza;

favorire la diffusione della cultura del primo soccorso per la popolazione giovanile, attraverso la frequentazione di corsi di primo soccorso, comprensive di tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base e di utilizzo dei DAE, per i maturandi e per coloro che frequentino i corsi per il conseguimento della patente di guida;

istituire registri epidemiologici degli arresti cardiaci regionali e nazionali sulla base dei quali definire mappe standardizzate di probabilità che insorgano eventi in cui è richiesto il DAE, anche al fine di consentire l'adeguata distribuzione territoriale della strumentazione DAE;

prevedere la creazione di un organo tecnico-politico che coinvolga tutte le istituzioni competenti, per la definizione omogenea di linee guida recanti modalità con cui attuare le disposizioni del disegno di legge in esame al fine di consentirne la corretta attuazione anche per le piccole realtà locali con scarse risorse economiche;

valutare l'opportunità di definire una piattaforma web dedicata alla registrazione dei DAE per consentire di verificarne la localizzazione e il funzionamento quale aspetto prioritario per la definizione e il funzionamento della rete di soccorso in modo che tali meccanismi non gravino ulteriormente sulle centrali operative del 112/118 anche in termini di economici, prevedendo che i costi di registrazione siano a carico dell'acquirente, sia esso soggetto pubblico che privato;

istituire un tavolo di lavoro tecnico nazionale per la definizione di un protocollo standard sulle istruzioni di pre-arrivo da parte delle centrali operative 112/118 attraverso protocolli condivisi e omogenei su tutto il territorio nazionale.

G/1441/10/12

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Marin](#), [Lunesu](#)

Il Senato

premessi che:

il disegno di legge in esame reca disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero;

l'articolo 2 del disegno di legge, al fine di agevolare la maggiore diffusione di tali dispositivi, stabilisce che «gli enti territoriali possono incentivare, anche attraverso l'individuazione di misure premiali, l'installazione dei DAE nei centri commerciali, nei condomini, negli alberghi e nelle strutture aperte al pubblico, nel rispetto dell'equilibrio dei rispettivi bilanci e della normativa vigente»;

l'installazione dei defibrillatori nei condomini e nelle strutture aperte al pubblico sopra indicate, che per definizione accolgono un elevato numero di persone, garantirà una sensibile riduzione dei tempi di soccorso proprio nei luoghi in cui, statisticamente, si registrano la maggior parte degli arresti cardiaci fatali, con conseguente possibilità di mettere in salvo, ogni anno, migliaia di vite;

il coinvolgimento del settore privato consentirebbe di agevolare la concreta attuazione della norma in esame, garantendo un'ampia diffusione dei defibrillatori senza andare a intaccare le risorse degli enti territoriali e senza la necessità di attendere i tempi tecnici necessari al loro reperimento;

impegna il Governo a favorire una maggiore diffusione dei defibrillatori, in particolar modo nei centri commerciali, nei condomini, negli alberghi e nelle altre strutture aperte al pubblico, valutando l'opportunità di introdurre crediti di imposta, incentivi, sgravi o altre forme di agevolazioni fiscali in favore dei soggetti privati, persone fisiche ed enti soggetti all'imposta sul reddito delle società, che con il proprio contributo, nell'interesse della comunità locale, ne finanzino l'installazione.

G/1441/11/12

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Marin](#), [Lunesu](#)

Il Senato

premessi che:

il disegno di legge in esame reca disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero;

il disegno di legge, oltre a prevedere una maggiore diffusione dei defibrillatori automatici e semiautomatici sul territorio, ha l'obiettivo di incentivare l'impiego dei dispositivi in questione, anche da parte di personale non sanitario, nell'ottica di contenere al minimo i tempi di soccorso in caso di arresto cardiaco;

con l'approvazione del disegno di legge, con ogni probabilità, si assisterà ad una proliferazione dei corsi di abilitazione all'utilizzo dei citati apparecchi che già vengono organizzati sul territorio da parte di associazioni, organizzazioni ed altri enti erogatori;

appare indispensabile garantire un elevato standard di formazione nell'ambito dei corsi in questione, mettere in atto un'opera di raccordo dei relativi programmi teorici e pratici e verificarne in maniera compiuta ed effettiva l'adeguatezza, a tutela degli iscritti ma soprattutto nel rispetto del diritto alla salute dei cittadini garantito dalla Costituzione;

impegna il Governo a mettere in atto, anche con il coinvolgimento delle organizzazioni di volontariato, una capillare azione di formazione certificata all'utilizzo dei defibrillatori, garantendo la trasparenza, l'adeguatezza e l'omogeneità delle attività di formazione svolte nell'ambito dei corsi erogati sul territorio, e valutando eventualmente anche l'opportunità di raccordare e aggiornare i criteri di certificazione e accreditamento previsti dalla normativa vigente.

1.3.2.1.12. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 165 (pom.) del 29/09/2020

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 29 SETTEMBRE 2020
165^a Seduta (pomeridiana)

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il vice ministro della salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,35.

IN SEDE CONSULTIVA

Proposta di "Linee guida per la definizione del Piano nazionale di ripresa e resilienza" (n. [572](#))
(Parere alle Commissioni 5a e 14a riunite. Esame e rinvio)

La **PRESIDENTE** (*IV-PSI*), relatrice, riferisce sull'atto in titolo.

Premette che il documento reca una proposta governativa di "Linee guida per la definizione del Piano nazionale di ripresa e resilienza" (PNRR).

Reputa opportuno, preliminarmente, dare conto di ciò che si desume dall'Introduzione all'atto in esame.

Viene evidenziato, anzitutto, che le linee guida proposte dal Governo rispondono all'iniziativa adottata dalla Commissione Europea, successivamente approvata dal Consiglio Europeo il 21 luglio 2020, intitolata Next Generation EU (NGEU).

Si fa quindi presente che i regolamenti attuativi di NGEU non entreranno in vigore prima dell'inizio del 2021. Solo da quel momento sarà possibile presentare ufficialmente i PNRR alla Commissione europea. Tuttavia, il Governo, allo scopo di avviare un dialogo informale con la Commissione già a partire dal mese di ottobre, ha elaborato la proposta di Linee guida in esame, ai fini della sottoposizione della stessa al vaglio del Parlamento nazionale. All'esito di questo primo esame parlamentare, e in considerazione delle valutazioni di indirizzo che il Parlamento formulerà al Governo, sarà elaborato lo schema del Piano di ripresa e resilienza, recante una "previsione razionale e ordinata" dei progetti di investimento e riforma. Lo schema sarà quindi presentato al Parlamento, in vista della sua approvazione definitiva.

Si pone in rilievo, inoltre, che è stata adottata una tempistica stringente per l'elaborazione del Piano nazionale, al fine di accelerare quanto più possibile la partenza del Recovery Plan e che il Parlamento, chiamato a partecipare a tutte le fasi interlocutorie prima dell'adozione definitiva del Piano, avrà un ruolo fondamentale nel valutare, indirizzare e contribuire a definire le scelte del Governo.

Viene infine manifestato l'avviso che il NGEU rappresenti un grande passo in avanti per l'Europa e un'occasione irripetibile per l'Italia per rilanciare gli investimenti e attuare importanti riforme, all'interno di un disegno di rilancio e di transizione verso un'economia più sostenibile dal punto di vista ambientale e sociale.

Ciò detto della parte introduttiva, la relatrice passa a dare conto dell'impostazione del futuro PNRR, come prefigurata dall'atto in esame.

Il Piano si articolerà in sei missioni che, a loro volta, saranno suddivise in *cluster*, ossia insiemi di progetti omogenei e funzionali a realizzare gli obiettivi economico-sociali definiti nella strategia del Governo.

Le sei missioni in questione sono: 1. Digitalizzazione, innovazione e competitività del sistema produttivo; 2. Rivoluzione verde e transizione ecologica; 3. Infrastrutture per la mobilità; 4. Istruzione, formazione, ricerca e cultura; 5. Equità sociale, di genere e territoriale; 6. Salute.

Riguardo alla missione relativa alla Salute, sono prospettate le seguenti linee di intervento (pag. 19). Il PNRR indirizzerà risorse per il rafforzamento della resilienza e della tempestività di risposta del sistema sanitario alle patologie infettive emergenti gravate da alta morbilità e mortalità, nonché ad altre emergenze sanitarie.

Questo obiettivo sarà raggiunto innanzitutto attraverso lo sviluppo della sanità di prossimità e una più forte integrazione tra politica sanitaria e politiche sociali e ambientali al fine di favorire un'effettiva inclusione sociale.

Si investirà nella digitalizzazione dell'assistenza medica ai cittadini, promuovendo la diffusione del fascicolo sanitario elettronico e la telemedicina.

Uno specifico investimento sarà prontamente avviato nell'ambito della cronicità e delle cure a domicilio, per superare le attuali carenze del sistema delle Residenze Sanitarie Assistenziali e dei presidi sanitari nelle aree rurali e marginali del Paese, in conformità alla Strategia Nazionale delle Aree Interne.

Un contributo importante sarà offerto anche dal sostegno alla ricerca medica, immunologica e farmaceutica.

Anche nel settore dell'assistenza medica e dei servizi di prevenzione saranno introdotte tecnologie digitali.

In questo contesto, le politiche di valorizzazione del personale sanitario sono considerate d'importanza cruciale.

Infine, riguardo agli obiettivi quantitativi di lungo termine sottesi al redigendo PNRR, la relatrice segnala che l'atto in esame ne individua 13, tra i quali figura l'aumento dell'aspettativa di vita in buona salute (v. paragrafo II.1, pag. 11).

Si apre la discussione generale.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) premette che i numerosi problemi da risolvere in sanità sono lo specchio di una situazione che si è incancrenita nel corso dei decenni.

Pur auspicando che l'Italia riesca a risollevare la sanità grazie alle risorse del *Recovery Fund*, teme che manchino gli strumenti e le competenze per portare avanti contemporaneamente i numerosi progetti in cantiere.

Stando a quanto è emerso nell'audizione di questa mattina, ritiene che il Ministro della salute non abbia avuto modo di interloquire con quello dell'economia, il quale ha chiarito che le risorse messe a disposizione dall'Europa non arriveranno in tempi rapidi, né sono scontate: vi è pertanto il rischio che gli ambiziosi progetti presentati non vengano neanche presi in considerazione, ragione per la quale bisognerebbe concentrarsi, piuttosto, sullo spendere velocemente e con raziocinio i fondi subito disponibili del MES.

Sottolinea che tra le missioni prospettate dall'Atto in esame rilevano in particolare, in questa sede, quella concernenti l'equità sociale, di genere e territoriale e quella inerente alla salute. A tale riguardo, evidenzia che il documento appare tuttavia generico, pur con alcuni punti condivisibili in linea di principio.

In relazione alle ingenti quantità di risorse a disposizione, reputa che sarebbe stato auspicabile delineare idee e progetti in maniera più precisa.

Rileva inoltre che il Governo ha prestato scarsa attenzione al tema del declino demografico,

malgrado la denatalità rappresenti una vera emergenza, soprattutto in Italia.

Ritiene che l'atto dovrebbe essere integrato con indicazioni in materia di: ammodernamento della strumentazione diagnostica e sanitaria; revisione del Piano nazionale dei tumori, fondi per la prevenzione delle malattie cardiovascolari e delle patologie legate ai disturbi alimentari; formazione dei medici e investimenti in nuove risorse umane; maggiore sostegno alla domiciliarità delle cure, attraverso il supporto non solo della telemedicina ma anche dei medici di famiglia, anche al fine di evitare fenomeni di isolamento della persona malata come quelli sperimentati durante l'emergenza Covid; creazione di reti di comunità, attraverso investimenti in capitale tecnologico e umano, connettività, capitale relazionale, e riorganizzazione dei processi sanitari; efficientamento della ricerca scientifica, con maggiore attenzione al trasferimento tecnologico dei nuovi saperi; formulazione di progettualità volte all'ammodernamento dell'infrastruttura sanitaria e alla diagnosi precoce per le demenze e la malattia di *Alzheimer*.

Sottolinea che tra i temi da affrontare non vi è solo quello relativo al "dove" allocare le risorse messe a disposizione ma anche quello concernente il "come" spendere queste ultime, tenuto conto che il decreto semplificazioni non ha sciolto, se non per piccoli aspetti emergenziali, il grande nodo della burocrazia.

Esprime l'avviso che sarebbe opportuno varare un piano articolato che preveda il completo passaggio da una sanità predigitale ad alta burocrazia a una completamente dematerializzata e a "burocrazia zero".

Dopo aver fatto rilevare che la denominazione *Recovery Fund* è gergale, essendo quella corretta *Next generation UE*, auspica che ogni processo possa essere trasparente e in grado di coinvolgere, in primo luogo, i cittadini.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) ringrazia il Governo per la predisposizione del documento in esame, che intercetta il bisogno di cambiamento del Servizio sanitario nazionale andando oltre le operazioni di mero *maquillage*.

Ritiene innanzitutto di dover sottolineare che, tra le priorità assolute da affrontare, vi è quella connessa al Piano nazionale delle malattie rare, sul quale ricorda che il Vice Ministro Sileri si è impegnato in prima persona.

Reputa che la proposta del Governo sia debole sul piano metodologico, ponendo tutti i temi prospettati sullo stesso livello di importanza, senza individuare i nodi fondamentali da sciogliere in via prioritaria. Paventa che questo tipo di approccio possa portare ad una dispersione di risorse ed energie.

Osserva che la denominazione corretta dell'iniziativa europea - *Next generation UE* - si collega probabilmente al fatto che si tratta di risorse a debito, in quanto tali gravanti sulle spalle delle prossime generazioni, ossia gli attuali studenti universitari e i giovani professionisti. Pertanto, reputa necessario che una parte cospicua di queste risorse sia destinata alla formazione, specie quella dei medici, che necessita sempre più di essere integrata da una pluralità di saperi.

Sottolinea che anche il tema del potenziamento della medicina territoriale deve fare i conti con le problematiche legate alla formazione: il modello della "casa della salute", che ha costituito il perno di molte politiche regionali, non ha dato i frutti sperati proprio per la mancanza di adeguate competenze cliniche in capo ai medici di medicina generale. Segnala il rischio che ad analogo insuccesso possa andare incontro la politica di potenziamento dell'assistenza domiciliare, prospettata stamane dal Ministro della salute nel corso della sua audizione.

Rileva che un indicatore del cattivo funzionamento del sistema di formazione *post* universitaria è rappresentato dal numero di specializzandi in chirurgia che, dopo il primo anno di frequenza della scuola di specializzazione, decidono di cambiare indirizzo. Sottolinea che questo è un tema cruciale che richiede la massima attenzione da parte del Governo, essendo indispensabile assicurare la qualità del sistema formativo, che allo stato non appare garantita.

In conclusione, esprime l'auspicio che si pervenga alla necessaria riorganizzazione del sistema sanitario senza dispersione di risorse.

La senatrice **STABILE** (*FIBP-UDC*), pur manifestando apprezzamento per la riorganizzazione complessiva del sistema sanitario prospettata dal ministro Speranza, paventa che l'auspicato potenziamento della medicina di prossimità produca gli effetti indesiderati che si sono già sperimentati a seguito delle recenti politiche di deospedalizzazione, che hanno visto una drastica diminuzione dei posti letto ospedalieri senza contestuale implementazione del sistema delle case della salute o di altri istituti similari. Saggiunge che la riduzione all'osso dei posti letto ospedalieri porta a tassi di occupazione superiori all'80 per cento, che sono comunque forieri di rischi per i degenti, e segnala che studi recenti hanno dimostrato che il potenziamento della medicina territoriale e la telemedicina non sempre disincentivano il ricorso all'ospedale, specie da parte dei pazienti anziani. Ciò detto riguardo agli interventi di riforma di più ampio respiro, esprime il convincimento che nel breve periodo debba essere tenuta molto alta l'attenzione sul fronte dell'emergenza Covid.

La senatrice **FREGOLENT** (*L-SP-PSd'Az*) esprime apprezzamento per la relazione svolta dal Ministro della salute nel corso dell'audizione di stamane, ma esprime il timore che quanto prospettato rappresenti una sorta di libro dei sogni, non privo peraltro di lacune. Segnala che è indispensabile una gestione oculata di tutte le risorse disponibili e che, in quest'ottica, è necessario porre rimedio agli sprechi e alle inefficienze riscontrabili nel sistema sanitario, anche attraverso una maggiore responsabilizzazione dei gestori. Fa proprie le considerazioni già svolte sul tema della denatalità, che anche a suo avviso è da affrontare senza indugio. Rileva che i tempi per la finalizzazione dei progetti sono molto stretti e manifesta preoccupazione per il fatto che manchino elementi di dettaglio sulle progettualità allo studio, sui criteri di selezione dei progetti e sulle forme e condizioni di restituzione dei finanziamenti.

Il senatore **MARINELLO** (*M5S*) osserva che l'audizione del Ministro della salute ha fornito indicazioni interessanti in ordine al tema cruciale della riorganizzazione del sistema sanitario, finalizzata al superamento di problemi da lungo tempo sussistenti, che l'emergenza epidemiologica ha solo reso più evidenti. In proposito, reputa imprescindibile porre mano al potenziamento della medicina territoriale, al fine di decongestionare gli ospedali e scongiurare i rischi connessi ai ricoveri evitabili.

In conclusione, richiama l'attenzione su alcuni pericoli sanitari connessi al fenomeno dell'immigrazione, come il nuovo diffondersi di malattie quali la tubercolosi e le patologie sessualmente trasmissibili, che a suo avviso sono da tenere in debita considerazione.

La **PRESIDENTE** avverte che nella seduta di domani proseguirà e si concluderà la discussione generale, mentre nella giornata di lunedì 5 ottobre avranno luogo le repliche, le dichiarazioni di voto e la votazione dello schema di parere.

Prende atto la Commissione.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri*

(320) **MARSILIO.** - *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*
(947) *Cinzia LEONE ed altri.* - *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici*

e automatici esterni sul territorio nazionale

(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni

(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

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

La **PRESIDENTE** comunica che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri della Commissione bilancio su testo ed emendamenti.

Fa presente che, secondo quanto rappresentato dal Presidente della predetta Commissione, osta all'espressione dei pareri la carenza degli elementi istruttori richiesti al Governo.

Il vice ministro SILERI, interpellato in proposito dalla Presidente, assicura che solleciterà il Ministero competente a fornire i richiesti elementi informativi alla Commissione bilancio.

La **PRESIDENTE** si augura che vi siano quanto prima le condizioni procedurali per portare a conclusione l'*iter*, considerata l'importanza dei problemi affrontati dai disegni di legge in discussione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

AFFARI ASSEGNATI

Affare assegnato sul potenziamento e riqualificazione della medicina territoriale nell'epoca post Covid (n. 569)

(Esame, ai sensi dell'articolo 34, comma 1, primo periodo, e per gli effetti di cui all'articolo 50, comma 2, del Regolamento e rinvio)

La **PRESIDENTE** (*IV-PSI*), relatrice, introduce l'esame dell'Affare in titolo.

Ricorda che l'iscrizione di questo argomento all'ordine del giorno, previo deferimento da parte del Presidente del Senato, deriva da una deliberazione unanime dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai Rappresentanti dei Gruppi.

Rammenta che la trattazione dell'Affare è finalizzata ad approfondire i problemi della medicina territoriale e a definire degli indirizzi, mediante una risoluzione, nel presupposto che l'esperienza maturata durante l'emergenza Covid abbia mostrato, una volta di più, la strategicità di questo settore della sanità e l'opportunità di intervenire per un suo rafforzamento. Saggiunge che si intende la "medicina territoriale" nella sua accezione più ampia, nella consapevolezza che è in corso un dibattito tra gli studiosi anche in ordine alla stessa definizione di tale categoria.

Fa presente che, nell'ambito di questa procedura, sarà possibile anche proporre lo svolgimento di sopralluoghi, per acquisire "sul campo" informazioni sulle esperienze maturate a livello territoriale. Avverte che, una volta esaurita la fase istruttoria, si tornerà a trattare l'Affare in sede plenaria, con l'esame dello schema di risoluzione. Saggiunge che la risoluzione, dopo l'approvazione da parte della Commissione, potrà essere discussa anche in sede di Assemblea. In proposito, sottolinea che l'approdo del testo in Aula rappresenterebbe, a suo avviso, un epilogo auspicabile.

La Commissione conviene, infine, sulla proposta della Presidente-relatrice di svolgere un ciclo di audizioni informali. Il termine per la presentazione delle proposte di audizione è fissato alle ore 14 del prossimo mercoledì 14 ottobre.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso dell'odierna audizione svolta in Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sul disegno di legge n. [1660](#) (sanità pubblica veterinaria), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente depositata nelle successive audizioni connesse all'esame di tale argomento.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 16,45.

1.3.2.1.13. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 221 (ant.) del 05/05/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 5 MAGGIO 2021
221^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri*

(320) **MARSILIO.** - *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero*

(947) *Cinzia LEONE ed altri.* - *Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale*

(1410) *Paola BOLDRINI ed altri.* - *Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni*

(1501) *Sonia FREGOLENT ed altri.* - *Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri*

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 29 settembre 2020.

La **PRESIDENTE** comunica che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri della Commissione bilancio su testo ed emendamenti. Chiede al rappresentante del Governo di aggiornare la Commissione in merito alla predisposizione della relazione tecnica.

Il sottosegretario SILERI, dopo aver riepilogato le finalità, i contenuti e l'*iter* del disegno di legge n. 1441, dà conto delle iniziative assunte per superare i rilievi formulati dal Ministero dell'economia e delle finanze, con nota del 21 luglio 2020, in ordine agli impatti finanziari del provvedimento. Riferisce che è stata indetta una riunione, in data 8 aprile 2021, con tutti i Ministeri coinvolti, per risolvere le criticità riscontrate e rendere possibile una celere approvazione del provvedimento.

Fa presente che, a seguito della predetta riunione, si è provveduto all'aggiornamento della relazione tecnica originariamente redatta, che è stata trasmessa nel nuovo testo, con nota del 16 aprile 2021, alla Presidenza del Consiglio dei ministri ed al Ministero dell'economia e delle finanze. La stessa relazione tecnica è stata poi ulteriormente aggiornata, a seguito di nuove integrazioni pervenute dal Ministero dell'Istruzione, ed è stata ritrasmessa, nel testo definitivo, con nota del 21 aprile 2021. Attualmente è all'esame del Ministero dell'economia e delle finanze.

In conclusione, il Sottosegretario evidenzia che le disposizioni del disegno di legge in esame, come emerso nel corso delle interlocuzioni tra i Dicasteri interessati, sono essenzialmente formulate nel senso della facoltà e non dell'obbligo di diffondere l'utilizzo dei defibrillatori.

La [PRESIDENTE](#), dopo aver ringraziato il rappresentante del Governo, ribadisce l'auspicio che il provvedimento in discussione - che ricorda essere molto atteso e sostenuto da tutti i Gruppi - possa completare quanto prima il proprio *iter*.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

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 dell'11 giugno 2019.

La [PRESIDENTE](#) comunica che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri della Commissione bilancio su testo ed emendamenti. Chiede al rappresentante del Governo di aggiornare la Commissione in merito alla predisposizione della relazione tecnica.

Il sottosegretario SILERI ricorda come, già in qualità di Presidente della Commissione, si sia adoperato per rendere possibile il completamento dell'*iter* dei provvedimenti in discussione. Riferisce, quindi, che la relazione tecnica, a suo tempo predisposta dal Ministero della salute e inviata al Ministero dell'economia e delle finanze, è stata oggetto di rilievi da parte del Dipartimento della Ragioneria Generale dello Stato, concernenti: l'incoerenza delle disposizioni di cui trattasi rispetto all'assetto del Servizio sanitario nazionale (SSN), con la previsione dell'attivazione di nuovi centri di cura dedicati; la mancanza di armonizzazione rispetto alle cure che il medesimo SSN garantisce alle persone affette da anoressia e bulimia nell'ambito delle patologie croniche ed invalidanti, con possibili effetti di duplicazioni di funzioni; l'incoerenza rispetto alle definizioni delle patologie comprese nelle Classificazioni internazionali vigenti; la sussistenza di nuovi e maggiori oneri derivanti dal provvedimento, non quantificati né coperti.

Fa presente che, alla luce di tali rilievi, sono state esperite diverse verifiche - sinora rivelatesi infruttuose - finalizzate a superare le criticità indicate.

Si svolge quindi un dibattito incidentale, nel quale intervengono le senatrici [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) (che reputa grave la chiusura del Governo rispetto al disegno di legge in esame, che attiene in definitiva alla più ampia problematica della salute mentale), [CASTELLONE](#) (*M5S*) (che fa proprio il

rilievo della precedente oratrice e invita la Commissione a far sentire la propria voce perché siano individuate le necessarie coperture) e [FREGOLENT](#) (*L-SP-PSd'Az*) (che manifesta disappunto per il fatto che, in questa come in altre occasioni, un provvedimento condiviso da tutte le forze parlamentari sia bloccato da ostacoli di natura tecnica).

La [PRESIDENTE](#), ringraziato il sottosegretario Sileri, esprime l'auspicio che le criticità fatte rilevare dalla Ragioneria Generale dello Stato possano essere approfondite e superate.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE CONSULTIVA

(2169) Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2019-2020, approvato dalla Camera dei deputati (Relazione alla 14a Commissione. Seguito dell'esame e rinvio)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 20 aprile.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che il relatore Doria ha illustrato il provvedimento. Dichiarando quindi aperta la discussione generale.

Non essendoci richieste di intervento, il seguito dell'esame è rinviato.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni svolte ieri in sede di Ufficio di Presidenza, nell'ambito dell'esame del disegno di legge n. [1827](#) (istituzione psicologo cure primarie), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente consegnata in relazione al menzionato disegno di legge.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 9,15.

1.3.2.1.14. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 232 (pom.) del 27/05/2021

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

IGIENE E SANITA' (12^a)
GIOVEDÌ 27 MAGGIO 2021
232^a Seduta

Presidenza della Vice Presidente
BOLDRINI
indi della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 13,10.

SINDACATO ISPETTIVO

Interrogazioni

Il sottosegretario SILERI risponde all'interrogazione n. 3-00994 della senatrice Rauti e del senatore Zaffini, sulla riorganizzazione dei punti nascita.

La riorganizzazione dei Punti Nascita ospedalieri scaturisce dall'Accordo sancito il 16 dicembre 2010 in sede di Conferenza Unificata Stato-Regioni-Enti Locali sul Documento concernente: "Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo."

Tale Accordo ha impegnato le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano ad attuare 10 linee di azioni per la ridefinizione del percorso nascita, ed è il frutto della generale consapevolezza della necessità di implementare una serie di misure fondamentali per garantire qualità, sicurezza ed appropriatezza dell'assistenza materno-neonatale.

Una particolare importanza riveste la definizione del volume minimo dei parti, in quanto secondo la letteratura scientifica e le esperienze maturate in tale ambito, essa costituisce "*conditio sine qua non*" per poter configurare le condizioni organizzative e di competenza necessarie per garantire la sicurezza dell'intero percorso nascita.

Un rilievo altrettanto determinante acquista la presenza di tutti i requisiti organizzativi, di sicurezza e tecnologici puntualmente indicati nell'Accordo del 16 dicembre 2010.

Detto Accordo ha stabilito la razionalizzazione/riduzione progressiva dei punti nascita con un numero di parti inferiore a 1000/anno, prevedendo l'abbinamento per pari complessità di attività delle Unità Ospedaliere ostetriche e ginecologiche con quelle neonatologiche e pediatriche.

La possibilità di mantenere in attività Punti Nascita con volumi di attività inferiori a 500 parti annui, anche se non espressamente specificata nell'Accordo, il quale prevede l'eventualità di deroghe solo nei casi di Punti Nascita con numerosità non al di sotto del volume minimo fissato a 500 parti ogni anno, è stata adottata per poter venire incontro alle specifiche esigenze conseguenti ad effettive, dimostrabili

ed insuperabili difficoltà orogeografiche di alcune realtà territoriali del nostro Paese.

Si è tenuto conto delle necessarie ed imprescindibili garanzie della sicurezza per le donne, i neonati e gli stessi operatori professionali coinvolti, e si è individuato l'obiettivo del costante e virtuoso bilanciamento tra i seguenti fattori: a) rischio derivante dalla distanza tra il Comune di residenza della donna ed il Comune sede del Punto Nascita ospedaliero; b) distanza del Punto Nascita alternativo; c) rischio collegato alla ridotta capacità di affrontare condizioni complesse e situazioni di emergenza, derivante da volumi di casistica molto bassi.

Inoltre, l'Accordo del 16 dicembre 2010 ha previsto l'istituzione del Comitato Percorso Nascita nazionale, con funzioni di coordinamento e verifica delle attività contemplate nell'Accordo stesso. Detto Comitato è stato istituito presso il Ministero della salute con decreto ministeriale in data 12 aprile 2011, e rinnovato con decreto ministeriale del 19 dicembre 2014.

Il decreto del Ministero della salute 11 novembre 2015, ha disposto che il Comitato Percorso Nascita nazionale esprima "un motivato parere su eventuali richieste di mantenere in attività punti nascita con volumi di attività inferiori ai 500 parti annui in deroga a quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 16 dicembre 2010".

Il compito di esprimere detto "parere consultivo" è stato confermato anche nel decreto ministeriale dell'11 aprile 2018, con cui è stato ricostituito presso il Ministero il Comitato Percorso Nascita nazionale.

Peraltro, il Comitato Percorso Nascita nazionale rispetto alle richieste di deroga per Punti Nascita sotto il volume di 500 parti annui esprime il "parere consultivo", al quale le Regioni, nel rispetto delle loro funzioni possono non dare seguito, assumendo la responsabilità del mantenimento del Punto Nascita per cui è stato formulato un parere negativo.

La contrazione del numero dei Punti Nascita ricordata nell'interrogazione in esame, deriva esclusivamente dalla necessità di garantire alle donne e ai nascituri strutture ospedaliere sicure e di qualità, in grado di fronteggiare ogni potenziale situazione di emergenza/urgenza che possa manifestarsi anche nelle gravidanze decorse fisiologicamente.

E' indispensabile assicurare nei Punti Nascita una serie di "*standard*" che consentano la piena sicurezza dell'evento nascita, quali ad esempio, la presenza nelle 24 ore dell'organico completo delle figure professionali coinvolte (ostetriche, ginecologi, neonatologi, anestesisti), la disponibilità di una adeguata sala operatoria nelle 24 ore, la possibilità di effettuare gli esami ematochimici e diagnostici in regime di 24 ore, la disponibilità di sangue ed emoderivati.

Il Ministero della salute ed il Comitato Percorso Nascita nazionale stanno effettuando una attenta riflessione in merito alla potenziale rimodulazione dell'Accordo del 16 dicembre 2010, mantenendo saldi, in ogni caso, i fondamentali "*standard*" strutturali, organizzativi, di sicurezza e tecnologici che devono essere garantiti in tutti i Punti Nascita, al fine di assicurare la migliore assistenza alla madre ed al neonato.

Nell'ambito del contesto di riforme sanitarie che sta interessando il Paese, in conformità con gli obiettivi attesi dal PNRR, si colloca l'aggiornamento del Regolamento recante la definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera (decreto ministeriale 2 aprile 2015 n. 70). L'aggiornamento del decreto ministeriale n. 70 del 2015, previsto dal Patto per la Salute 2019-2021, è affidato ad un gruppo di lavoro individuato nell'ambito della Cabina di Regia del Patto per la Salute istituita ai sensi del decreto ministeriale 26 febbraio 2021.

La senatrice [RAUTI](#) (Fdl), ringraziato il Sottosegretario, si dichiara non soddisfatta, rilevando che la diminuzione dei punti nascita non ha garantito il raggiungimento di un maggiore livello di sicurezza e degli altri obiettivi perseguiti dalla riorganizzazione, ed ha creato alle donne problemi di non poco conto. Annuncia che sulla questione manterrà una costante attenzione, anche con riferimento agli sviluppi ulteriori prefigurati nella risposta data dal Governo.

Il sottosegretario SILERI risponde, quindi, all'interrogazione n. 3-02436 della senatrice Naturale ed altri, sul numero di dosi da ricavare per ogni flaconcino di vaccino contro il COVID-19.

Il Piano strategico nazionale dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 si compone di due Documenti: il Documento "Elementi di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale"; le "Raccomandazioni *ad interim* sui gruppi *target* della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19", con le quali sono state aggiornate le categorie di popolazione da vaccinare e le priorità.

Il Piano strategico nazionale, elaborato in costante collaborazione tra il Ministero della salute, il Commissario Straordinario per l'emergenza pandemica, l'Istituto Superiore di Sanità, Agenas e Aifa, è stato adottato con il decreto del Ministero della salute del 12 marzo 2021.

Il 13 marzo 2021 è stato diffuso il "Piano vaccinale anticovid" del Commissario Straordinario per l'emergenza pandemica, elaborato in armonia con il Piano strategico nazionale del Ministero della salute, con il quale vengono stabilite le linee operative per completare al più presto la campagna vaccinale.

Attualmente sono autorizzati in Italia quattro vaccini: due vaccini anti COVID-19 a m-RNA: Pfizer mRNA BNT162b2 (Comirnaty), e COVID-19 Vaccine Moderna m-RNA -1273; due vaccini anti COVID-19 a vettore virale: Vaccino Vaxzevria, e COVID-19 Vaccine Janssen.

Il Ministero della salute, con la circolare n. 1362 del 14 gennaio 2021: "Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 per la FASE 1 e aggiornamento del consenso informato", ha comunicato, tra l'altro, che in data 6 gennaio 2021 la "European Medicine Agency" (EMA) ha autorizzato il vaccino contro SARS-CoV-2/COVID-19, denominato "COVID-19 VACCINE MODERNA", prodotto dall'azienda farmaceutica "Moderna", e che l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) ha approvato tale "COVID-19 VACCINE MODERNA" il giorno successivo.

Nella Circolare n. 1362/2021 viene riportato che "COVID-19 VACCINE MODERNA" è disponibile in flaconcini multidose.

Un flaconcino contiene 10 dosi da 0,5 mL.

Il foglio illustrativo del vaccino Moderna informa che i flaconcini di "COVID-19 VACCINE MODERNA" sono multidose.

Da ogni flaconcino multidose può essere prelevato un massimo di dieci (10) dosi.

In ogni flaconcino è inclusa un'ulteriore eccedenza per garantire la fornitura di 10 dosi da 0,5 mL.

In Italia, al 21 maggio 2021, sono state somministrate 29.409.913 dosi di vaccino e 9.500.133 persone hanno completato il ciclo vaccinale.

Alla stessa data, sono state distribuite alle Regioni e Province Autonome 31.281.560 dosi di vaccino, di cui 2.609.700 di vaccino Moderna, pari a circa l'8 per cento del totale.

Il Comitato Tecnico Scientifico del Dipartimento della Protezione Civile, nella riunione del 30 aprile 2021, ha espresso il seguente parere: "In relazione all'evoluzione nella conduzione della campagna vaccinale contro SARS-CoV-2, il CTS rimarca che rimane una quota significativa di soggetti non vaccinati che, in ragione di connotazioni anagrafiche o per patologie concomitanti, sono a elevato rischio di sviluppare forme di COVID-19 marcatamente gravi o addirittura fatali. Sulla scorta di questa considerazione, pur a fronte di studi registrativi che indicano come l'intervallo tra la prima e la seconda dose dei vaccini a RNA (PfizerBioNtech e Moderna) sia di 21 e 28 giorni rispettivamente, è raccomandabile un prolungamento nella somministrazione della seconda dose nella sesta settimana dalla prima dose".

Tale parere è stato riportato nella Circolare del Ministero della salute n. 19748 del 5 maggio 2021: "Trasmissione parere del CTS in merito all'estensione dell'intervallo tra le due dosi dei vaccini a mRNA e alla seconda dose del vaccino Vaxzevria."

La strategia vaccinale in atto, di tipo adattativo e flessibile, terrà conto di ogni nuova esigenza e di nuovi fattori, e potrà essere modificata secondo le necessità.

In merito alla particolare questione riguardante la ripartizione in dosi delle fiale di vaccino anti COVID-19, l'Agenzia Italiana del Farmaco ha ricordato di essersi già più volte espressa sulla tematica, sulla base dei pareri resi dalla Commissione Tecnico Scientifica della stessa Agenzia.

Detta Commissione si è espressa, da ultimo, nel corso della seduta del 9 marzo 2021, affermando che: "La Commissione, in risposta ad alcuni quesiti ricevuti in merito, sottolinea l'opportunità di cercare di

ricavare il maggior numero possibile di dosi da ciascun flaconcino di vaccino, fatta salva la garanzia di iniettare a ciascun soggetto la dose corretta e la disponibilità di siringhe adeguate. Resta inteso che eventuali residui provenienti da flaconcini diversi non potranno essere mescolati.".

Questo parere è reperibile nel sito istituzionale di AIFA.

Inoltre, l'Agenzia ricorda che l'estrazione del maggior numero possibile di dosi può dipendere anche da ulteriori fattori, quali la manualità dell'operatore e l'utilizzo di adeguati strumenti (aghi di calibro adatto) per la preparazione delle siringhe, fermo restando il dovere di garantire il corretto e sicuro allestimento delle singole dosi.

Nel rispetto delle competenze istituzionali delle Regioni e della Struttura Commissariale, il Ministero della salute si riserva di valutare ogni consentita iniziativa di verifica al riguardo.

La senatrice [NATURALE](#) (M5S) ringrazia il Sottosegretario per la risposta, a suo avviso puntuale ed esauriente. Esprime apprezzamento per le indicazioni fornite ufficialmente da AIFA, ma fa rilevare che in alcune aree del Paese ad esse non è stato dato ancora seguito e si registrano pertanto, a tutt'oggi, fenomeni di spreco.

La [PRESIDENTE](#), ringraziato il rappresentante del Governo, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

Dispone quindi una breve sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle ore 13,30, riprende alle ore 13,35.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero

(947) Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni

(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e approvazione con modificazioni)

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

La [PRESIDENTE](#) comunica che è pervenuto il parere della 5ª Commissione su testo ed emendamenti. Avverte che per recepire il succitato parere, che - fa rilevare - contiene anche diverse condizioni, formulate ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, la relatrice Boldrini ha presentato gli emendamenti 1.100, 4.100, 5.100, 6.100, 7.100, 8.100 e 8.200 (pubblicati in allegato). Saggiunge che la relatrice ha inoltre presentato l'emendamento 3.100 (anch'esso pubblicato in allegato), che reca una modifica di coordinamento del testo.

Propone di dare i suddetti emendamenti per illustrati. Inoltre, considerata la finalità degli stessi, esprime l'avviso che non vi siano i presupposti per aprire una fase subemendativa.

Conviene la Commissione.

La [PRESIDENTE](#) dichiara inammissibile l'emendamento 4.4: esso rappresenta una mera ripetizione, per le società e associazioni sportive che usufruiscono di impianti sportivi pubblici e privati, di quanto già previsto, in via generale, nell'articolo 3 del disegno di legge in esame e quindi è privo di reale portata modificativa. Detto emendamento, inoltre, nel sostituire la rubrica dell'articolo, aggiunge il riferimento alle associazioni e agli impianti privati, senza tuttavia riportare tale modifica nel testo.

Si passa all'esame degli ordini del giorno, che vengono dati per illustrati.

L'ordine del giorno G/1441/1/12 della relatrice, sottoscritto dalla senatrice Pirro, è accolto dal sottosegretario Sileri.

Previo parere favorevole della Relatrice, sono accolti gli ordini del giorno G/1441/2/12 e G/1441/3/12 (sottoscritto dalla senatrice Stabile).

Conformemente alla richiesta della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, previa sottoscrizione da parte delle senatrici Pirro e Castellone, l'ordine del giorno G/1441/4/12 è riformulato e accolto in un testo 2 (pubblicato in allegato).

Previo parere favorevole della Relatrice, sono accolti gli ordini del giorno G/1441/5/12 (sottoscritto dalla senatrice Pirro), G/1441/6/12 (sottoscritto dalla senatrice Rizzotti) e G/1441/7/12 (sottoscritto dalla senatrice Pirro e dal senatore Giuseppe Pisani).

E' accolto l'ordine del giorno G/1441/8/12 della Relatrice.

Conformemente alla richiesta della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, l'ordine del giorno G/1441/9/12 è riformulato in un testo 2 (pubblicato in allegato) e risulta accolto.

Previo parere favorevole della Relatrice, sono infine accolti l'ordine del giorno G/1441/10/12 e l'ordine del giorno G/1441/11/12 (quest'ultimo come raccomandazione).

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

La seduta, sospesa alle ore 13,45, riprende alle ore 13,55.

Si passa all'esame dell'articolo 1 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Conformemente all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, sono ritirati gli emendamenti 1.1 e 1.2.

La senatrice [STABILE](#) (FIBP-UDC) ritira l'emendamento 1.3 e, con il consenso della [PRESIDENTE](#), lo trasforma nell'ordine del giorno G/1441/12/12 (pubblicato in allegato). Quest'ultimo, in conformità al parere espresso dalla Relatrice, è accolto dal rappresentante del GOVERNO come raccomandazione.

La senatrice [STABILE](#) (FIBP-UDC) ritira l'emendamento 1.4 e, con il consenso della [PRESIDENTE](#), lo trasforma nell'ordine del giorno G/1441/13/12 (pubblicato in allegato). Quest'ultimo, in conformità al parere espresso dalla Relatrice, viene accolto come raccomandazione.

In conformità all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, è ritirato l'emendamento 1.5.

Previo parere favorevole del rappresentante del GOVERNO, accertata la presenza del numero legale, è approvato l'emendamento 1.100 della Relatrice. E' quindi approvato l'articolo 1, come modificato.

Si passa all'esame dell'articolo 2 e degli emendamenti ad esso riferiti.

In conformità all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, sono ritirati gli emendamenti 2.1, 2.2 e 2.3.

E' quindi approvato l'articolo 2.

Si passa all'esame dell'articolo 3 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Conformemente all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, sono ritirati gli emendamenti 3.4 (testo 2), 3.1, 3.2 e 3.3. Quest'ultimo, con il consenso della [PRESIDENTE](#), è trasformato dalla senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) nell'ordine del giorno G/1441/14/12 (pubblicato in allegato), che viene accolto dal rappresentante del GOVERNO come raccomandazione, in conformità al parere della Relatrice.

In aderenza all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, è ritirato l'emendamento 3.4.

Previo parere favorevole del rappresentante del GOVERNO, è approvato l'emendamento 3.100 della Relatrice. La Commissione approva quindi l'articolo 3, come modificato.

Si passa all'esame dell'articolo 4 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Conformemente all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, sono ritirati gli emendamenti 4.1, 4.2 e 4.3.

Previo parere favorevole del rappresentante del GOVERNO, è approvato l'emendamento 4.100 della Relatrice. La Commissione approva quindi l'articolo 4, come modificato.

Si passa all'esame dell'articolo 5 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Previo parere favorevole del rappresentante del GOVERNO, è approvato l'emendamento 5.100 della Relatrice.

In conformità all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, è ritirato l'emendamento 5.1.

E' quindi approvato l'articolo 5, come modificato.

Si passa all'esame dell'articolo 6 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Conformemente all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, sono ritirati gli emendamenti 6.1, 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6 e 6.7.

Previo parere favorevole del rappresentante del GOVERNO, è approvato l'emendamento 6.100 della Relatrice. La Commissione approva quindi l'articolo 6, come modificato.

Si passa all'esame dell'articolo 7 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Previo parere favorevole del rappresentante del GOVERNO, è approvato l'emendamento 7.100 della Relatrice.

Dopo che l'emendamento 7.1 è stato ritirato, conformemente all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, è approvato l'articolo 7, come modificato.

Si passa all'esame dell'articolo 8 e degli emendamenti ad esso riferiti.

Previo parere favorevole del rappresentante del GOVERNO, è approvato l'emendamento 8.100 della Relatrice.

In aderenza all'invito della Relatrice e del rappresentante del GOVERNO, sono ritirati gli emendamenti 8.1 e 8.2.

Previo parere favorevole del rappresentante del GOVERNO, è approvato l'emendamento 8.200 della Relatrice.

Sono quindi approvati, con separate votazioni, l'articolo 8, come modificato, l'articolo 9 e la proposta di coordinamento presentata dalla Relatrice (Coord. 1, pubblicata in allegato), data per illustrata.

Si passa alla votazione finale.

Dichiarano voto favorevole, a nome dei rispettivi Gruppi, i senatori [SICLARI](#) (FIBP-UDC), Elisa [PIRRO](#) (M5S), Sonia [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) e [COMINCINI](#) (PD).

La relatrice [BOLDRINI](#) (PD) interviene incidentalmente per ringraziare tutti i componenti della Commissione e il sottosegretario Sileri per la proficua collaborazione.

La [PRESIDENTE](#) indice quindi la votazione sul disegno di legge n. 1441 nel suo complesso, comprensiva del mandato alla Relatrice ad apportare le ulteriori modifiche formali che dovessero rivelarsi necessarie.

La Commissione approva. Restano pertanto assorbiti i disegni di legge e le petizioni connessi.

La [PRESIDENTE](#) rileva che la Commissione ha deliberato all'unanimità.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La senatrice [FREGOLENT](#) (L-SP-PSd'Az) chiede che venga avviato quanto prima l'esame del disegno di legge n. [2227](#), recante Modifica all'articolo 14 della legge 22 aprile 2021, n. 53, in materia di importazione, conservazione e commercio di fauna selvatica ed esotica.

La [PRESIDENTE](#), dopo aver fatto notare che il citato disegno di legge è stato deferito alla Commissione, in sede referente, in data 26 maggio 2021, assicura che la richiesta sarà vagliata nella prossima riunione dell'Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi.

La seduta termina alle ore 14,15.

ORDINI DEL GIORNO ED EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE N. [1441](#)

G/1441/4/12 (testo 2)

[Leone](#), [Pirro](#), [Castellone](#)

Il Senato

premessi che

il provvedimento in esame è volto a favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni: *a)* presso le sedi delle pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in cui siano impiegati almeno quindici dipendenti e che abbiano servizi aperti al pubblico; *b)* negli aeroporti, nelle stazioni ferroviarie e nei porti, a bordo dei mezzi di trasporto aerei, ferroviari, marittimi e della navigazione interna che effettuano tratte con percorrenza continuata, senza possibilità di fermate intermedie, della durata di almeno due ore;

l'articolo 1, definisce, altresì, il programma pluriennale per favorire la progressiva diffusione e l'utilizzazione dei DAE nei luoghi e sui mezzi di trasporto indicati al comma 1, con priorità per le scuole di ogni ordine e grado e per le università, nel rispetto dei vincoli di finanza pubblica;

impegna il Governo

a valutare la necessità di prevedere l'installazione obbligatoria dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni nei luoghi e nei mezzi di trasporto indicati al comma 1 dell'articolo 1 del presente provvedimento;

a valutare l'installazione obbligatoria dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni presso le scuole di ogni ordine e grado e le Università e a bordo degli autoveicoli in dotazione alle forze dell'ordine e del Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco su strada adibiti a servizi di polizia e di protezione civile;

a prevedere agevolazioni fiscali per l'acquisto di DAE fino a un importo di 1.000 euro;

a prevedere l'istituzione in ogni regione e provincia il registro dei soccorritori e degli istruttori di BLS, in cui vengono iscritti da chi gestisce i corsi di formazione i soggetti, residenti nella regione o nella provincia autonoma, in possesso dell'attestazione di cui all'allegato A del decreto del Ministro della salute 18 marzo 2011 e i soggetti abilitati all'erogazione dei corsi di formazione di cui all'allegato A dell'accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano 30 luglio 2015.

G/1441/9/12 (testo 2)

[Fregolent](#), [Cantù](#), [Marin](#), [Lunesu](#)

Il Senato,

premessi che:

il disegno di legge in esame reca disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero;

obiettivo primario del disegno di legge, oltre a prevedere una maggiore diffusione dei defibrillatori automatici e semiautomatici sul territorio, è la promozione e l'incentivazione del loro tempestivo utilizzo, quale requisito prioritario per la loro efficacia nell'incrementare significativamente le possibilità di sopravvivenza delle persone colpite da arresto cardiaco;

il timore di incorrere a responsabilità civile o penale in caso di intervento o di non intervento, è uno dei principali meccanismi disincentivanti il pronto utilizzo dei DAE da parte di soccorritori occasionali, specialmente se non in possesso dei requisiti di specifica formazione e qualifica medica;

la promozione della cultura del primo soccorso alla cittadinanza, con particolare riferimento alla popolazione giovanile, è un aspetto particolarmente rilevante al fine di garantire l'efficace utilizzo dei DAE;

esistono luoghi in cui è statisticamente più probabile il verificarsi di casi di arresto cardiaco, e che la disponibilità dei DAE in questi luoghi rappresenta un aspetto rilevante al fine di assicurare il loro tempestivo utilizzo;

la registrazione dei DAE consente di verificarne la corretta localizzazione e quindi il funzionamento quali aspetti fondamentali a garanzia della creazione di una rete di soccorso in grado di aumentare la sopravvivenza delle vittime in arresto cardiaco, senza che tale meccanismo gravi

ulteriormente sulle centrali operative del 112/118,

impegna il Governo a:

favorire la diffusione della cultura del primo soccorso per la popolazione giovanile, attraverso la frequentazione di corsi di primo soccorso, comprensive di tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base e di utilizzo dei DAE, per i maturandi e per coloro che frequentino i corsi per il conseguimento della patente di guida;

istituire registri epidemiologici degli arresti cardiaci regionali e nazionali sulla base dei quali definire mappe standardizzate di probabilità che insorgano eventi in cui è richiesto il DAE, anche al fine di consentire l'adeguata distribuzione territoriale della strumentazione DAE;

prevedere la creazione di un organo tecnico-politico che coinvolga tutte le istituzioni competenti, per la definizione omogenea di linee guida recanti modalità con cui attuare le disposizioni del disegno di legge in esame al fine di consentirne la corretta attuazione anche per le piccole realtà locali con scarse risorse economiche;

valutare l'opportunità di definire una piattaforma web dedicata alla registrazione dei DAE per consentire di verificarne la localizzazione e il funzionamento quale aspetto prioritario per la definizione e il funzionamento della rete di soccorso in modo che tali meccanismi non gravino ulteriormente sulle centrali operative del 112/118 anche in termini di economici, prevedendo che i costi di registrazione siano a carico dell'acquirente, sia esso soggetto pubblico che privato;

istituire un tavolo di lavoro tecnico nazionale per la definizione di un protocollo standard sulle istruzioni di pre-arrivo da parte delle centrali operative 112/118 attraverso protocolli condivisi e omogenei su tutto il territorio nazionale.

G/1441/12/12

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

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge recante "Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero",

premesso che:

l'articolo 1 del disegno di legge sancisce l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del D.Lgs n. 165/2001 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) che abbiano almeno quindici dipendenti e servizi aperti al pubblico di dotarsi entro il 31 dicembre 2025 di defibrillatori semiautomatici ed automatici esterni (DAE) e di personale adeguatamente formato;

impegna il Governo:

a valutare misure volte a prevedere la diffusione e l'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE) a bordo dei mezzi operativi delle forze dell'ordine e dei vigili del fuoco.

G/1441/13/12

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

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge recante "Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero",

premesso che:

l'articolo 1 del disegno di legge sancisce l'obbligo per le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2 del D.Lgs n. 165/2001 (Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche) che abbiano almeno quindici dipendenti e servizi aperti al pubblico di dotarsi entro il 31 dicembre 2025 di defibrillatori semiautomatici ed automatici esterni (DAE) e di personale adeguatamente formato,

impegna il Governo:

a valutare modifiche della disposizione finalizzate: 1) ad eliminare il limite temporale relativo all'effettuazione delle tratte con percorrenza continuata, senza possibilità di fermate intermedie, della durata di almeno due ore; 2) alla diffusione e all'utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni (DAE) nei parcheggi e nelle stazioni metro.

G/1441/14/12

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

Il Senato,

in sede di discussione del disegno di legge recante "Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero",

premesso che:

l'articolo 3 del disegno di legge attraverso una modifica alla legge n.120/2001 (Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero), inserisce i defibrillatori automatici - accanto a quelli semi-automatici - nella previsione della disposizione diretta a consentirne l'uso al personale sanitario non medico nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una specifica formazione nelle attività di rianimazione cardiopolmonare,

impegna il Governo:

a valutare misure volte a prevedere la non punibilità delle azioni connesse all'uso del defibrillatore, nonché alla rianimazione cardiopolmonare intraprese dal personale non sanitario formato di cui al primo periodo che agisce in base all'articolo 51 del codice penale, nel tentativo di prestare soccorso a una vittima di sospetto arresto cardiaco.

Art. 1

1.100

la Relatrice

All'articolo 1, sostituire i commi 5 e 6 con i seguenti:

"5. Ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma 2, sono concessi contributi nel limite di 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021.

6. Agli oneri di cui al comma 5, pari a 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2021-2023, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2021, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio."

Art. 3

3.100

la Relatrice

All'articolo 3, comma 1, lettera b), sopprimere le seguenti parole: «in ambiente extraospedaliero».

Conseguentemente, nel titolo del disegno di legge, sopprimere le seguenti parole: «in ambiente extraospedaliero»

Art. 4

4.100

la Relatrice

All'articolo 4, aggiungere, in fine, il seguente comma:

"3. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione del presente articolo

nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente."

Art. 5

5.100

la Relatrice

All'articolo 5, sostituire la rubrica con la seguente: "Introduzione alle tecniche di rianimazione cardiopolmonare di base e dell'uso del DAE"

Art. 6

6.100

la Relatrice

All'articolo 6, comma 4, aggiungere, in fine, il seguente periodo:

"Le amministrazioni interessate provvedono all'attuazione del presente articolo nell'ambito delle risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente."

Art. 7

7.100

la Relatrice

All'articolo 7, sostituire il comma 2 con il seguente: "2. Agli oneri derivanti dall'attuazione del comma 1, pari a 250.000 euro annui per ciascuno degli anni dal 2021 al 2023, si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2021-2023, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2021, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio."

Art. 8

8.100

la Relatrice

All'articolo 8, comma 1, sostituire le parole: "Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca" con le seguenti: "Ministro dell'istruzione"

8.200

La Relatrice

All'articolo 8, sostituire il comma 4 con il seguente:

"4. Ai fini dell'attuazione dei commi 1 e 2, è autorizzata la spesa di 150.000 euro annui a decorrere dall'anno 2021. Al relativo onere si provvede mediante corrispondente riduzione dello stanziamento del fondo speciale di parte corrente iscritto, ai fini del bilancio triennale 2021-2023, nell'ambito del programma "Fondi di riserva e speciali" della missione "Fondi da ripartire" dello stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2021, allo scopo parzialmente utilizzando l'accantonamento relativo al Ministero della salute. Il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio."

Coord.1

La Relatrice

All'articolo 2, comma 1, sostituire la parola: «regolamenti» con le seguenti: «provvedimenti normativi».

All'articolo 6, comma 3, sostituire le parole: «del DAE, la scadenza» con le seguenti: «del DAE e la scadenza».

All'articolo 7, comma 3, sostituire le parole: «Entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore» con le seguenti: «A decorrere dal novantesimo giorno successivo alla data di entrata in vigore», le parole: «sulle manovre» con le seguenti: «per le manovre» e le parole: «sull'uso» con le seguenti: «per l'uso».

