



Senato della Repubblica

XVIII LEGISLATURA

Giunte e Commissioni

**RESOCONTO STENOGRAFICO**

n. 34

**12<sup>a</sup> COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)**

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

77<sup>a</sup> seduta: mercoledì 8 maggio 2019

Presidenza del Presidente SILERI

## I N D I C E

## DISEGNI DI LEGGE 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)

PRESIDENTE ..... *Pag. 3, 4, 7 e passim*  
 BINETTI (*FI-BP*) ..... *5, 7, 9 e passim*

BINI (*PD*) ..... *Pag. 3, 4, 7 e passim*  
 ENDRIZZI (*M5S*) ..... 6  
 MARIN (*L-SP-PSd’Az*) ..... 4, 8  
 RIZZOTTI (*FI-BP*) ..... 4, 5, 7 e passim

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

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE ..... *Pag. 10, 15*  
 BINETTI (*FI-BP*) ..... 14  
 BOLDRINI (*PD*) ..... 10, 15  
 MAUTONE (*M5S*) ..... 15  
 RIZZOTTI (*FI-BP*) ..... 13  
 STABILE (*FI-BP*) ..... 14

---

N.B. L’asterisco accanto al nome riportato nell’indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dagli oratori.

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia-Berlusconi Presidente: *FI-BP*; Fratelli d’Italia: *FdI*; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d’Azione: *L-SP-PSd’Az*; MoVimento 5 Stelle: *M5S*; Partito Democratico: *PD*; Per le Autonomie (*SVP-PATT, UV*): *Aut (SVP-PATT, UV)*; Misto: *Misto*; Misto-Liberi e Uguali: *Misto-LeU*; Misto-MAIE: *Misto-MAIE*; Misto-Più Europa con Emma Bonino: *Misto-PEcEB*; Misto-PSI: *Misto-PSI*.

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

*I lavori hanno inizio alle ore 11,30.*

#### DISEGNI DI LEGGE 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)

PRESIDENTE. L’ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 189 e 903, sospesa nella seduta di ieri.

Comunico che è stata chiesta, da parte del Gruppo PD, la pubblicità dei lavori della seduta odierna e che la Presidenza del Senato ha fatto preventivamente conoscere il proprio assenso all’attivazione dell’impianto audiovisivo, ai sensi dell’articolo 33, comma 4, del Regolamento.

Non facendosi osservazioni, tale forma di pubblicità è quindi adottata per il prosieguo dei lavori.

Riprendiamo la discussione congiunta. Ricordo che i testi degli emendamenti sono stati pubblicati in allegato al resoconto della seduta del 5 marzo scorso e che si è conclusa la discussione generale.

Poiché il relatore e il rappresentante del Governo non intendono intervenire in sede di replica, passiamo all’esame degli articoli.

Procediamo all’esame dell’articolo 1, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

BINI (PD). Signor Presidente, l’emendamento 1.1 è volto a correggere le definizioni di cui all’articolo 1 del testo, anche alla luce di quanto ci è stato detto da esperti della materia nelle varie audizioni nonché delle *e-mail* che sono state inviate a molti di noi in merito al fatto che le definizioni devono essere più fedeli ai testi scientifici sull’argomento. Abbiamo pertanto provveduto a rivedere le definizioni affinché, oltre alla bulimia nervosa, contemplassero altri disturbi del comportamento alimentare, eliminando invece l’ortoressia e la vigoressia, presenti nel testo base. Queste ultime, a nostro avviso, non sono disturbi del comportamento alimentare, tuttavia, anche a seguito della discussione che abbiamo fatto, abbiamo ritenuto di mantenerle come condizioni che possono creare problemi di alimentazione o difficoltà, ovvero ritenendole, insieme all’obesità, comportamenti alimentari patologici. Crediamo sia preferibile mante-

nerli in questa forma, seppure non come disturbi del comportamento alimentare, piuttosto che eliminarli del tutto. Ovviamente, se la scelta sarà di cancellarli, ci adegueremo. Questa è la sostanza dell'emendamento 1.1, che prevede una riscrittura in questi termini.

**RIZZOTTI (FI-BP).** Signor Presidente, vorrei sottolineare che riconoscere talune patologie, *in primis* l'anoressia nervosa e la bulimia, come malattie sociali ha due finalità. Innanzitutto, un disturbo che interessa all'incirca 3 milioni di soggetti – maschi e femmine, come ormai è la casistica – dai nove agli oltre quarantacinque anni, è una malattia sociale, che deve essere riconosciuta rivedendo il concetto precedente sui disturbi del comportamento alimentare. Il diabete conta circa 3 milioni di persone ed è giustamente identificato come malattia sociale.

Inoltre, dal momento che questo tipo di malattia è sempre più diffuso in tutti gli Stati d'Europa, tant'è che già alcuni Paesi europei hanno voluto regolamentare la materia con una legge e attraverso specifiche disposizioni, riconoscendo questo grave fenomeno di salute – i casi di mortalità parlano da soli – ci sarà certamente un indirizzo europeo, anche in Consiglio d'Europa, proprio in relazione ai disturbi alimentari. In tal senso, riconoscere determinati disturbi come malattie sociali, avendo già un testo di legge, permette di accedere a fondi specifici messi a disposizione, come per altre finalità sanitarie, per poter sviluppare nel nostro Paese i centri specialistici. Siamo infatti ben consapevoli della carenza di risorse da mettere a disposizione di questi centri e di tutto quanto è necessario alla cura e alla multidisciplinarietà; in tal modo saremo pronti per i futuri fondi europei.

**PRESIDENTE.** I restanti emendamenti si intendono illustrati.

Passiamo all'esame dell'articolo 2, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti che invito i presentatori ad illustrare.

**MARIN (L-SP-PSd'Az).** Signor Presidente, l'emendamento 2.0 mira a sopprimere l'articolo. D'altra parte, nel corso delle audizioni alle quali abbiamo avuto modo di essere tutti presenti, è emerso che non ci sono motivazioni specifiche per poter sanzionare direttamente le persone che aprono siti *web* o che in qualunque altro modo istighino al ricorso a determinate pratiche alimentari. Abbiamo visto infatti che, nella maggior parte dei casi, le persone dietro i siti *web* sono comunque malate e pertanto dovrebbero essere prima di tutto curate, per poi capire quali ulteriori provvedimenti eventualmente sanzionatori adottare. L'articolo parla addirittura di sanzione penale e amministrativa. Abbiamo pertanto pensato di sopprimerlo.

**BINI (PD).** Signor Presidente, anche noi siamo partiti dalla convinzione che la previsione di un reato specifico fosse molto discutibile, tanto che non era presente nel testo base a mia prima firma, e alcuni soggetti hanno manifestato molta preoccupazione per questo elemento. Strada fa-

cendo, mi sono convinta che riusciamo a tutelare le persone malate non mandandole in carcere ma immaginando di trovare un percorso di cura. Riteniamo che questa possa essere una soluzione utile.

Nel testo inizialmente avevamo previsto il trattamento sanitario obbligatorio; ci è stato detto che non era corretto. Avevamo provato a immaginare cure obbligatorie, ma anche in quel caso ci è stato detto che quel percorso non era corretto. Avremmo pertanto immaginato, al terzo comma dell'emendamento 2.1, la seguente dizione: «Qualora il soggetto di cui al primo comma soffra, previo accertamento medico specialistico, di un disturbo della nutrizione e dell'alimentazione, la sanzione della pena detentiva è commutata nell'obbligo di effettuare sedute con uno specialista per aiutarlo a comprendere i danni che questo comportamento può arrecare alle altre persone e a sé stesso e motivarlo a sottoporsi a un percorso di cura».

Quindi, non c'è niente di perentorio, nessuna costrizione, ma solo l'obbligo di sottoporsi a delle sedute, sperando che il soggetto si possa convincere ad affrontare un percorso di cura. Credo che, nel momento in cui tuteliamo chi è davvero malato, sia anche giusto penalizzare chi, essendo sano, compia atti del genere. In questa forma, saremmo per mantenere l'articolo.

**RIZZOTTI (FI-BP).** Signor Presidente, intervengo sugli emendamenti 2.2, 2.3, 2.4 e 2.5, che abbiamo presentato in relazione ai suggerimenti proposti nelle audizioni. Il motivo del mantenimento dell'articolo 2, ovviamente modificato (infatti siamo completamente d'accordo sull'eliminazione del TSO), è dare un senso alla legge e a ciò che stiamo facendo, riconoscendo un reato e, di conseguenza, muovendo le persone a far emergere il fenomeno, per far capire, con coraggio, che chi istiga questi comportamenti commette un reato riconosciuto dal nostro codice.

Con il contributo avuto in Commissione si è stabilito che, dal momento in cui è riconosciuto il reato, le persone malate debbano essere convinte a iniziare un percorso di cura. Vedremo cosa accadrà in sede di votazione e di dichiarazione di voto sugli emendamenti. Io sono completamente favorevole, ad esempio, all'emendamento del senatore Endrizzi e all'emendamento della senatrice Bini.

**BINETTI (FI-BP).** Signor Presidente, illustro gli emendamenti 2.6 e 2.7, che, in modo diverso, colgono il cuore dibattito che si è espresso in Commissione. Quando chi gestisce questi centri e questi siti è, egli stesso, portatore di una malattia, la posizione giusta da assumere nei suoi confronti non è tanto quella della condanna, anche se è evidente il danno che crea agli altri, quanto piuttosto quella della cura.

In questo caso si dice «previo accertamento medico»: quando il medico certifica e la stessa persona acquista la consapevolezza che ciò di cui soffre è un disturbo del comportamento alimentare, allora la sanzione della pena detentiva viene commutata in quello che potremmo chiamare, ad ampio raggio, un intervento di tipo terapeutico. Il soggetto viene man-

dato in un centro per la cura dei disturbi del comportamento alimentare, non perché svolga delle funzioni, ma perché esso stesso, attraverso l'esposizione e probabilmente attraverso la consapevolezza di ciò che può accadere ad altre persone, faccia un lavoro su di sé, che modifichi il suo comportamento non solo rispetto all'eventuale sito, ma anche in generale. Sapiamo, infatti, che la tragedia di questi siti è che, quando li chiudiamo, dopo un po' riaprono da un'altra parte; abbiamo quindi bisogno di intervenire sulle persone con una relazione di cura, che realizzi un'operazione non soltanto di desistenza, ma proprio di cambiamento di prospettiva.

Mi sembra, quindi, che il significato dell'emendamento sia che non si mandano le persone in carcere, non si fa loro pagare una multa, ma si indirizzano a una relazione di cura, che permetta loro non solo di non essere causa di patologia per altri, ma, laddove possibile, anche di convertirsi in agenti positivi, grazie alla consapevolezza acquisita, di relazione e di aiuto nei confronti di altri.

**ENDRIZZI (M5S).** Signor Presidente, illustro l'emendamento 2.01, che interviene su più livelli, anche proponendosi in parallelo ad altri emendamenti, come ad esempio quello della senatrice Rizzotti. Il più importante aspetto caratterizzante è inherente alla mancata previsione di un trattamento obbligatorio di natura psicologica o psichiatrica per non entrare in conflitto con la previsione costituzionale.

Tuttavia, analogamente a quanto avviene nel caso della tossicodipendenza, alle persone che si rendono responsabili del reato che viene introdotto verrebbe concessa la possibilità, nel caso siano essi stessi malati della medesima patologia, di avanzare istanza di concessione delle misure alternative alla detenzione. In tal modo, la cura diventa facoltativa e la possibilità di curarsi sopravanza la sanzione penale in termini di restrizione della libertà, perché congruente anche alla previsione costituzionale. Viene prevista una sanzione amministrativa solo laddove emerge un fine di lucro.

Come abbiamo visto, molto spesso comportamenti del genere sono messi in atto da ragazzi o ragazze che hanno essi stessi quel tipo di problema, ma non si può escludere che talvolta ci sia un utilizzo di determinate fragilità per fini commerciali. Solo in questo caso verrebbe applicata una sanzione amministrativa, modulandola in maniera più flessibile da 5.000 a 100.000 euro poiché i casi possono essere di portata variabile.

Per la definizione del reato si intende favorire il momento dell'insorgenza; infatti, come propone la senatrice Rizzotti con l'emendamento 2.3, devono essere puniti anche i comportamenti che potenzialmente possono determinare un danno, mettendo gravemente a repentaglio la salute, anche senza concretizzarsi (in quel caso fortunatamente). Non è possibile infatti (altrimenti rischiamo di creare conflitti e controversie giuridici) stabilire che questi comportamenti siano, sul piano eziologico, deterministicici, cioè esattamente causa del danno. Dobbiamo, quindi, punire l'idoneità a produrre un danno sul piano potenziale.

Con l'emendamento 2.01 si prevede anche la punibilità di chi attua comportamenti idonei a «favorire l'insorgenza o l'aggravamento di disturbi nervosi della nutrizione e dell'alimentazione (...) ostacolandone la diagnosi precoce». Molto spesso, quando i ragazzi o le ragazze – parlo di minorenni – cominciano a esprimere determinate situazioni di disagio, ricevono messaggi di incoraggiamento a occultare queste difficoltà e questo favorisce l'insorgenza del disturbo e ostacola servizi pubblici (scolastici e del sistema sanitario) e genitori a individuare i problemi quando è ancora possibile intervenire con maggiore facilità. Mi sembra una formulazione più completa e la sottopongo alla valutazione della Commissione.

PRESIDENTE. Passiamo all'esame dell'articolo 3, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

BINI (PD). Signor Presidente, per quanto ci riguarda l'emendamento 3.1 è il più rilevante: lo consideriamo il cuore dell'obiettivo fondamentale di questo disegno di legge, ossia migliorare il sistema di cura, renderlo più omogeneo a livello nazionale, incrementare la diagnosi precoce, la formazione, la ricerca, per riuscire a salvare più persone possibili. Questo è il tema fondamentale.

Nei *mass media* si parla solo del reato e delle agenzie di moda, ma noi riteniamo che il punto centrale della legge, che capiamo faccia meno notizia, debba assolutamente essere quello di riuscire a trovare un sistema più omogeneo e più accurato di prestazione dei servizi e delle cure in *équipe* multidisciplinare. Tutti i soggetti audit in questa sede ci hanno spiegato l'importanza di una *équipe* multidisciplinare che lavori sul paziente simultaneamente nello stesso luogo, per non dare messaggi discordanti.

Non illustro nel dettaglio l'emendamento, che è composto da vari punti: diagnosi precoce, prevenzione, formazione, modalità di cura, tipologie delle strutture, rapporto tra Stato e Regioni. Riteniamo che sia di fondamentale importanza: è forse l'emendamento a cui, in assoluto, teniamo maggiormente.

RIZZOTTI (FI-BP). Signor Presidente, gli emendamenti 3.3 e 3.4 riguardano un argomento molto tecnico relativo alle varie tappe descritte nell'articolo. Noi puntiamo molto sulla prevenzione e sulla diagnosi precoce, pertanto, con l'emendamento 3.4 sottolineiamo l'importanza della formazione specifica dei medici di medicina generale, pediatria e psichiatria.

BINETTI (FI-BP). Signor Presidente, occorre tenere molto in conto l'ambiente sportivo che frequentano i ragazzi. Sappiamo tutti, infatti, che il paziente potenzialmente anorettico o anorettico lavora su di sé attraverso due canali: da una parte, la restrizione alimentare, dall'altra, stressando moltissimo l'attività motoria e fisica, anche per il consumo di ener-

gia. Ci sembra quindi molto importante che un'attività di formazione venga estesa anche a quell'ambiente. È lì che il bambino obeso, per alcuni aspetti (tipico il caso del bambino che gioca a calcio e che non viene convocato dal *mister* perché troppo ciccottello, che è la peggiore umiliazione che possa ricevere in questi casi), o la persona affetta da anoressia vanno incontro a uno *stress* fisico che può davvero essere un forte induttore di ulteriori disturbi. Se riuscissimo a estendere l'azione di formazione, dando importanza al contesto sportivo, credo che potremmo agire in maniera più significativa che non limitandoci al solo ambiente scolastico.

**MARIN (L-SP-PSd'Az).** Signor Presidente, con l'emendamento 3.1 chiediamo un piano di azione integrato proprio per contrastare la malattia e soprattutto per far fronte alla prevenzione. Chiediamo, quindi, che sia istituito un tavolo, di cui faranno parte i rappresentanti del Ministero dell'interno, del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero della giustizia, del Ministero dello sviluppo economico, del Ministero della salute, della Conferenza unificata, dell'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, del Garante per l'infanzia e l'adolescenza, del Comitato di applicazione del codice di autoregolamentazione *media* e minori, del Garante per la protezione dei dati personali, di associazioni scientifiche e di familiari con comprovata esperienza nella tematica dei disturbi alimentari; degli operatori che forniscono servizi di *social networking* e degli altri operatori della rete Internet. Ancora, che non sia corrisposto alcun compenso e che il tavolo tecnico di cui sopra possa essere costituito utilizzando quello già esistente nell'ambito degli interventi contro il *cyber bullismo*, integrandolo con la presenza del Ministero della salute.

**PRESIDENTE.** I restanti emendamenti si intendono illustrati.

Passiamo all'esame dell'articolo 4, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

**BINI (PD).** Signor Presidente, l'emendamento 4.1 è una conseguenza dell'emendamento precedentemente illustrato. Infatti, avendo provveduto a integrare i contenuti dell'articolo 3, chiediamo la soppressione dell'articolo 4.

Per quanto concerne l'emendamento 4.0.1, si tratta di un tema molto discusso in genere in psichiatria ma, nella fattispecie, anche nei disturbi del comportamento alimentare. Mi riferisco al trattamento sanitario obbligatorio. Abbiamo ritenuto fosse utile inserire quando si può ricorrere al TSO nel caso di disturbi dell'alimentazione. Infatti, se è vero che, in mancanza della convinzione del paziente a curarsi, problemi di questo genere non si risolvono, considerando anche che spesso si tratta di minori – la qual cosa comporta tutta una serie di complicanze – è altrettanto vero che quando il figlio o la figlia rifiutano il cibo in ogni modo, con conseguente rischio della vita, per tempi molto brevi e ristretti il trattamento sanitario obbligatorio può essere un mezzo per salvare la vita di un gio-

vane paziente. Per tale ragione, abbiamo ritenuto di specificare quando è utile ricorrere al TSO, a che cosa serve e in che termini deve essere utilizzato.

PRESIDENTE. I restanti emendamenti si intendono illustrati.

All'articolo 5 è stato presentato un emendamento, che si intende illustrato.

Passiamo all'esame dell'articolo 6, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

**BINI (PD).** L'emendamento 6.1 stabilisce che le varie agenzie, società o federazioni di moda, pubblicitarie, di danza, di atletica, di ginnastica ritmica e artistica – alcune associazioni ci hanno chiesto espressamente l'aggiunta di alcune discipline – non possano avvalersi di modelle, ballerine, ginnaste il cui certificato medico attesta che l'indice di massa corporea (IMC/BMI) è inferiore a 18,5 BMI (la dicitura «eccessiva magrezza» non è un parametro scientifico).

**BINETTI (FI-BP).** L'emendamento 6.4 origina dalla consapevolezza che i disturbi del comportamento alimentare non sono più così marcatamente femminili da escludere il sesso maschile, anche in un ambito particolare come quello della moda. Da qui l'idea di inserire il riferimento ai modelli che, oltre a essere un gesto di pari opportunità, è anche – disegnata stamente, ma realisticamente – dettato dalla consapevolezza che il disturbo si sta estendendo anche al sesso maschile.

**RIZZOTTI (FI-BP).** Con l'emendamento 6.5 si interviene per sostituire la locuzione «di grave magrezza o forte sottopeso» con un parametro chiaro, ovvero un indice di massa corporea «inferiore a 18 BMI». Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità è attualmente previsto a 18,5 ma, dal momento che probabilmente l'indice verrà abbassato, ho pensato di prevedere 18 come limite minimo di massa corporea per quanto concerne l'utilizzo di modelle o modelli. D'altra parte, se il disegno di legge mira anche a combattere stereotipi nelle sfilate, nelle passerelle, nelle immagini, nelle fotografie – spesso ritoccate, per cui c'è l'esaltazione della magrezza – miriamo a ottenere la collaborazione a livello mediatico in riferimento alle immagini che colpiscono di più le nostre ragazze.

PRESIDENTE. I restanti emendamenti si intendono illustrati.

Al titolo del disegno di legge è stato presentato un emendamento che si intende illustrato.

A questo punto, non essendovi altre richieste di intervento, dichiaro conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti e rinvio il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

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

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge 867, sospesa nella seduta di ieri.

Ricordo che i testi degli emendamenti sono stati pubblicati in allegato al Resoconto della seduta di ieri e che si è conclusa la discussione generale.

Comunico che, in aggiunta ai pareri della 1<sup>a</sup> e della 2L a Commissione su testo ed emendamenti, è stato trasmesso il parere della Commissione 11<sup>a</sup> sul testo. Mancano ancora i pareri della Commissione bilancio e della Commissione per gli affari regionali.

Il relatore e il rappresentante del Governo rinunciano alla replica.

Passiamo all'esame degli emendamenti presentati all'articolo 1, che invito i presentatori a illustrare.

BOLDRINI (PD). Signor Presidente, all'articolo 1, che è la maggior parte del testo di questa proposta di legge, sono state apportate modifiche per implementare l'osservatorio che viene istituto con il presente testo di legge. Ovviamente gli emendamenti sono frutto delle audizioni che abbiamo avuto, che hanno suggerito di inserire ulteriori attori privilegiati rispetto alle osservazioni che vengono dall'ambito sanitario e delle professioni sanitarie. Ad esempio, con l'emendamento 1.4 si chiede di inserire il rappresentante delle Regioni di AGENAS.

Con l'emendamento 1.8 si propone di inserire al comma 1 il Forum nazionale dei CUG (Comitati unici di garanzia), che hanno uno spaccato nazionale di ciò che avviene, occupandosi in maniera preminente delle aziende pubbliche, tra le quali quelle sanitarie (per cui è importante avere il loro punto di osservazione, anche per il grande lavoro che hanno svolto), l'INAIL, in quanto si tratta di ambiente lavorativo, e Cittadinanza attiva, ossia la voce attiva dei cittadini, che potrebbero avere osservazioni in merito alla prestazione dei servizi.

Con l'emendamento 1.9 si ribadisce l'importanza dei CUG.

Con l'emendamento 1.11 si segnala la necessità di monitorare anche gli eventi sentinella, che possono portare alla commissione di violenze o minacce; occorre evidenziare anche i singoli atti, come un alterco, che potrebbero determinare una violenza: se non si segnala l'evento sentinella non si può capire se vi sarà effettivamente un evento scatenante o meno.

L'emendamento 1.13 propone, come sostieniamo tutti, di organizzare corsi di formazione «per la prevenzione e la gestione degli episodi di violenza commessi ai danni degli esercenti le professioni sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni». Già ora sono in atto corsi in alcune aziende sanitarie, per cominciare a porre rimedio a quanto sta avvenendo; molto probabilmente si riscontrano modalità diverse nel mettersi a disposizione e nel confrontarsi con le persone che hanno bisogno di avere ulteriori infor-

mazioni per quanto riguarda la salute dei congiunti e propria, quindi occorre definire la migliore pratica attraverso questi corsi di formazione.

L'emendamento 1.14 riguarda la diffusione delle buone prassi. Esiste già l'osservatorio di AGENAS sulle buone prassi, che devono essere divulgate nelle aziende sanitarie in cui gli atti di violenza e di conflitto nei confronti delle professioni sanitarie hanno uno sviluppo diverso, per mettere in pratica quei comportamenti che hanno avuto effetti positivi.

L'emendamento 1.15 è volto a promuovere la regolamentazione dell'utilizzo di *social network* durante il lavoro. È una modifica importante che abbiamo maturato durante le audizioni. Occorre una migliore regolamentazione dell'uso. Accade spesso, infatti, soprattutto per quanto riguarda il genere femminile, che vengano prese di mira e addirittura minacciate persone o che vengano messe in evidenza alcune situazioni particolari durante il lavoro, sempre per stigmatizzare delle criticità. Credo che vi siano modalità e regole atte a mettere in evidenza comportamenti non corretti, ma non attraverso i *social*. Anche in questo caso dovremmo intervenire.

L'emendamento 1.16 riguarda i casi in cui «gli esercenti le professioni sanitarie debbano essere accompagnati dalle forze dell'ordine nell'esercizio delle loro funzioni». Mi corre alla mente che in audizione i veterinari hanno riferito che, in alcuni casi in cui hanno dovuto dare informazioni particolari agli allevatori, si sono verificati contrasti, sfociati anche in omicidi (e non sono pochi); pertanto, analogamente a quanto avviene quando si comunica uno sfratto, quando si prevede che vi possano essere eventi avversi di questo genere occorre che gli esercenti la professione sanitaria possano essere accompagnati dalle forze dell'ordine, per esercitare la funzione di annuncio di prescrizioni che devono essere messe in pratica.

Con l'emendamento 1.18 si prevede che l'osservatorio, per l'assolvimento dei compiti assegnati dalla presente proposta di legge, si avvalga anche «del supporto delle associazioni di rappresentanza dei lavoratori comparativamente più rappresentative sul piano nazionale». Abbiamo ascoltato le organizzazioni sindacali e credo che, anche loro, siano già, di fatto, un buon osservatorio e possano fornire indicazioni e spunti per migliorare il servizio.

L'emendamento 1.25 prevede di aggiungere il comma 2-bis: «La Conferenza Stato Regioni, di concerto con i Ministeri interessati, sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative sul piano nazionale, è autorizzata all'emanazione di linee guida per l'assunzione di iniziative per la riduzione del rischio clinico, l'umanizzazione delle cure, il benessere organizzativo delle strutture sanitarie del SSN pubbliche e private». Ovviamente l'obiettivo è una omogeneizzazione a livello nazionale, sentita la Conferenza Stato-Regioni, che sappiamo essere una parte importante per quanto riguarda la gestione del sistema sanitario.

È fatto obbligo, con l'emendamento 1.26, anche «alle aziende e agli enti pubblici e privati accreditati, di costituirsi parte civile nei processi per fatti commessi in danno degli esercenti le professioni sanitarie». Questa è una nota importante, che ci è sempre stata sottolineata; è una richiesta che

viene dalle professioni audite, che spesso si sentono sole nel processo, dopo aver denunciato il fatto.

Con l'emendamento 1.0.4 si richiede maggiore attenzione nella redazione del documento di valutazione dei rischi, che deve essere redatto da parte del datore di lavoro e dei responsabili individuati nell'ambito delle aziende sanitarie. Deve essere valutato anche il rischio di «molestie, violenze e minacce nei confronti degli esercenti le professioni sanitarie nei luoghi di lavoro come definiti dall'articolo 62 del citato decreto legislativo n. 81 del 2008, nonché all'esterno degli stessi». Immagino con ciò i luoghi in cui si svolgono le guardie mediche, che non sono all'interno bensì all'esterno dell'azienda, spesso in posti lontani dai centri abitati, in cui potrebbero avvenire fatti violenti.

L'emendamento 1.0.5 riguarda la campagna di sensibilizzazione e, a nostro avviso, rappresenta un altro elemento importante. Il fatto che vi siano aggressioni e gravi eventi conflittuali nei confronti delle professioni sanitarie è dovuto anche all'atteggiamento verso questa categoria (ma anche verso tante altre: pensiamo a quella docente che è stata picchiata dal genitore di una ragazza). Credo che sia importante fare campagne di sensibilizzazione e di informazione sul valore sociale che hanno le professioni sanitarie. È importante tenere in considerazione che, è vero che molti cittadini possono avere le loro ragioni, ma vi è un ruolo etico della professione che non si può travalicare con un'aggressione; occorre far capire ai cittadini che chi svolge questa professione ha un ruolo importante e che si devono rispettare, in questo caso, le professioni sanitarie, ma in ogni caso le persone che esercitano lavori importanti, soprattutto nell'ambito sociale e sanitario.

L'emendamento 1.0.6, in caso di querela di parte per i fatti commessi, prevede la possibilità per il lavoratore di «eleggere domicilio presso l'indirizzo ove ha sede l'azienda», anziché il proprio, per evitare che vi siano ripercussioni nei confronti di chi ha denunciato, perché se ne sentono davvero di tutti i colori.

L'emendamento 1.0.7 riguarda la costituzione di commissioni paritetiche, che provvedano «alla predisposizione di un gruppo, costituito da personale dedicato, addestrato a gestire situazioni critiche e alla mediazione dei conflitti (anche attraverso corsi, come abbiamo anticipato prima); alla promozione di azioni necessarie per incoraggiare il personale a segnalare prontamente gli episodi di violenza (avviene spesso che, per evitare ulteriori problematiche, si tenda a sminuire ciò che è successo); alla formazione degli esercenti le professioni sanitarie; alla promozione di azioni finalizzate al coordinamento con le autorità di pubblica sicurezza per l'individuazione di strategie atte ad eliminare o attenuare la violenza nei servizi sanitari; alla valutazione della necessità di installare e mantenere regolarmente in funzione impianti di videosorveglianza e di allarme nei luoghi di lavoro in cui il rischio è più elevato».

L'emendamento 1.0.8 propone una modifica all'articolo 357 del codice penale al fine di ritenere anche i medici, nell'esercizio delle loro funzioni, come pubblici ufficiali.

Infine, l'emendamento 1.0.9 riguarda l'organizzazione di corsi di formazione da parte delle Regioni, che già ora esistono e sono rivolti soprattutto alle professioni sanitarie. Per ridurre i rischi negli ambienti più esposti, preparare gli esercenti le professioni sanitarie a fronteggiare situazioni di pericolo e garantirne la sicurezza, le Regioni possono organizzare annualmente corsi di formazione in questo ambito.

**RIZZOTTI (FI-BP).** Signor Presidente, illustrerò gli emendamenti 1.6, 1.7 e 1.0.3.

I primi due concernono l'osservatorio nazionale sulla sicurezza degli esercenti le professioni sanitarie, prevedendo che nella sua composizione siano altresì presenti rappresentanti degli ordini professionali interessati, delle organizzazioni di settore e delle associazioni di pazienti, oltre a un rappresentante dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari nazionali. Trovo abbastanza particolare, infatti, escludere proprio i rappresentanti delle persone che lavorano in questo ambito e che sono a rischio.

L'emendamento 1.0.3 è inerente al presidio fisso di polizia presso le strutture ospedaliere. Come sappiamo, si tratta di posti di controllo di pertinenza del Ministero dell'interno; il personale in divisa è previsto solo per i referti ma non per la protezione del personale sanitario. Negli ospedali più piccoli la questura effettua controlli, ma nei presidi più grandi è molto difficile, anche perché il personale di polizia è insufficiente. D'altra parte, anche laddove si è riusciti a colmare questa mancanza, il turno di guardia è soltanto diurno. I posti di polizia, quindi, non sono più operativi in via continuativa per la riduzione dei turni di servizio, come è avvenuto in tante altre realtà, ma dobbiamo comunque evidenziare che le strutture ospedaliere sono inserite nell'elenco degli obiettivi sensibili nell'ambito del piano coordinato di controllo del territorio. Proprio a tale riguardo, di recente, la vigilanza esterna delle medesime strutture operata da pattuglie della Polizia di Stato è stata ulteriormente intensificata.

Questa situazione varia molto nelle diverse realtà italiane. Per quello che riguarda le misure di sicurezza esistenti, la sorveglianza degli ospedali è espletata da istituti di vigilanza privata attraverso postazioni fisse, ingressi e servizi di ronda, e comunque in base a contratti e non delibere che possano intervenire su tutto il territorio nazionale.

Il fenomeno dell'insicurezza presso le strutture ospedaliere-pronto soccorso è legato certamente all'inciviltà di alcuni, che si scatena anche, come sappiamo, per motivi quali i lunghi tempi di attesa o la carenza di personale, di cui le lunghe attese sono la conseguenza. Si è cercato di colmare alcune lacune nella sicurezza con mezzi tecnologici, come il collegamento telefonico diretto con un numero dedicato tra le sale di pronto soccorso degli ospedali e le sale operative della questura e i commissariati; in altri luoghi è possibile segnalare direttamente alle sale operative le situazioni per le quali si ritiene necessario l'intervento delle Forze dell'ordine. Tutto questo, però, non è stato sufficiente e continuerà a non esserlo in futuro, date le condizioni esistenti.

Credo pertanto che lo Stato debba garantire sicurezza e ordine pubblico soprattutto nelle strutture ospedaliere, per evitare le continue aggressioni, ormai quasi quotidiane, che si registrano nel nostro Paese, non solo per gli operatori sanitari ma anche per i cittadini che si recano per motivi di cura.

**BINETTI (FI-BP).** Signor Presidente, l'emendamento 1.12 mira a promuovere attività di formazione, oltre che di informazione, rivolte agli operatori in materia di sicurezza. Molto spesso, infatti, la reazione del paziente in attesa è anche una risposta a una modalità di porsi del professionista.

La consapevolezza degli stati di tensione, di irritazione, quindi anche di aggressività che si possono sviluppare è una parte del problema. Resta, però, la necessità di dover avviare una riflessione chiara sugli obiettivi naturali della prudenza. Non possiamo immaginare soltanto situazioni che si svolgono nei grandi ospedali, o anche nei piccoli ospedali, ma in un contesto in cui c'è gente intorno e quindi vi è la possibilità di alzare la voce e di chiedere aiuto; molto spesso si tratta di situazioni marginali, quindi chi si trova a lavorare in una situazione di emarginazione deve stressare consapevolmente l'elemento della prudenza e – laddove necessario – deve richiedere preventivamente aiuto, una presenza a vari livelli, non soltanto dell'operatore di polizia ma anche, per esempio, di un collega o di altro personale, come infermieri o altre figure. Queste presenze, infatti, potrebbero generare in chi è tentato di perpetrare un'aggressione la consapevolezza che non è solo e che quindi non gli conviene procedere.

In merito all'emendamento 1.0.2 vorrei richiamare l'attenzione su due punti, ovvero il termine temporale indicato (entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge) e le modalità da stabilire per la ricollocazione dei presidi ambulatoriali di guardia medica. Molto spesso, infatti, ci sembra che provvedimenti di questo genere non raggiungano il loro obiettivo perché mancano due elementi: l'elemento temporale, ovvero entro quanto tempo il Ministero – in questo caso – deve fare quanto previsto dalla norma (l'indicazione diventa fondamentale come garanzia che si faccia) e cosa si deve garantire, in questo caso la ricollocazione, per cui ci deve essere stata una mappatura dei luoghi a rischio e deve essere stata fatta una valutazione delle *location* in cui i suddetti presidi possono essere spostati. Questi due elementi sono fondamentali per la prevenzione dei rischi che corre il personale sanitario.

Ci sembra sia molto importante normare questi due elementi sotto i profili di spazio e tempo, che sono le due coordinate dell'apprendimento sensibile. Questo aspetto merita veramente la massima attenzione in relazione al rispetto della legge.

**STABILE (FI-BP).** Signor Presidente, gli emendamenti 1.20 e 1.23 mirano a migliorare il testo specificando le strutture deputate alla gestione del rischio, ovvero l'osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla si-

curezza nella sanità istituito presso l’Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (anziché citare semplicemente l’AGENAS).

Nello specifico, l’emendamento 1.23 prevede che il suddetto osservatorio trasmetta i dati acquisiti dai centri per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente attraverso l’AGENAS.

PRESIDENTE. I restanti emendamenti si intendono illustrati.

Passiamo all’esame dell’articolo 2, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

BOLDRINI (PD). Signor Presidente, l’emendamento 2.0.1 interviene prevedendo la procedibilità d’ufficio in presenza delle circostanze aggravanti di cui al numero 11-*septies* dell’articolo 61 del codice penale.

MAUTONE (M5S). Signor Presidente, l’emendamento 2.0.2 reca modifiche in materia di procedibilità e muove dalle osservazioni fatte, anche nel corso delle audizioni che si sono succedute, da diverse organizzazioni sindacali, ANAAO *in primis*, circa la necessità di non personalizzare molto il rapporto-denuncia da parte dell’operatore colpito dall’aggressione e l’autore del reato. In questo modo, a fronte del compimento del reato di aggressione o di altra violenza nei confronti del personale sanitario, si procede d’ufficio e non a querela di parte, evitando in tal modo che la personalizzazione del procedimento possa creare problemi di incompatibilità cosiddetta ambientale o che vi possano essere pressioni successive sull’operatore che ha fatto la denuncia, esponendolo al rischio di ritorsioni vere e proprie da parte di chi ha perpetrato il reato, ovvero l’aggressione.

PRESIDENTE. I restanti emendamenti si intendono illustrati, così come si dà per illustrato l’emendamento relativo al titolo del disegno di legge.

Non essendovi altre richieste di intervento, dichiaro conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti e rinvio il seguito della discussione del disegno di legge in titolo ad altra seduta.

*La seduta termina alle ore 12,20.*

€ 1,00