

XII COMMISSIONE PERMANENTE

(Affari sociali)

S O M M A R I O

SEDE REFERENTE:

Modifiche agli articoli 8- <i>quater</i> , 8- <i>quinqüies</i> e 8- <i>sexies</i> del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernenti l'accreditamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private. C. 4269 D'Anna (<i>Seguito dell'esame e rinvio – Nomina di un Comitato ristretto</i>)	201
Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioioli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	201
ALLEGATO 1 (<i>Proposta di testo unificato elaborata dal relatore</i>)	207
Modifica dell'articolo 157 del decreto legislativo n. 219/2006, in materia di raccolta di medicinali inutilizzati o scaduti, e altre disposizioni concernenti la donazione di medicinali e la loro utilizzazione e distribuzione da parte di organizzazioni senza fini di lucro. C. 4771 Di Virgilio (<i>Seguito dell'esame e rinvio</i>)	204

AUDIZIONI INFORMALI:

Audizione del Garante per la protezione dei dati personali e di rappresentanti dell'Istituto superiore di Sanità, del Centro nazionale trapianti e della Società italiana di fertilità e di sterilità e medicina della riproduzione (SIFES) in relazione allo schema di decreto legislativo recante « Modifiche al decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 16, di attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda determinate prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani » (Atto n. 444)	205
---	-----

SEDE CONSULTIVA:

Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, concernenti il sostegno alla maternità e l'introduzione del congedo di paternità obbligatorio. Nuovo testo unificato C. 2618 Mosca e abb. (Parere alla XI Commissione) (<i>Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni</i>)	205
ALLEGATO 2 (<i>Parere approvato dalla Commissione</i>)	213

UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI:

Predisposizione del programma dei lavori per il periodo aprile-giugno 2012	206
AVVERTENZA	206

SEDE REFERENTE

Mercoledì 28 marzo 2012. — Presidenza
del presidente Giuseppe PALUMBO. — In-

terviene il sottosegretario di Stato per la
salute Adelfio Elio Cardinale.

La seduta comincia alle 10.35.

Modifiche agli articoli 8-*quater*, 8-*quinquies* e 8-*sexies* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, concernenti l'accreditamento e l'erogazione delle prestazioni sanitarie a carico del Servizio sanitario nazionale da parte delle strutture pubbliche e private.

C. 4269 D'Anna.

(Seguito dell'esame e rinvio – Nomina di un Comitato ristretto).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo nella seduta del 28 febbraio 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ricorda che, poiché nella seduta precedente si è chiusa la discussione generale sul provvedimento in esame, nella seduta odierna, dopo l'intervento di replica del rappresentante del Governo, la Commissione potrà deliberare la costituzione di un Comitato ristretto, nell'ambito del quale prevedere lo svolgimento di alcune audizioni informali.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE esprime la contrarietà del Governo, in linea di principio, all'idea, recepita dalla proposta di legge n. 4269, di introdurre un meccanismo di responsabilizzazione delle regioni e delle ASL nell'utilizzo delle risorse pubbliche attraverso la sostanziale parificazione tra strutture pubbliche e private ai fini degli accordi contrattuali. A questo proposito, rileva che la struttura dei costi e le condizioni dei servizi resi presentano elementi di diversità tra il settore pubblico e quello privato.

La contrarietà a rivedere in generale il sistema degli accordi contrattuali per sostituirlo con accordi e contratti è, inoltre, motivata dalla consapevolezza che il vigente sistema è oramai consolidato a livello regionale.

Ciò premesso, manifesta una certa disponibilità a riconsiderare singoli aspetti degli accordi per renderli eventualmente più flessibili, prevedendo, ad esempio, che il limite delle prestazioni possa essere fissato per branca e non per singolo erogatore, al fine di assicurare un maggiore

dialogo e confronto tra i professionisti, a condizione che da ciò non derivino maggiori oneri per la finanza pubblica. Ritiene, infatti, che modifiche più sostanziali al vigente sistema potrebbero incidere sui fabbisogni finanziari delle regioni.

In conclusione, ravvisa l'opportunità che la prosecuzione dell'*iter* parlamentare del provvedimento in esame abbia luogo a seguito della manovra finanziaria per il 2012.

Vincenzo D'ANNA (PT), *relatore*, replicando alle obiezioni sollevate dal rappresentante del Governo, chiarisce che l'obiettivo della proposta di legge a sua prima firma non è tanto la parificazione tra strutture pubbliche e private nel sistema dei tetti di spesa quanto, invece, la responsabilizzazione delle regioni e delle ASL nell'utilizzo delle risorse pubbliche. Fa presente che, se non si raggiunge quest'obiettivo, se le prestazioni erogate dal comparto pubblico continuano ad avere un costo maggiore rispetto a quelle erogate dal settore privato, la conseguenza obbligatoria è il taglio dei servizi a causa del *deficit* di bilancio.

Chiede, quindi, ai colleghi della Commissione di collaborare al fine di introdurre dei meccanismi volti a migliorare l'efficienza del sistema sanitario pubblico, a parità di prestazioni erogate.

La Commissione delibera, quindi, di nominare un Comitato ristretto, riservandosi il presidente di designarne i componenti sulla base delle indicazioni dei gruppi, nell'ambito del quale procedere allo svolgimento di un ciclo di audizioni informali.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.
C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioi, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo nella seduta del 16 marzo 2011.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, fa presente che è stata predisposta da parte del relatore una proposta di testo unificato delle proposte di legge in materia di assistenza psichiatrica. La Commissione dovrà, pertanto, valutare, se adottare tale proposta come testo base per il prosieguo dell'esame ovvero se rinviare la decisione sul punto.

Carlo CICCIOLO (PdL), *relatore*, illustra la proposta di testo unificato presentata (*vedi allegato 1*), evidenziando come essa rappresenti, a suo avviso, una soluzione equilibrata tra le otto proposte di legge assegnate alla XII Commissione su questa materia. Ricorda che dall'approvazione della legge n. 180 del 1978 (cosiddetta legge Basaglia) ad oggi sono trascorsi, oramai, trentaquattro anni, nel corso dei quali sono emersi tanti problemi, per i pazienti e per le loro famiglie, ai quali non è stata data risposta. In considerazione dell'indifferibilità dell'approvazione di un nuovo provvedimento legislativo in materia di assistenza psichiatrica, a seguito del lungo esame svolto presso la Commissione, nell'ambito del quale si sono svolte numerose audizioni, ritiene che vi siano le condizioni per procedere all'adozione della sua proposta di testo unificato come testo base per la prosecuzione dell'*iter* parlamentare.

Il sottosegretario Adelfio Elio CARDINALE, con riferimento alla proposta testé presentata dal relatore, segnala innanzitutto che è in corso di elaborazione un Atto di intesa con le regioni per la definizione di linee per l'assistenza sanitaria e sociale delle persone con disturbi mentali, nel rispetto del riparto di competenze tra Stato e regioni.

Entrando nel merito della proposta di testo unificato, osserva che essa è volta a ridisegnare i compiti dei dipartimenti di salute mentale, nonché a innovare i trattamenti sanitari obbligatori, prevedendo

anche la fattispecie dell'accertamento sanitario obbligatorio e del trattamento sanitario necessario extra ospedaliero.

Per quanto riguarda gli accertamenti sanitari obbligatori (ASO) e i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) per malattie psichiatriche – di cui all'articolo 4 del testo – fa presente che, a legislazione vigente, il TSO è un intervento di restrizione della libertà individuale che può essere imposto solo dalla Amministrazione sanitaria pubblica ad un paziente contro il suo consenso, a tutela della salute del paziente stesso e della collettività, quindi solo come misura eccezionale. Data questa sua natura, nutre perplessità in ordine al trattamento necessario extraospedaliero prolungato, di cui al successivo articolo 5. Rileva, poi, che la durata del TSO debba essere limitata al tempo occorrente all'efficacia dell'intervento ed al recupero del paziente, per cui non può essere temporalmente predeterminata 15 giorni. Ritiene, inoltre, che tutte le differenze di trattamento proposte, derivanti dalla suddivisione del TSO in diverse tipologie, non hanno ragione di essere.

Osserva altresì che i rapporti tra Università e Servizio sanitario nazionale – di cui all'articolo 7 del testo – sono già disciplinati e, comunque, riguardano una materia rientrante nella sfera di competenza regionale. Per quanto attiene, infine, al contenuto degli articoli 9 e 10 e, in particolare, i rapporti con i familiari dei pazienti, segnala che si tratta di argomenti che devono essere oggetto di documenti quali linee guida, percorsi assistenziali e procedure di consenso professionale; e non di norme di rango primario.

Domenico DI VIRGILIO (PDL), condividendo la proposta del relatore, segnala la necessità di intervenire con un provvedimento legislativo in materia di assistenza psichiatrica, al fine di dare una risposta ai problemi di numerosi pazienti e delle loro famiglie.

Anna Margherita MIOTTO (PD) non condivide la proposta, formulata dal relatore, di adottare il testo base nella seduta

odierna. Innanzitutto, espone una ragione di metodo, facendo notare come da oggi alla fine della legislatura rimangano concretamente sei mesi di attività parlamentare, in una situazione generale in cui le risorse economiche sono assai limitate. Date queste premesse, ritiene che sia poco realistico pensare di addivenire all'approvazione di una legge in materia di assistenza psichiatrica, considerato lo stato dell'*iter* del provvedimento che, peraltro, comporta rilevanti oneri dal punto di vista finanziario.

Fa presente, inoltre, che dopo la legge n. 180 del 1978 sono intervenuti diversi atti normativi che ne hanno reso possibile l'applicazione, pur essendo, quest'ultima, assolutamente disomogenea sul territorio nazionale. L'Italia, infatti, presenta una situazione di profonda disuguaglianza rispetto all'attuazione della normativa concernente i pazienti psichiatrici.

Per quanto riguarda il merito del provvedimento, rileva che la soluzione proposta riproduce sostanzialmente un modello manicomiale ritenuto poco condivisibile oltre che dispendioso.

Fa altresì notare che il testo predisposto dal relatore è invasivo delle competenze regionali e, quindi, andrebbe probabilmente incontro al parere negativo delle Commissioni affari costituzionali e per le questioni regionali.

Alla luce delle suddette ragioni, reputa preferibile ricorrere ad altri strumenti, diversi da quello legislativo, quale ad esempio la presentazione di una mozione su questa materia.

Paola BINETTI (UdCpTP) richiama l'alto valore « simbolico » assunto dalla legge n. 180 del 1978, per cui modificare questa legge significa quasi andare a ledere il rispetto e la dignità dei pazienti psichiatrici. Fa presente che, a suo avviso, i problemi esistono realmente e riguardano sia i pazienti che le loro famiglie. Fa altresì notare che, volendo intervenire in linea di continuità con la legge Basaglia, occorre mantenere la logica della deosped-

alizzazione. Infine, richiamando l'intervento dell'onorevole Miotto, condivide l'idea della presentazione di una mozione su questa materia, trattandosi di uno strumento di indirizzo che, in quanto tale, lascia ampi margini di libertà rispetto ad una normativa dettagliata.

Carla CASTELLANI (PdL) rileva che, pur essendo veritiera l'osservazione formulata dall'onorevole Miotto, per cui rimane poco tempo rispetto alla fine della legislatura, è altrettanto vero che non è accettabile una resa della politica di fronte ai problemi concreti. A suo avviso si dovrebbe, quindi, cercare di addivenire all'approvazione di una legge in materia di assistenza psichiatrica, anche in considerazione della particolare fase politica in cui si è venuto a creare una sorta di « armistizio » tra l'ex maggioranza e l'ex opposizione, almeno per quanto riguarda i due principali gruppi parlamentari.

Con riferimento, poi, all'obiezione per cui un intervento legislativo in questo settore risulterebbe invasivo delle competenze regionali, rileva che, evidentemente, si tratterebbe di una legge-quadro, recante norme di principio. Inoltre, fa presente che, in generale, non si può utilizzare sempre l'argomento per cui la materia della tutela della salute rientra nella competenza regionale, altrimenti si finisce per stroncare ogni discussione che sia avviata presso la Commissione affari sociali.

Carmelo PORCU (PdL) esprime la propria solidarietà al relatore, riconoscendogli il merito di portare avanti il suo progetto fin dall'inizio della legislatura. Ritiene che un intervento normativo in questa materia si renda assolutamente necessario, alla luce delle tante situazioni drammatiche emerse nel Paese.

In conclusione, pur comprendendo che, di fronte allo stesso argomento, possano esserci diverse sensibilità e, quindi, diverse soluzioni per affrontare i problemi, ritiene che, comunque, non si possa impedire al

Parlamento e, nel caso specifico, alla Commissione, di andare avanti.

Lucio BARANI (PdL) richiama l'oggettiva necessità, emersa oramai da diversi anni, di apportare delle modifiche e degli aggiornamenti alla legge n. 180 del 1978. A questo proposito, evidenzia che, se il Governo non condivide nel merito la proposta di testo unificato presentata dal relatore, ha sempre la possibilità di presentare un proprio disegno di legge ovvero di intervenire nella successiva fase emendativa.

Alessandra MUSSOLINI (PdL) condivide la necessità di predisporre una legge recante principi in materia di assistenza psichiatrica, per fare fronte al grave problema della disomogeneità territoriale, accresciutasi a seguito del passaggio della tutela della salute tra le materie annesse alla competenza concorrente delle regioni.

Carlo CICCIOLO (PdL), *relatore*, intervenendo in replica, fa presente che, pur non rappresentando per lui un problema il rinvio dell'adozione del testo base da parte della Commissione, se dipendesse dai tempi prospettati da taluni colleghi probabilmente non sarebbe stata approvata nemmeno la stessa legge Basaglia.

Con riferimento, poi, alle perplessità emerse nell'intervento del rappresentante del Governo, rileva che la proposta di testo unificato da lui predisposta rappresenta una sintesi tra otto proposte di legge, per cui, non essendoci alcun disegno di legge, il Governo può, legittimamente, esprimere la propria posizione ma non è direttamente responsabile dei contenuti del testo che sarà adottato dalla Commissione.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta, sospesa alle 11.20, è ripresa alle 12.40.

Modifica dell'articolo 157 del decreto legislativo n. 219/2006, in materia di raccolta di medicinali inutilizzati o scaduti, e altre disposizioni concernenti la donazione di medicinali e la loro utilizzazione e distribuzione da parte di organizzazioni senza fini di lucro.

C. 4771 Di Virgilio.

(Seguito dell'esame e rinvio).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta del 15 marzo 2012.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), alla luce del dibattito svoltosi nella precedente seduta, dichiara di essere favorevole alla proposta di eliminare dal titolo della proposta di legge a sua prima firma il riferimento ai farmaci « scaduti ».

Dopo aver ricordato il quadro normativo vigente in materia di donazione di medicinali non utilizzati, si sofferma sugli aspetti principali del provvedimento in esame, evidenziando come le finalità di solidarietà sociale, di tutela ambientale, di economicità produttiva, nonché di favore al contenimento della spesa farmaceutica sottese alla donazione di medicinali si confermano pienamente meritevoli e come le donazioni di medicinali sottratte dal circuito commerciale ma, ciò non di meno, utilizzabili in piena sicurezza, siano da incentivare. In questo contesto s'inquadra la proposta di modifica del citato articolo 157 del decreto legislativo n. 219 del 2006, prevedendo indicazioni ulteriori in merito alla donazione, allo scopo di delimitare con chiarezza il ruolo dell'azienda donatrice e degli altri soggetti coinvolti e di consentire una corretta e sicura fruizione dei prodotti donati.

Evidenzia, quindi, che i medicinali non utilizzati possono essere oggetto di donazione a organizzazioni non lucrative di utilità sociale (ONLUS) qualificate, purché soddisfino determinati requisiti e condizioni. Questi medicinali possono essere dispensati a consumatori finali in Italia da operatori sanitari appropriati in ragione della tipologia di prodotto farmaceutico,

ovvero inviati all'estero per la loro distribuzione o dispensazione.

Rileva, inoltre, che le ONLUS qualificate potranno consegnare i medicinali ricevuti in donazione direttamente agli indigenti e ai bisognosi oppure a enti assistenziali che operano a livello locale per dispensare il farmaco affinché questi ultimi li consegnino agli indigenti e ai bisognosi.

Luciana PEDOTO (PD) ritiene che si debbano chiarire alcuni aspetti, in particolare, se la consegna dei medicinali inutilizzati sia o meno a carico del donante, nonché le modalità concernenti la distribuzione dei farmaci stessi, al fine di evitare il rischio di approvare un provvedimento teoricamente apprezzabile ma di difficile applicazione.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

La seduta termina alle 12.50.

AUDIZIONI INFORMALI

Mercoledì 28 marzo 2012.

Audizione del Garante per la protezione dei dati personali e di rappresentanti dell'Istituto superiore di Sanità, del Centro nazionale trapianti e della Società italiana di fertilità e di sterilità e medicina della riproduzione (SIFES) in relazione allo schema di decreto legislativo recante « Modifiche al decreto legislativo 25 gennaio 2010, n. 16, di attuazione delle direttive 2006/17/CE e 2006/86/CE, che attuano la direttiva 2004/23/CE per quanto riguarda determinate prescrizioni tecniche per la donazione, l'approvvigionamento e il controllo di tessuti e cellule umani nonché per quanto riguarda le prescrizioni in tema di rintracciabilità, la notifica di reazioni ed eventi avversi gravi e determinate prescrizioni tecniche per la codifica, la lavorazione, la conservazione, lo stoccaggio e la distribuzione di tessuti e cellule umani » (Atto n. 444).

L'audizione informale è stata svolta dalle 11.20 alle 12.30.

SEDE CONSULTIVA

Mercoledì 28 marzo 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.

La seduta comincia alle 12.30.

Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, concernenti il sostegno alla maternità e l'introduzione del congedo di paternità obbligatorio.

Nuovo testo unificato C. 2618 Mosca e abb.

(Parere alla XI Commissione).

(Seguito dell'esame e conclusione – Parere favorevole con osservazioni).

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento in titolo, rinviato nella seduta del 27 marzo 2012.

Daniela SBROLLINI (PD), pur condividendo la proposta, preannunciata nella seduta di ieri dal relatore, di esprimere parere favorevole sul provvedimento in esame, ravvisa, tuttavia, l'opportunità di formulare un'osservazione con riferimento all'articolo 2, concernente il congedo di paternità obbligatorio, al fine di rilevare che tre giorni di congedo sono troppo pochi, nonché il fatto che questi tre giorni verrebbero sottratti al periodo di congedo parentale della lavoratrice madre.

Andrea SARUBBI (PD) rileva che la proposta di legge in esame rappresenta un simbolo della vitalità del legislatore, che già da tempo persegue l'obiettivo di introdurre il congedo di paternità obbligatorio, proposta pertanto non ascrivibile al Ministro Fornero. Entrando, poi, nel merito del testo su cui la Commissione è chiamata ad esprimersi, ritiene che il riconoscimento al padre lavoratore dell'obbligo di astenersi dal lavoro per un periodo di giorni continuativi, non inferiore a tre, rappresenti effettivamente una riforma scarsamente incisiva, in linea, evidentemente, con le riforme che è possibile realizzare in questa fase, caratterizzata dalla limitatezza delle risorse finanziarie.

Lucio BARANI (PdL) condivide la proposta di parere favorevole, ritenendo che il provvedimento in esame, pur rappresentando, concretamente, un piccolo passo in avanti, costituisca tuttavia un grande riconoscimento per il lavoratore padre. Evidenza altresì che, in un periodo di grande difficoltà economiche, non sarebbe stato possibile fare di più.

Alessandra MUSSOLINI (PdL), *relatore*, illustra la proposta di parere predisposta (*vedi allegato 2*).

Nunzio Francesco TESTA (UdCpTP) condivide la proposta di parere testé illustrata dal relatore, evidenziando che la previsione di un congedo per il padre lavoratore pari a tre giorni consecutivi rappresenta comunque un primo risultato, suscettibile di ulteriori miglioramenti nel momento in cui cambierà la situazione economica del Paese.

La Commissione approva la proposta di parere favorevole con osservazioni del relatore.

La seduta termina alle 12.40.

**UFFICIO DI PRESIDENZA INTEGRATO
DAI RAPPRESENTANTI DEI GRUPPI**

**Predisposizione del programma dei lavori per il
periodo aprile-giugno 2012.**

L'ufficio di presidenza si è riunito dalle
12.50 alle 13.05.

AVVERTENZA

Il seguente punto all'ordine del giorno
non è stato trattato:

SEDE REFERENTE

*Disposizioni per consentire l'impianto degli
embrioni abbandonati giacenti presso i cen-
tri italiani di procreazione medicalmente
assistita.*

*C. 2058 Palagiano, C. 4308 Farina Coscioni,
C. 4800 Bocciardo e C. 4831 Laura Molteni.*

ALLEGATO 1

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioi, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.

PROPOSTA DI TESTO UNIFICATO ELABORATA DAL RELATORE

ART. 1.

(Principi generali).

1. Il Servizio sanitario nazionale SSN, garantisce la promozione e la tutela della salute mentale del cittadino, della famiglia e della collettività attraverso i Dipartimenti di salute mentale istituiti presso le Aziende sanitarie locali.

2. Ogni dipartimento di salute mentale assicura le attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette da disturbi psichici di qualsiasi gravità, avendo come obiettivo la continuità degli interventi psichiatrici per l'intero ciclo di vita.

ART. 2.

(Attività di prevenzione).

1. Il Servizio sanitario nazionale garantisce, mediante i dipartimenti di salute mentale, tutte le attività finalizzate alla prevenzione dei disturbi mentali in ambito scolastico, lavorativo e in ogni situazione socio-ambientale a rischio psicopatologico.

2. Le regioni e le province autonome adottano appositi protocolli per le attività di prevenzione, in collaborazione con esperti e con rappresentanti delle associazioni dei familiari delle persone affette da disturbi mentali, delle organizzazioni di volontariato e di altre associazioni *no profit* operanti nel settore.

ART. 3.

(Attività di cura).

1. Le attività terapeutiche psichiatriche prevedono la centralità operativa del dipartimento di salute mentale che eroga prestazioni assistenziali e sanitarie in ambito ospedaliero, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Nelle competenze del dipartimento di salute mentale, oltre ai servizi previsti per la tutela salute mentale, sono previsti anche servizi per la doppia diagnosi relativamente alle dipendenze patologiche.

2. Il dipartimento di salute mentale coordina le proprie attività per il trattamento della psicopatologia di persone caratterizzate da fragilità sociale di interesse sanitario con le attività svolte dagli altri servizi sociali e sanitari presenti sul territorio.

3. Alla persona affetta da disturbi mentali è garantita la libertà di scelta del medico, dell'operatore sanitario e del luogo di cura, compatibilmente con l'organizzazione sanitaria e con le strutture in grado di offrire un trattamento adeguato allo stato di salute psichica e fisica dell'interessato.

4. Le regioni e le province autonome assicurano, nell'area di emergenza e accettazione all'interno degli ospedali sedi dei servizi di psichiatria, la presenza di uno spazio, operativo ventiquattro ore su ventiquattro, per gli interventi urgenti, le emergenze e le osservazioni psichiatriche.

5. Le regioni e le province autonome istituiscono, inoltre, *équipe* mobili per le aree metropolitane, nonché per interventi urgenti, garantiti ventiquattro ore su ventiquattro, a livello territoriale e domiciliare. Le regioni e le province autonome istituiscono, altresì, in ogni azienda sanitaria locale, presso un dipartimento di salute mentale, almeno un centro di ascolto e di orientamento specialistico, finalizzato alla raccolta di richieste provenienti da pazienti, familiari, istituti e istituzioni e strutturato in modo da poter fornire adeguate e tempestive indicazioni per risolvere problematiche specifiche.

6. Il dipartimento di salute mentale è organizzato in modo da poter svolgere funzioni assistenziali in ambito ospedaliero, domiciliare, territoriale, residenziale e semiresidenziale. Il dipartimento di salute mentale presta assistenza al malato in fase di acuzie e garantisce la presa in carico successiva al ricovero o la consultazione attraverso un contratto terapeutico con il paziente o il suo rappresentante legale e, ove opportuno, con i familiari che convivono con il malato o che si occupano in modo continuativo dello stesso, fatta eccezione per le condizioni di accertamento e trattamento sanitario obbligatorio (ASO), e di trattamento sanitario obbligatorio di cui all'articolo 4.

ART. 4.

(Gli interventi sanitari obbligatori e necessari).

1. Le procedure di intervento sanitario obbligatorio, accertamento sanitario obbligatorio (ASO) e trattamento sanitario obbligatorio, che assume la definizione di trattamento sanitario necessario (TSN), sono attivate quando la garanzia della tutela della salute è ritenuta prevalente sul diritto alla libertà individuale del cittadino.

2. L'accertamento sanitario obbligatorio è proposto sia da un medico del Servizio sanitario nazionale, sia da un medico del dipartimento di salute mentale

per l'effettuazione di un'osservazione clinica. I dipartimenti di salute mentale devono prevedere strutture idonee, preferibilmente presso la sede del Dipartimento di emergenza e accettazione (DEA), per l'effettuazione di un'osservazione clinica che non superi le quarantotto ore di degenza, al termine delle quali sono segnalate al paziente e al medico curante le conclusioni cliniche riguardanti la successiva assistenza da erogare al paziente.

3. L'accertamento sanitario obbligatorio può essere proposto solo qualora:

a) il medico ritiene necessaria una valutazione diagnostica, prima di esprimersi sulla necessità di un trattamento psichiatrico;

b) il medico proponente non sia stato in grado di effettuare una seconda visita per la convalida prevista dalla normativa vigente, per il rifiuto attivo del paziente.

4. La proposta motivata di cui al comma 3 deve contenere anche indicazioni sul luogo più opportuno per l'esecuzione dell'ASO, con preferenza, nell'ambito del servizio territoriale, del centro di salute mentale (CSM), di un ambulatorio di medicina generale, ovvero del Pronto soccorso del presidio ospedaliero. In ogni caso l'ASO non può essere eseguito negli spazi di degenza del Servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC).

5. La proposta motivata di cui al comma 3 deve essere inoltrata al Sindaco del Comune dove si trova il paziente da sottoporre all'accertamento sanitario obbligatorio.

6. Il trattamento sanitario necessario per malattia mentale (TSN) ha la durata di quindici giorni e si applica con la procedura di cui all'articolo 35 della legge 23 dicembre 1978, n. 833. Il trattamento sanitario necessario può essere interrotto ove il paziente non presenti più le suddette condizioni. Qualora tali condizioni permangano, dopo i primi quindici giorni, il trattamento sanitario necessario può essere prolungato con proposta motivata del responsabile del servizio psichiatrico di diagnosi e cura (SPDC), presso il quale il

paziente è stato ricoverato, al Sindaco e al Giudice tutelare. Il trattamento sanitario necessario può essere effettuato:

a) in condizione di degenza ospedaliera nei servizi psichiatrici di diagnosi e cura, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 34 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;

b) presso le strutture residenziali di riabilitazione delle aziende sanitarie locali;

c) presso il domicilio del paziente, qualora sussistano adeguate condizioni di sicurezza per lo stesso e per la sua famiglia e venga assicurata la somministrazione della terapia quotidiana o periodica.

7. Il trattamento sanitario necessario può essere effettuato quando:

a) esistano condizioni cliniche che richiedono un trattamento terapeutico urgente;

b) non vi sono diverse possibilità di trattamento, anche in relazione al contesto di vita del paziente e al suo livello di autonomia;

c) l'assenza di trattamento sanitario comporta comunque un serio rischio di aggravamento per la tutela della salute del malato, non essendo il paziente consapevole della malattia e rifiutando gli interventi terapeutici.

8. Il trattamento sanitario necessario deve essere preceduto dalla convalida della proposta, di cui al terzo comma dell'articolo 33 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, da parte di uno psichiatra del dipartimento di salute mentale. In attesa del provvedimento con il quale il sindaco dispone il trattamento sanitario necessario, il paziente, quando se ne ravvedono le condizioni di urgenza, può essere ricoverato presso la struttura del dipartimento di emergenza e accettazione destinata agli interventi urgenti e alle osservazioni psichiatriche ai sensi del comma 5. La proposta del trattamento sanitario necessario deve contenere le motivazioni che indu-

cono all'intervento e la sede di attivazione delle stesse.

9. Il servizio psichiatrico di diagnosi e cura presente nelle aziende ospedaliere garantisce spazi adeguati ad accogliere pazienti in trattamento volontario e in trattamento sanitario obbligatorio. Esso assicura, inoltre, un'adeguata consulenza per i problemi di salute mentale dei pazienti ricoverati negli altri reparti dell'ospedale generale.

ART. 5.

(Trattamento sanitario necessario extra ospedaliero).

1. Il trattamento sanitario necessario extra ospedaliero è attivabile nel caso in cui è possibile adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra ospedaliere.

2. È istituito il trattamento necessario extraospedaliero prolungato, senza consenso del paziente, finalizzato alla cura di pazienti che necessitano di trattamenti sanitari per tempi protratti in strutture diverse da quelle previste per i pazienti che versano in fase di acuzie, nonché ad avviare gli stessi pazienti a un percorso terapeutico-riabilitativo di tipo prolungato. Il trattamento necessario extraospedaliero prolungato ha la durata di sei mesi e può essere interrotto o prolungato. Comunque non può essere protratto continuativamente oltre i dodici mesi. Il trattamento necessario extraospedaliero prolungato è un progetto terapeutico prolungato, formulato dallo psichiatra del dipartimento di salute mentale in forma scritta, nel quale sono motivate le scelte terapeutiche vincolate e non accettate dal paziente a causa della sua patologia. Il trattamento necessario extraospedaliero prolungato è disposto dal sindaco entro quarantotto ore dalla trasmissione del progetto da parte del dipartimento di salute mentale ed è approvato dal giudice tutelare. Il trattamento necessario extraospedaliero prolungato è finalizzato a vincolare il paziente al rispetto di alcuni principi terapeutici, quali l'accettazione delle cure e la perma-

nenza nelle comunità accreditate o nelle residenze protette, per prevenire le ricadute derivanti dalla mancata adesione ai programmi terapeutico-riabilitativi. Nel corso del trattamento sono disposte azioni volte a ottenere il consenso del paziente al programma terapeutico e la sua collaborazione. Lo psichiatra responsabile del trattamento necessario extraospedaliero prolungato verifica periodicamente l'andamento del progetto e presenta al giudice tutelare, ogni qualvolta lo ritenga necessario e, comunque, almeno ogni tre mesi, un aggiornamento sull'andamento dello stesso. Il trattamento necessario extraospedaliero prolungato può prevedere esclusivamente le limitazioni della capacità o della libertà di agire del paziente espressamente specificate dal giudice tutelare in sede di approvazione del progetto del medesimo trattamento. In caso di gravi o protratte violazioni del progetto da parte del paziente, lo psichiatra responsabile del trattamento necessario extraospedaliero prolungato è ne dà comunicazione al giudice tutelare, il quale, su proposta dello stesso psichiatra, provvede alle modifiche necessarie o alla sospensione del trattamento necessario extraospedaliero prolungato. Il giudice tutelare nomina un amministratore di sostegno per la persona sottoposta al trattamento necessario extraospedaliero prolungato.

3. Qualora, anche successivamente all'inizio del trattamento necessario extraospedaliero prolungato, il paziente presti il proprio consenso all'effettuazione o alla prosecuzione del trattamento medesimo, si può ricorrere a un contratto terapeutico vincolante per il proseguimento delle cure, che preveda il mantenimento degli accordi intercorsi tra il paziente, i suoi familiari e lo psichiatra responsabile del trattamento. Il contratto terapeutico vincolante può sostituire il trattamento necessario extraospedaliero prolungato, dopo che ne sia stata data comunicazione al sindaco e al giudice tutelare, che può revocare la nomina dell'amministratore di sostegno. Il dipartimento di salute mentale è responsabile della corretta erogazione delle terapie previste dal contratto terapeutico

vincolante e dell'adesione allo stesso da parte sia delle persone preposte alla cura sia del paziente.

4. Nei casi in cui il paziente, dopo aver sottoscritto il contratto terapeutico vincolante, rifiuti ugualmente le terapie ivi previste, lo psichiatra responsabile del trattamento ne dà comunicazione al sindaco e al giudice tutelare, proponendo, se lo ritenga necessario, l'attivazione o la ripresa del trattamento necessario extraospedaliero prolungato.

5. Allo scopo di un'uniforme applicazione su tutto il territorio nazionale, il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede ad elaborare delle linee guida per l'attuazione degli interventi sanitari necessari di cui ai presenti articoli 4 e 5.

ART. 6.

(Attività di riabilitazione).

1. Il dipartimento di salute mentale assicura le attività riabilitative psico-sociali attraverso le seguenti strutture:

a) strutture ambulatoriali, anche con interventi domiciliari;

b) strutture residenziali, quali presidi di cura e riabilitazione intensiva o estensiva, a ciclo diurno o continuativo, e residenze sanitarie assistite;

c) strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale.

2. Il dipartimento di salute mentale attua il reinserimento del paziente nel contesto familiare o abituale ovvero il suo inserimento in strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie con progetti personalizzati, verificati periodicamente dallo psichiatra cui compete la presa in carico del paziente. Le attività di riabilitazione garantiscono la qualità delle attività svolte, fino all'inserimento lavorativo

in attività ordinaria, nelle cooperative di inserimento lavorativo di cui all'articolo 1, comma 1, lettera *b*), della legge 8 novembre 1991, n. 381, o nei programmi regionali di inserimento lavorativo di cui all'articolo 14 della legge 12 marzo 1999, n. 68, in organico collegamento e in continuità terapeutica con il dipartimento di salute mentale e con gli eventuali centri terapeutico-riabilitativi accreditati cui è stato affidato il paziente.

3. Le procedure di accreditamento delle strutture residenziali private devono prevedere la definizione della tipologia strutturale tra le seguenti: comunità terapeutica, residenza protetta, casa alloggio o centro diurno. Tali procedure devono altresì assicurare le risorse umane necessarie e prevedere le attività che possono essere svolte nelle strutture medesime e i sistemi impiegati per il controllo della qualità.

ART. 7.

(Rapporti tra DSM e le università).

1. Nell'ambito delle convenzioni stipulate tra le regioni e le università, previste dall'articolo 6 del decreto legislativo 512/92 e successive modificazioni, le cliniche psichiatriche universitarie sono tenute:

a) allo svolgimento di attività assistenziale sanitaria sovrarazionale, attraverso un'adeguata dotazione di posti letto e l'attivazione di centri di riferimento per la diagnosi e la terapia dei disturbi mentali e per l'effettuazione di specifici interventi psicoterapeutici e riabilitativi;

b) ad assumere la responsabilità della tutela della salute mentale in un'area territoriale definita, di norma attraverso la gestione di un dipartimento di salute mentale, a seguito di convenzione tra l'azienda universitaria e l'azienda sanitaria locale di competenza.

ART. 8.

(Obbligo del medico psichiatra del servizio pubblico di recarsi al domicilio del paziente).

1. Al fine di prevenire l'aggravarsi delle condizioni cliniche in caso di esordio della psicopatologia segnalato dai familiari o conviventi o di assicurare la continuità assistenziale, il dipartimento di salute mentale assicura la visita a domicilio del paziente il prima possibile e, comunque, entro cinque giorni dalla segnalazione o dall'appuntamento fissato nell'ambito del progetto terapeutico, al quale il paziente, senza giustificato motivo, non si sia presentato. In caso di omissione, il direttore del dipartimento di salute mentale deve fornire, per iscritto, alla direzione sanitaria dell'azienda da cui dipende adeguate giustificazioni, al fine di non incorrere in sanzioni disciplinari.

ART. 9.

(Obblighi di informazione nei confronti dei familiari).

1. Lo psichiatra del dipartimento di salute mentale è tenuto a informare sullo stato di salute mentale del paziente e sulle cure necessarie il coniuge, i genitori, i fratelli, i figli maggiori di età o i parenti conviventi o, previa autorizzazione del giudice tutelare, gli eventuali conviventi stabili che si prendono cura abitualmente del paziente.

ART. 10.

(Disposizioni per garantire l'incolumità dei familiari).

1. Nei casi in cui la convivenza con la persona affetta da disturbi mentali comporta rischi per l'incolumità fisica della persona stessa o dei suoi familiari, il dipartimento di salute mentale, in colla-

borazione con i servizi sociali del comune di residenza del malato, trova una soluzione residenziale idonea alle esigenze della persona nell'ambito degli alloggi di edilizia residenziale pubblica.

ART. 11.

(Adempimenti delle regioni).

1. Le regioni e le province autonome, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, individuano le strutture residenziali di riabilitazione intensiva presso cui sia possibile disporre il trattamento sanitario necessario, garantendo almeno un posto per 20 mila abitanti.

2. Se le regioni e le province autonome, dopo due anni dalla data di entrata in vigore della presente legge, non hanno dato attuazione alle disposizioni di cui alla

legge medesima, il Governo, dopo averle diffidate ad adempiere, nomina un commissario *ad acta* che provvede ad adottare le misure necessarie per garantire l'attuazione della legge.

ART. 12.

(Copertura finanziaria).

1. Per la realizzazione delle finalità di cui alla presente legge, il Comitato interministeriale per la programmazione economica, in attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, vincola, per un importo pari a 300 milioni di euro annui, una quota del Fondo sanitario nazionale, su proposta del Ministro della salute, d'intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

ALLEGATO 2

Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, concernenti il sostegno alla maternità e l'introduzione del congedo di paternità obbligatorio. Nuovo testo unificato C. 2618 Mosca e abb.

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE

La XII Commissione,

esaminato, per le parti di competenza, il nuovo testo unificato delle proposte di legge C. 2618 Mosca e abb., recante « Modifiche al testo unico di cui al decreto legislativo 26 marzo 2001, n. 151, concernenti il sostegno alla maternità e l'introduzione del congedo di paternità obbligatorio », quale risultante dagli emendamenti approvati,

esprime:

PARERE FAVOREVOLE

con le seguenti osservazioni:

a) all'articolo 1, capoverso « articolo 17-bis », comma 1, valuti la Commissione di merito l'opportunità di chiarire che la possibilità di partecipare a concorsi pub-

blici spetti anche alle lavoratrici che abbiano adottato o preso in affidamento un minore, conformemente a quanto previsto dall'articolo 26 del decreto legislativo n. 151 del 2001;

b) all'articolo 1, capoverso « Art. 17-bis », comma 1, valuti la Commissione di merito l'opportunità di aggiungere, dopo le parole: « previa presentazione » le seguenti: « , nel caso di congedo di maternità per il periodo precedente al parto, »;

c) all'articolo 1, capoverso « Art. 17-bis », comma 2, valuti la Commissione di merito, anche in relazione a profili di sostenibilità da un punto di vista sociale, l'effettiva legittimità della previsione di accantonare un numero di posti corrispondente al numero di lavoratrici-concorrenti in congedo.