

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### SEDE LEGISLATIVA:

Istituzione del registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari, obblighi informativi alle pazienti, nonché divieto di intervento di plastica mammaria alle persone minori. C. 3703-B Governo, approvato con modificazioni, dalla 12 <sup>a</sup> Commissione permanente del Senato, già approvato dalla XII Commissione permanente della Camera ( <i>Discussione e rinvio</i> ) .....	200
---	-----

#### RISOLUZIONI:

Sui lavori della Commissione .....	202
7-00820 Murer: Iniziative a tutela delle donne vittime di violenza.	
7-00862 Farina Coscioni: Iniziative a tutela delle donne vittime di violenza ( <i>Discussione congiunta e rinvio</i> ) .....	203

#### SEDE REFERENTE:

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> ) .....	206
Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri ( <i>Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base</i> ) .....	206
ALLEGATO ( <i>Testo unificato elaborato dal relatore adottato come testo base</i> ) .....	209

#### SEDE LEGISLATIVA

Giovedì 17 maggio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il Ministro della salute, Renato Balduzzi.

**La seduta comincia alle 13.55.**

**Istituzione del registro nazionale e dei registri regionali degli impianti protesici mammari, obblighi informativi alle pazienti, nonché divieto di intervento di plastica mammaria alle persone minori.**

**C. 3703-B Governo, approvato con modificazioni, dalla 12<sup>a</sup> Commissione permanente del Senato, già approvato dalla XII Commissione permanente della Camera.**

*(Discussione e rinvio).*

La Commissione inizia la discussione.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che, ai sensi dell'articolo 65, comma 2, del Regolamento, la pubblicità delle sedute per la discussione in sede legislativa è assicurata, oltre che con il resoconto

stenografico, anche tramite la trasmissione attraverso impianti audiovisivi a circuito chiuso.

Ricorda, inoltre, che la XII Commissione ha già esaminato in sede referente il disegno di legge C. 3703-B. È stato quindi richiesto il trasferimento di tale provvedimento in sede legislativa, ai sensi dell'articolo 92, comma 6, del regolamento, poi deliberato dall'Assemblea nella seduta del 9 maggio 2012.

Dichiara, quindi, aperta la discussione sulle linee generali e dà la parola al relatore, onorevole Bocciardo.

Mariella BOCCIARDO (PdL), *relatore*, fa presente – come già ricordato dal presidente Palumbo – che il disegno di legge in oggetto è stato approvato in prima lettura dalla Camera, in sede legislativa, il 22 dicembre 2010, e, quindi, modificato dal Senato, in sede deliberante, il 7 marzo scorso.

Ringrazia, quindi, tutti i gruppi per aver sostenuto nuovamente l'assegnazione in sede legislativa di questo provvedimento, che merita di essere approvato in tempi rapidi, avendo esso la finalità di introdurre disposizioni più severe a garanzia dei requisiti di sicurezza delle protesi mammarie e a tutela del diritto all'informazione delle pazienti. Si tratta di una materia particolarmente rilevante per la tutela della salute, anche alla luce della preoccupante vicenda avente ad oggetto l'impianto delle protesi mammarie *Poly Implant Prothese* (PIP).

Entrando nel merito dell'articolato, fa presente che il disegno di legge si compone di sei articoli; in questa sede evidenzierà, in particolare, le modifiche introdotte dal Senato, poiché è su queste ultime che la Camera è chiamata a pronunciarsi.

L'articolo 1 abilita, rispettivamente, il Ministero della salute e le regioni (o le province autonome) ad istituire il registro nazionale e i registri regionali degli impianti protesici mammari effettuati in Italia, nell'ambito della chirurgia plastica, ricostruttiva ed estetica, inquadrandoli nel campo del monitoraggio clinico ed epidemiologico delle attività di chirurgia e me-

dicina plastica ed estetica. Vengono definiti: le finalità dell'istituzione dei registri, gli obiettivi della raccolta e del trattamento dei dati, i soggetti aventi diritto all'accesso e al trattamento degli stessi dati.

Viene poi rimessa ad un regolamento da adottare con decreto ministeriale, previa intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, la disciplina concernente i tempi e le modalità di raccolta dei dati nel registro nazionale, nonché il trattamento dei dati stessi.

Nel corso dell'esame presso il Senato, con riferimento alle categorie di dati raccolti dai registri, sono state inserite le informazioni relative alla tipologia degli impianti e quelle relative al materiale di riempimento utilizzato ed alla etichettatura del prodotto.

L'articolo 2 del disegno di legge introduce il divieto di applicazione di impianti protesici mammari a soli fini estetici su soggetti che non abbiano compiuto la maggiore età. Nel corso dell'*iter* al Senato è stata inserita la disposizione che prevede l'inapplicabilità del citato divieto nei casi di gravi malformazioni congenite certificate da un medico convenzionato con il servizio sanitario nazionale o da una struttura sanitaria pubblica.

È stato altresì aumentato da 15.000 a 20.000 euro l'ammontare della sanzione amministrativa applicabile a carico degli operatori sanitari che, in violazione del suddetto divieto, provvedono all'esecuzione dell'impianto, ed è stata prevista per questi ultimi la sospensione dalla professione per tre mesi.

Ricorda, poi, che i successivi articoli 3, 4, 5 e 6 del provvedimento non hanno subito modifiche nel corso dell'esame presso il Senato.

In particolare, l'articolo 3 stabilisce i requisiti professionali necessari per l'applicazione di protesi mammarie per fini estetici.

L'articolo 4 disciplina le modalità di custodia e di accesso ai registri regionali, definendo le strutture presso le quali vengono conservati, le modalità di comunicazione dei dati e i soggetti abilitati, nonché

gli obblighi delle strutture sanitarie. Per l'omissione dell'obbligo di raccolta, aggiornamento e trasmissione dei dati ai registri è prevista una sanzione amministrativa pecuniaria, variabile da 500 a 5.000 euro.

L'articolo 5 prevede la trasmissione, con cadenza biennale, di una relazione al Parlamento da parte del Ministro della salute sui dati raccolti nei suddetti registri, mentre l'articolo 6, reca la clausola di invarianza finanziaria.

Auspica, infine, che si pervenga ad una rapida approvazione del disegno di legge in discussione, tenuto conto anche del fatto che durante l'esame in sede referente si è registrato un generale consenso da parte dei gruppi, tanto che non sono stati presentati emendamenti al testo del provvedimento, come modificato dal Senato.

Il ministro Renato BALDUZZI esprime compiacimento per l'avvenuto trasferimento del provvedimento in sede legislativa, evidenziandone l'importanza, specialmente in relazione ai gravi episodi verificatisi in materia di impianto di protesi mammarie, che hanno interessato l'opinione pubblica nei mesi precedenti. Si associa, pertanto, all'auspicio formulato dal relatore affinché si addivenga celermente alla definitiva approvazione del disegno di legge in discussione.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, propone che il termine per la presentazione di emendamenti al provvedimento sia fissato alle ore 17 di lunedì 21 maggio 2012.

La Commissione concorda.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, rinvia il seguito della discussione ad altra seduta.

**La seduta termina alle 14.05.**

---

*N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.*

## RISOLUZIONI

*Giovedì 17 maggio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali Maria Cecilia Guerra.*

**La seduta comincia alle 14.05.**

**Sui lavori della Commissione.**

Carmine Santo PATARINO (FLpTP), intervenendo sull'ordine dei lavori, comunica di aver appreso informalmente che la relazione tecnica presentata dal Ministero della salute in riferimento alla proposta di legge concernente il governo delle attività cliniche (C. 278 e abb.) sarebbe stata valutata negativamente dal Ministero dell'economia e delle finanze. A questo proposito, ritiene che la risposta della Commissione debba essere determinata, considerato che è stato svolto un lavoro molto serio al fine di risolvere i problemi che erano stati evidenziati in ordine al precedente testo, nonché il fatto che si tratta di un provvedimento atteso dal Paese.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, fa presente che non è questa la sede per aprire una discussione su quest'argomento, evidenziando che, più opportunamente, occorre attendere le determinazioni che saranno assunte dalla Commissione bilancio la quale, all'esito della valutazione negativa della relazione tecnica, potrà adottare un parere con delle condizioni. Ricorda anche che, su richiesta formulata nella riunione dell'ufficio di presidenza svoltasi nella giornata di ieri, nella giornata di martedì 22 maggio avrà luogo una nuova audizione di rappresentanti della Conferenza Stato-regioni sul nuovo testo unificato adottato dalla Commissione in materia di governo delle attività cliniche.

**7-00820 Murer: Iniziative a tutela delle donne vittime di violenza.**

**7-00862 Farina Coscioni: Iniziative a tutela delle donne vittime di violenza.**

*(Discussione congiunta e rinvio).*

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che il 16 maggio è stata presentata la risoluzione n. 7-00862 Farina Coscioni vertente sulla medesima materia, oggetto della risoluzione Murer 7-00820. Pertanto le due risoluzioni saranno discusse congiuntamente.

Delia MURER (PD), illustrando la risoluzione di cui è prima firmataria, fa presente che l'ultima indagine ISTAT risalente all'ormai lontano 2006 ha dimostrato che le donne italiane tra i 16 e i 70 anni vittime di violenza fisica o sessuale nel corso della vita sono stimate in 6.743.000 e, in particolare, circa un milione di donne ha subito stupri o tentati stupri.

Inoltre, nel marzo 2010, il Parlamento europeo ha approvato una relazione sulla violenza contro le donne in Europa, nella quale sono formulate una serie di proposte. In particolare, il Parlamento europeo ha considerato come spesso la violenza sessuale avviene tra le mura domestiche, in famiglia, e come in tali casi quasi mai la vittima ha la forza di denunciare il proprio compagno: solo quando la violenza arriva ai figli il muro d'omertà si rompe e la donna esce allo scoperto.

Fa poi notare che in molti Stati, Italia inclusa, lo stupro è, salvo poche eccezioni, perseguito solo su querela di parte e non d'ufficio.

Per le ragioni sopra esposte, specifica che con la risoluzione in esame si vuole impegnare il Governo ad individuare tutte le risorse finanziarie atte a ripristinare la dotazione del fondo contro la violenza alle donne, istituito dall'articolo 2, comma 463, della legge n. 244 del 2007 (legge finanziaria per il 2008), finalizzato alla preven-

zione, all'informazione, alla sensibilizzazione nei confronti del fenomeno della violenza contro le donne, nonché al sostegno dei centri antiviolenza e delle case-rifugio; a promuovere, insieme alle regioni, ognuno per le proprie competenze, un piano formativo uniforme su tutto il territorio nazionale e corsi d'aggiornamento, avvalendosi anche di formatrici e formatori provenienti dalle realtà istituzionali (sanitarie, giudiziarie, sociali) già operanti e dai centri antiviolenza, dall'associazionismo femminile e dal privato sociale; a promuovere, insieme alle regioni e alle aziende ospedaliere, l'apertura in tutti i pronto soccorso di sportelli in cui siano presenti gruppi di operatrici/operatori dedicati alla presa in carico delle vittime di violenza; a predisporre tutte le iniziative necessarie affinché i medici di medicina generale siano uno degli interlocutori qualificati alla presa in carico delle persone vittime di violenza capaci di fornire tutti gli strumenti informativi necessari, quali i numeri di riferimento dei centri antiviolenza presenti sul territorio, il numero nazionale 1522 e i numeri delle case protette, promuovendo altresì corsi di formazione professionale.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), illustrando la risoluzione di cui è prima firmataria, si sofferma, in particolare, sulla Convenzione europea per la prevenzione e la lotta alla violenza sulle donne, non ancora firmata e quindi non ratificata dall'Italia, nella quale sono indicate diverse misure che gli Stati membri sono chiamati ad adottare per prevenire la violenza, per proteggere le vittime e perseguire gli autori dei reati allo scopo di promuovere una reale eguaglianza fra uomini e donne.

Ritiene, dunque, che il Governo debba impegnarsi ad adottare le iniziative necessarie perché l'Italia aderisca in tempi brevi alla suddetta Convenzione per la prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e, a questo proposito, auspica che di questo ulteriore impegno di possa te-

nere conto nel testo di una risoluzione unitaria che potrà essere adottata dalla Commissione.

Specifica, inoltre, che, attraverso la risoluzione in esame, si intende altresì impegnare il Governo a istituire l'Osservatorio nazionale sulla violenza di genere che monitori gli episodi di violenza e renda più incisive le misure di contrasto; ad assumere iniziative per stanziare risorse adeguate al fine di promuovere la diffusione in tutte le zone d'Italia, e in particolare nel Mezzogiorno, dei centri anti-violenza e delle case-rifugio, quali strutture indispensabili per la tutela delle vittime di violenza sessuale, nonché per il contrasto a tale crimine, per la sensibilizzazione della società nei confronti di tale fenomeno e per la promozione di una cultura che riconosca il valore e i diritti delle donne; ad assumere iniziative per istituire un registro dei centri accreditati in base a precisi criteri, nonché un coordinamento nazionale dei centri anti-violenza; a realizzare una campagna contro la violenza che informi le donne delle tutele e dei servizi esistenti, che favorisca nelle scuole la maturazione di una coscienza di genere e una cultura del rispetto dell'altra/o, senza discriminazione o lesione del diritto alla libertà della persona umana femminile.

Il sottosegretario Maria Cecilia GUERRA fa presente, che con riferimento al tema della violenza sulle donne, che viene affrontato dalle onorevoli proponenti sotto diversi profili, riconducibili alle competenze di diverse Amministrazioni, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, cui compete anche la delega alle pari opportunità – in attuazione di quanto previsto dal Piano Nazionale contro la violenza di genere e lo *stalking* – ha avviato numerosi interventi di grande rilievo rispondenti alle istanze più volte reiterate in tale ambito dall'associazionismo e dalla società civile.

Osserva, poi, che in particolare nella seconda metà del 2011, il Dipartimento per le pari opportunità ha emanato tre avvisi pubblici dedicati rispettivamente: al potenziamento delle reti anti-violenza ter-

ritoriali, promosse dagli enti locali (per un costo pari a 3 milioni di euro); al sostegno ai centri anti-violenza pubblici e privati (per un costo pari a 6 milioni di euro) e all'apertura di nuovi centri, a carattere residenziale, nelle aree del Paese dove è maggiore il gap tra la domanda e l'offerta (per un costo pari a 4 milioni di euro); alla formazione degli operatori sanitari (per un costo pari a 1,7 milioni di euro) con apertura nei « Pronto Soccorso » di percorsi dedicati alle vittime di violenza.

In ordine alla formazione degli operatori sanitari sottolinea, in via preliminare, che tale aspetto rientra nelle competenze esclusiva delle Regioni. Ciò nonostante, il Dipartimento per le Pari Opportunità – consapevole dell'importanza della formazione in ambito sanitario – ha emanato, nel novembre 2011, il predetto avviso pubblico per il finanziamento di progetti pilota di formazione degli operatori sanitari sulla prima assistenza alle vittime di violenza di genere e *stalking*. Ciò, con l'obiettivo di incentivare – sul territorio nazionale – gli interventi formativi rivolti agli operatori sanitari dediti a percorsi di prima assistenza, con particolare attenzione alle donne vittime di maltrattamento e/o violenza sessuale, in modo tale da garantire un'adeguata assistenza specializzata. Gli interventi prevedono altresì l'introduzione – presso i Pronto Soccorso – di percorsi dedicati alle vittime di violenza sessuale, domestica e *stalking*.

Fa inoltre presente che – al fine di garantire servizi quanto più omogenei e diffusi sul territorio nazionale – è in corso di avvio il monitoraggio sull'andamento delle attività previste dal citato Piano Nazionale, mediante un apposito Comitato, previsto dal Piano, composto dai rappresentanti delle amministrazioni pubbliche interessate, delle regioni e delle autonomie locali. Tale monitoraggio consentirà di acquisire una conoscenza completa delle azioni e degli interventi di contrasto alla violenza di genere, posti in essere su tutto il territorio nazionale, e di attuare una proficua sinergia tra i soggetti pubblici e privati impegnati nell'erogazione dei servizi. In tal senso potrà essere conseguita,

inoltre, una migliore utilizzazione delle risorse finanziarie destinate all'erogazione dei servizi in favore delle donne vittime di violenza e dei loro figli.

Attraverso l'attività del Comitato sarà inoltre possibile monitorare, a livello nazionale, i percorsi di formazione specialistica effettuati, i destinatari coinvolti e l'eventuale attivazione, nei presidi sanitari di Pronto Soccorso, di percorsi espressamente dedicati alla violenza contro le donne.

Precisa, inoltre, che – nello scorso mese di aprile – il Dipartimento per le pari opportunità ha stipulato una Convenzione con l'ISTAT per realizzare una nuova indagine nazionale sulla « Sicurezza delle donne ».

Tale indagine persegue l'obiettivo di fornire le stime della violenza fisica e sessuale di cui sono vittime le donne, la dinamica della violenza, le conseguenze e i fattori di rischio con particolare attenzione alla violenza da partner, nell'ambito della quale sarà rilevata la violenza psicologica, economica, fisica e sessuale e la storia stessa della violenza.

La nuova indagine permetterà anche di operare un monitoraggio dei risultati ottenuti a seguito dell'introduzione del reato di *stalking* nel nostro ordinamento e conterrà una specifica sezione dedicata alla violenza compiuta sulle donne con disabilità (il costo ammonta ad un milione di euro).

Osserva, poi, che il Ministero della salute, per la parte di propria competenza, ha reso noto che – nell'ambito del programma nazionale ECM (Educazione Continua in Medicina) sono stati predisposti corsi formativi rivolti specificamente al personale sanitario in ordine alla tematica della violenza sessuale.

Tale programma – che riguarda tutto il personale operante nella sanità pubblica e/o privata nazionale – prevede l'attribuzione di un numero determinato di crediti formativi annuali per ogni area specialistica e per tutte le professioni sanitarie.

Nell'ambito delle iniziative di più ampio respiro dedicate alla prevenzione e al contrasto di tutte le forme di violenza nei

confronti delle donne, occorre altresì segnalare il Protocollo di Intesa – siglato il 3 luglio 2001) – dal Ministero dell'interno e dal Dipartimento per le pari opportunità.

L'accordo – di durata triennale – ha previsto, tra l'altro, lo sviluppo di iniziative volte ad ottimizzare il servizio di pubblica utilità antiviolenza « 1522 » e la specifica formazione del personale delle Forze di polizia per uniformare le linee di comportamento nel rapporto con le vittime della violenza.

Mariella BOCCIARDO (PdL) dichiara, a nome del gruppo del Popolo della libertà, di condividere il contenuto della risoluzione presentata dall'onorevole Murer. Rileva, tuttavia, come vi siano due punti che non sono stati affrontati dalle risoluzioni testé illustrate dalle colleghe e che a suo avviso meriterebbero, invece, di essere inseriti nel testo di una risoluzione in materia di violenza contro le donne.

Il primo punto attiene all'esigenza di rendere giustizia alle vittime: a questo proposito, ricorda che in questa legislatura è stata approvata la legge sullo *stalking* e che la Camera ha approvato un progetto di legge sulla violenza sessuale, attualmente fermo presso la competente Commissione del Senato (S. 1675). Il secondo punto afferisce, invece, alla necessità di aumentare le misure di sicurezza a tutela delle donne, a fronte dell'aumento dei casi di violenza.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito della discussione delle risoluzioni ad altra seduta.

**La seduta termina alle 14.25.**

**SEDE REFERENTE**

*Giovedì 17 maggio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.*

**La seduta comincia alle 14.25.**

**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, da ultimo, nella seduta del 16 maggio 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, avverte che stante l'assenza del rappresentante del Governo, non è possibile procedere nella seduta odierna all'esame degli emendamenti. Rinvia, pertanto, il seguito dell'esame ad altra seduta.

**Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.**

**C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.**

*(Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 16 maggio 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, ricorda che nella seduta precedente era stata presentata da parte del relatore una proposta di testo unificato da adottare come testo base per il prosieguo dell'esame del provvedimento in Commissione.

Carla CASTELLANI (PdL) auspica che la Commissione possa adottare il testo base nella seduta odierna, evidenziando come sia opportuno garantire un percorso certo alla proposta di legge recante disposizioni in materia di assistenza psichiatrica, considerando anche che la Commissione ne ha iniziato l'esame oltre due anni or sono e che anche nelle legislature precedenti erano stati discussi progetti di

legge analoghi, senza però che il relativo esame sia stato concluso.

Fa inoltre presente che, con la proposta in discussione, non s'intende affatto stravolgere la filosofia che ispirava la legge n. 180 del 1978, quanto piuttosto cercare di risolvere i problemi che sono rimasti irrisolti in tutti questi anni, tenuto conto del fatto che i dipartimenti di psichiatria non costituiscono una risposta adeguata, anche in considerazione delle situazioni ad altissimo rischio che si vengono a creare.

Laura MOLTENI (LNP) si associa alle considerazioni svolte dall'onorevole Castellani.

Evidenzia, in particolare, come l'esigenza di assicurare il prosieguo dell'*iter* in Commissione della proposta di legge in discussione nasce anche dal fatto che il Governo non ha dato attuazione concreta a quanto previsto dal decreto cosiddetto « svuota-carceri », per il quale era prevista entro il 31 marzo l'adozione di un provvedimento recante i requisiti per disciplinare il passaggio al Servizio sanitario nazionale.

Gianni MANCUSO (PdL) auspica che la proposta del relatore possa essere adottata come testo base nella seduta odierna evidenziando che essa non intende sopprimere la logica della legge n. 180 del 1978 bensì aggiornare quest'ultima, alla luce dei numerosi problemi che sono emersi nel corso di questi anni.

Vittoria D'INCECCO (PD) esprime forti perplessità nei confronti della proposta di legge in esame, innanzitutto per l'approccio che essa segue, di settorializzazione di persone che avrebbero bisogno di cure e di assistenza. Ritiene, inoltre, che tale provvedimento sia fortemente invasivo dell'ambito di competenza delle regioni e che vi sia, inoltre, un problema di limitatezza delle risorse finanziarie.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) condivide le preoccupazioni espresse dall'onorevole D'Incecco. Rileva, inoltre, che il 31 marzo scorso scadeva il termine

entro cui regioni ed enti locali si sarebbero dovuti dotare di piani per l'accoglienza degli internati degli ospedali psichiatrici giudiziari, ma ad oggi non è stato presentato alcun progetto. Sarebbe pertanto più opportuno chiedere al Governo ragione di questo ritardo, considerato che la chiusura degli ospedali psichiatrici giudiziari è prevista entro il 1° febbraio 2013.

Entrando nel merito della proposta presentata dal relatore, esprime la propria contrarietà soprattutto nella parte in cui essa prevede gli interventi sanitari obbligatori nonché il trattamento sanitario necessario extraospedaliero.

Delia MURER (PD), facendo riferimento al tema della soppressione degli ospedali psichiatrici giudiziari, ritiene che il Governo dovrebbe riferire in merito alla situazione attuale. Ricorda, infatti, che in Assemblea era stato approvato un ordine del giorno che impegnava il Governo a rendere nota la situazione, regione per regione, concernente i pazienti già internati negli ospedali psichiatrici giudiziari e la loro presa in carico da parte dei dipartimenti di salute mentale.

Richiama, quindi, le preoccupazioni espresse dall'onorevole Miotto nel corso della seduta precedente, concernenti, rispettivamente, il fatto che venga sostanzialmente proposto un modello manicomiale, la limitatezza delle risorse finanziarie, nonché l'invasività delle competenze delle regioni, ciò che potrebbe determinare l'adozione di un parere contrario da parte delle Commissioni I e per le questioni regionali.

Ricorda altresì come lo stesso Governo abbia espresso molte criticità su questo testo, in particolare per quanto riguarda le modalità con cui verrebbe svolto il trattamento sanitario obbligatorio.

Per le ragioni suddette, nutre molte perplessità in ordine alla concreta possibilità che l'iter di questo provvedimento possa effettivamente proseguire in Commissione.

Sabina FABI (LNP), in considerazione delle competenze delle regioni in materia

di assistenza psichiatrica, ritiene che il testo, una volta adottato dalla Commissione, debba essere inviato a queste ultime affinché possano esprimere la loro opinione in merito.

Livia TURCO (PD) dissente fortemente dall'impostazione della proposta di legge in esame, ritenendo che essa non tenga affatto conto di quelli che sono i problemi reali nel settore dell'assistenza psichiatrica. A questo proposito, fa presente, che in un momento di forte crisi economica e sociale come quella attuale, i problemi concernenti la salute mentale passano completamente in secondo piano. Ciò comporta che le situazioni di estrema fragilità ricadano totalmente nell'ambito privato e della famiglia. Reputa, quindi, necessario occuparsi dei problemi concreti, del pesantissimo arretramento della qualità dei servizi, che ricade sugli operatori, sui malati e sulle loro famiglie.

Ciò considerato, sarebbe opportuno, a suo avviso, che l'iter di questo provvedimento si fermasse qui, anche per non rischiare di invadere le competenze delle regioni.

Anna Margherita MIOTTO (PD) ricorda che il gruppo del partito democratico non ha partecipato ai lavori del Comitato ristretto a causa della forte contrarietà verso la scelta di prevedere il trattamento sanitario obbligatorio, ciò che significa privare i pazienti della libertà di rifiutare il trattamento.

Ricorda, poi, che il provvedimento in esame ha registrato un dissenso radicale da parte di tutti coloro che sono intervenuti nel corso delle audizioni svoltesi, nonché da parte di entrambi i Governi che si sono succeduti nell'arco di questa legislatura.

Concorda, dunque, con le considerazioni svolte dall'onorevole Turco, circa la necessità di risolvere i problemi concreti che si pongono in materia di assistenza psichiatrica anziché portare avanti un provvedimento che non avrà alcun esito.

Antonio PALAGIANO (IdV), annunciando il voto contrario da parte del suo

gruppo di appartenenza alla proposta formulata dal relatore, invita quest'ultimo almeno a differire il momento dell'adozione del testo base, al fine di cercare di trovare una intesa sulle disposizioni più controverse quali quella concernente il trattamento sanitario obbligatorio e quella riguardante il trattamento sanitario necessario extraospedaliero.

Carlo CICCIOLO (PdL), *relatore*, ribadisce il proprio intento di adottare come testo base per il seguito dell'esame in Commissione la proposta di testo unificato

da lui elaborata e presentata il 28 marzo scorso.

La Commissione delibera, quindi, di adottare come testo base per il seguito dell'esame la proposta di testo unificato elaborata dal relatore (*vedi allegato 2*).

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

**La seduta termina alle 15.05.**

## ALLEGATO

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

**TESTO UNIFICATO ELABORATO DAL RELATORE  
ADOTTATO COME TESTO BASE**

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 extraospedaliero).*

1. Il trattamento sanitario necessario extraospedaliero 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 atti-

vità 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 collaborazione con i servizi sociali del comune di residenza del malato, trova una solu-

zione 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.