

# Interreg

## ITALIA-SLOVENIJA



### SALUTE-ZDRAVSTVO

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale  
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj



UNIONE EUROPEA  
EVROPSKA UNIJA



European Grouping of Territorial Cooperation  
Gruppo europeo di cooperazione territoriale  
Evropsko združenje za teritorialno sodelovanje

**ANALISI RELATIVA AGLI ASPETTI AMMINISTRATIVI E GIURIDICI  
DEL SISTEMA SANITARIO DELLA REPUBBLICA DI SLOVENIA E DELLA  
REGIONE FRIULI-VENEZIA GIULIA AL FINE DI REDIGERE UN'ANALISI  
PROPEDEUTICA ALLA COSTITUZIONE DI ÉQUIPES MEDICHE CONGIUNTE  
PER I SERVIZI DI SALUTE MENTALE DA EROGARE ALLA POPOLAZIONE  
DELL'AREA DEL GECT GO**

## **SINTESI**

Su richiesta del Gruppo europeo di cooperazione territoriale GECT GO è stata redatta un'analisi relativa agli aspetti amministrativi e giuridici del sistema sanitario della Repubblica di Slovenia e della Regione Friuli-Venezia Giulia, al fine di redigere un'analisi propedeutica alla costituzione di équipes mediche congiunte per i servizi di salute mentale da erogare alla popolazione dell'area del GECT GO.

Nella fase iniziale il gruppo di lavoro ha preso in esame i punti inviati dalla task force del progetto, facenti riferimento a quattro diversi ambiti: status giuridico degli assistiti, assicurazione, disciplina del settore sanitario, lavoro e interventi sociali. Le due task force (rispettivamente italiana e slovena) hanno infatti formulato due batterie di quesiti che noi abbiamo in seguito sistematizzato in base alla suddivisione per aree tematiche proposta. Nell'ambito dei singoli punti vengono indicati anche i contesti più ampi di riferimento così come i tratti caratteristici dei due sistemi, per cui ciascuna area tematica è trattata da una prospettiva di più ampio respiro che esula dalla semplice risposta a un dato interrogativo.

I lavori sui due versanti, sloveno e italiano, sono proseguiti separatamente. Gli esperti sloveni hanno esaminato la situazione sul territorio sloveno, quelli italiani hanno trasmesso le proprie analisi e Tetras ha provveduto ad esaminare queste ultime raffrontandole a quelle della parte slovena. Il risultato finale è costituito da un documento che comprende le risposte ai quesiti posti dalla task force del progetto e che fungerà da base per l'elaborazione di un'analisi di possibili forme per la costituzione delle équipes mediche congiunte finalizzate all'erogazione di servizi di salute mentale a favore della popolazione dell'area GECT GO.

In fase di predisposizione del documento il gruppo di lavoro ha tenuto conto del fatto che il progetto nel cui ambito si svolge il presente affidamento di incarico ("Costruzione di un network di servizi sanitari integrati") è realizzato a livello di Gruppo europeo di cooperazione territoriale di Gorizia, il che significa che una particolare enfasi è posta sulla cooperazione transfrontaliera e sulla creazione di sistemi il cui funzionamento sia in linea con le norme giuridico-amministrative vigenti in Slovenia così come in Italia. Bisogna comprendere che simili forme di cooperazione transfrontaliera rappresentano progetti di grande rilevanza in luce dell'avvio di collaborazioni su tutto il territorio nazionale. Durante lo studio dei casi gli esperti si sono concentrati sui partner progettuali (Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", Splošna bolnišnica Franca Derganca di Nova Gorica, Zdravstveni dom di Nova Gorica) ovvero sulle specificità degli stessi, legate agli esperti che siedono nei comitati di progetto e nei gruppi di lavoro.

In fase di elaborazione del documento hanno altresì tenuto in considerazione il fatto che l'analisi sarà finalizzata alla preparazione delle équipes mediche congiunte che svolgeranno servizi di salute mentale, pertanto in relazione ad ognuno dei punti si sono concentrati proprio sugli aspetti afferenti la salute mentale e i soggetti preposti ad occuparsene.

Muovendo da tale prospettiva è stata dunque elaborata un'analisi integrata degli aspetti amministrativi e giuridici di portata transfrontaliera (con riferimento a quadro giuridico, normativo, assicurazione, diritto del lavoro e protocolli), un'analisi che racchiude in sé ogni aspetto chiave inerente la costituzione di una task force che aiuti la popolazione a migliorare lo stato di salute mentale, che rappresenta un grande problema di sanità pubblica su entrambi i versanti del confine e, dunque, un importante fattore di miglioramento della qualità della vita nell'area transfrontaliera.

Lo specifico orientamento dell'analisi è stato impresso dalle batterie di quesiti relativi a settori vari, quali normativa, assicurazione, lavoro e interventi sociali e, non da ultimo, status giuridico delle persone assicurate.

In relazione a quest'ultimo si è reso necessario individuare le differenze esistenti tra i sistemi legislativi per quanto concerne la capacità di agire delle persone con problemi di salute mentale e l'obbligo di ottenere il consenso del tutore nel momento in cui si offre assistenza sanitaria. Si è inoltre reso

necessario delineare specificamente lo status del cittadino italiano colpito da episodio acuto e la possibilità che sia rimesso alle cure di strutture italiane.

**Il problema dell'assistenza sanitaria a una persona con limitata capacità di agire, o privata della stessa, è disciplinato a norma di legge sia in Slovenia che in Italia, soprattutto per quanto concerne il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio. La capacità di agire è disciplinata in modo analogo nei due Paesi ed entrambi prevedono altresì l'istituto del tutore. In Slovenia la formulazione di una proposta prevede un quadro più ampio rispetto al caso italiano, ma in entrambi i Paesi è il tribunale a giudicare in ultima istanza la legittimità del provvedimento, con la differenza che in Italia la proposta del medico di disporre il trattamento sanitario obbligatorio nei confronti di una persona è soggetta in via preliminare alla decisione ovvero a una proposta del sindaco, sulla quale a sua volta delibera il tribunale. La legislazione slovena, al contrario, non prevede che la proposta sia formulata da parte del sindaco ovvero dell'autorità sanitaria locale. Anche le motivazioni alla base del trattamento sanitario obbligatorio sono regolamentate in modo analogo nei due Paesi.**

In Slovenia i diritti dei pazienti che non sono in grado di prendere decisioni per se stessi trovano disciplina nella Legge sui diritti del paziente (ZPacP), mentre per i pazienti con problemi di salute mentale interviene ulteriormente anche la Legge in materia di salute mentale (ZDZdr). Ogniqualevolta un paziente, a causa di problemi di salute mentale o di altro genere che influiscono sulla sua capacità di giudizio, è incapace di dare il proprio consenso a un intervento medico, quest'ultimo può essere effettuato unicamente previa autorizzazione del suo rappresentante legale – qualora non ne abbia ancora uno, il prestatore di servizi sanitari provvede ad informare l'organo competente per avviare l'iter di assegnazione di un rappresentante legale. Fino al momento in cui al paziente non sarà attribuito un rappresentante legale, il consenso all'intervento medico ovvero all'assistenza sanitaria viene dato da persone in grado di decidere per sé stesse e che hanno compiuto il diciottesimo anno di età, secondo un ordine ben preciso. Qualora non si ottenga il consenso all'erogazione delle cure sanitarie, la decisione in merito spetta al medico curante, che in tal senso tiene conto dei pareri espressi e del massimo beneficio per la salute del paziente. In ogni caso, il rappresentante legale non può rifiutare l'assistenza sanitaria di emergenza a un paziente con problemi di salute mentale. La Legge in materia di salute mentale (ZDZdr) disciplina il trattamento sanitario obbligatorio, attuato sia su decreto del tribunale emesso a seguito di una proposta di ricovero in un reparto protetto sia, per i casi urgenti, prima ancora che il tribunale emetta tale decreto. La proposta di ricovero coatto di una persona in un reparto protetto può essere presentata presso il tribunale competente dal responsabile dell'assistenza psichiatrica, da un centro di assistenza sociale, dal coordinatore del trattamento protetto, dalle persone più prossime o dal pubblico ministero. Il tribunale dispone l'esame di un esperto di psichiatria, che entro il termine di tre giorni si pronuncia in merito allo stato di salute della persona formulando una valutazione circa le possibilità di cura mediante trattamento protetto ovvero trattamento in un reparto protetto. Qualora siano soddisfatte le condizioni il tribunale dispone il ricovero del soggetto in un reparto protetto, stabilendo altresì la durata della degenza – che non può comunque superare i sei mesi – e la struttura ospedaliera psichiatrica deputata ad accoglierlo. Qualora la persona non si presenti per il ricovero, il direttore dell'ospedale psichiatrico provvede a darne comunicazione al tribunale, al medico di famiglia designato e all'avvocato della persona, disponendo altresì il trasporto della stessa con un mezzo di soccorso. Una persona può essere sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio in un reparto protetto prima che il tribunale emetta un apposito decreto qualora sussistano le condizioni per il ricovero contro la sua volontà, nonché nei casi in cui, in luce della natura del disturbo mentale di cui soffre, si renda urgentemente necessario limitarne la libertà di movimento ovvero impedirle di avere contatti con l'ambiente circostante. Dopo aver visitato la persona e aver deciso di trattenerla, il medico ricoverante dell'ospedale psichiatrico illustra alla stessa i motivi per i quali viene trattenuta, provvedendo altresì ad informare del ricovero in reparto protetto la persona più prossima, il rappresentante legale e, non da ultimo, il direttore dell'ospedale psichiatrico. Quest'ultimo provvede infine a darne comunicazione al tribunale, che avvia

la procedura di ricovero coatto prevista per i casi urgenti. Entro il termine di tre giorni il tribunale emette un decreto con cui stabilisce variamente che: la persona sia trattenuta nel reparto protetto; la persona sia dimessa dal reparto protetto; sia disposto nei confronti della stessa un trattamento protetto ovvero il ricovero presso il reparto protetto di una struttura di protezione sociale.

In Italia il trattamento delle persone con limitata capacità di agire ovvero private della stessa viene disciplinato dalla cosiddetta Legge Basaglia, che in richiamo all'art. 32 della Costituzione vieta qualsiasi intervento terapeutico senza consenso informato da parte della persona. I provvedimenti di trattamento sanitario obbligatorio sono ammessi solo in casi eccezionali. Il trattamento sanitario obbligatorio può essere attuato nei confronti di un paziente con problemi di salute mentale solo su decisione del sindaco (in quanto autorità sanitaria locale) e previa proposta motivata di un medico. Il trattamento in condizioni di degenza ospedaliera è consentito nei soli casi in cui sia strettamente necessario e in assenza di altre forme o modalità di assistenza sanitaria. La proposta del medico deve essere convalidata da parte del medico specialista dell'ospedale, inoltre il provvedimento del sindaco a convalida del trattamento sanitario obbligatorio in condizioni di degenza ospedaliera deve essere notificato entro un massimo di 48 ore dal ricovero al giudice tutelare nella cui circoscrizione rientra il comune. Entro le successive 48 ore quest'ultimo decide in merito alla legittimità del provvedimento del sindaco, procedendo alla convalida o al rigetto dello stesso. L'omissione delle comunicazioni previste a norma di legge determina la cessazione degli effetti di qualsivoglia provvedimento o decisione e configura, salvo che non sussistano gli estremi di un delitto più grave, il reato di omissione di atti di ufficio.

**Entrambi i sistemi (sloveno e italiano) prevedono l'erogazione di servizi di assistenza medica di emergenza a cittadini stranieri a prescindere dalla loro situazione assicurativa, dunque anche agli stranieri colpiti da un episodio psicotico. In questo caso, con riferimento alla Slovenia, la persona viene trasferita alle cure della più vicina struttura del Paese di appartenenza al più tardi una volta conclusa la fase acuta di trattamento. In genere anche l'ambasciata del Paese di appartenenza della persona collabora all'organizzazione del trasferimento, in relazione al quale va tenuto conto della capacità di agire del paziente. Qualora infatti ne sia parzialmente privato è necessario accertare se il decreto del tribunale prevede o meno la possibilità che possa decidere in modo autonomo riguardo al trasferimento. In caso di totale incapacità di agire è invece il tutore del paziente a decidere in merito, in determinati casi anche previa decisione del tribunale. In Italia la persona capace di agire è libera di esprimere ogni sua decisione e il personale sanitario ha il dovere di tenerne conto e prestarvi il massimo rispetto. In caso di capacità di agire limitata o revocata è tuttavia necessario rispettare la decisione del tutore, che in alcuni casi deve essere prima convalidata dal giudice.**

All'atto del ricovero di un cittadino italiano colpito da episodio (psicotico) acuto in Slovenia, l'ospedale psichiatrico procede come previsto in caso di ricovero di un cittadino sloveno e, nello specifico, nell'eventualità di cure urgenti il ricovero avviene in conformità al protocollo stabilito ai sensi della Legge in materia di salute mentale (ZDZdr). L'ospedale informa del ricovero l'ambasciata del Paese di provenienza della persona. Dopo aver effettuato le operazioni di assistenza volte a garantire la stabilizzazione delle condizioni del paziente, e una volta scongiurato il pericolo di vita per quest'ultimo, il personale medico provvede ad acquisire dal paziente i necessari documenti e dati di natura amministrativa, che saranno successivamente utilizzati per il conteggio delle prestazioni svolte nell'ambito del trattamento sanitario. Al più tardi una volta conclusa la fase acuta di trattamento la persona viene trasferita alle cure della più vicina struttura del Paese di provenienza e in genere anche l'ambasciata del Paese da cui proviene collabora all'organizzazione del trasferimento.

Qualora un assistito italiano richieda il trasferimento da una struttura sanitaria slovena alle cure di una italiana, c'è una differenza per quanto riguarda la capacità di agire della persona e, nello specifico, il fatto che sia limitata o del tutto compromessa.

La persona capace di agire è libera di esprimere ogni sua decisione e il personale sanitario ha il dovere di tenerne conto e prestarvi il massimo rispetto. In caso di capacità di agire limitata o del tutto compromessa è invece necessario tenere conto della decisione del tutore. Se infatti la persona non è in grado di prendere una decisione (il che si evince dal decreto del tribunale che dispone nei confronti della stessa la privazione o la limitazione della capacità di agire), è il suo tutore a farlo. Nel caso in cui la persona sia privata della capacità di agire è il suo tutore a decidere riguardo al trasporto, in determinati casi previa convalida dal giudice.

In relazione al tema dell'assicurazione è stato necessario far luce sulla posizione giuridica e assicurativa dei professionisti italiani e sloveni nell'esercizio del proprio lavoro in Slovenia, con un'attenzione particolare all'erogazione – nell'ambito del trattamento di assistiti sloveni o italiani – di prestazioni legate a servizi di assistenza, anche a domicilio, nell'area del GECT, soprattutto per quanto riguarda trasporti e somministrazione di medicinali. Si è reso inoltre necessario individuare i punti di discrepanza nel trattamento dei pazienti per quanto riguarda le responsabilità dei dipendenti all'interno dell'équipe mista di operatori italiani e sloveni. Con riferimento agli assistiti italiani con residenza temporanea in Slovenia che rientrano nei programmi riabilitativi, è stato opportuno orientarsi sugli eventuali specifici obblighi inerenti la registrazione al servizio del Paese di appartenenza. Con riferimento alle eventuali persone non assicurate e al loro diritto a ricevere assistenza sanitaria in Italia e in Slovenia, è stato invece opportuno delineare l'ampiezza dei diritti di queste ultime, nonché le loro possibilità di accesso al sistema. La sezione conclusiva si è incentrata sulla modalità di schedatura delle prestazioni erogate e sui protocolli di lavoro per le persone con problemi di salute mentale.

**Ogni Paese disciplina in modo diverso i compiti e le responsabilità degli operatori nello svolgimento del proprio lavoro e, in tal senso, non vi è armonizzazione a livello europeo. I datori di lavoro ovvero i legislatori nazionali sono tenuti unicamente al rispetto delle convenzioni internazionali, degli accordi bi- o multilaterali e di altre norme primarie dell'Unione europea che indirettamente disciplinano i rapporti di lavoro, e in particolare, lo status dell'operatore e le responsabilità in capo al datore di lavoro. L'assicurazione sulla responsabilità degli operatori della sanità è molto simile nei due Paesi, inoltre in entrambi è disciplinata per legge. Ad ogni modo essa non copre in caso di danni o incidenti che dovessero verificarsi nell'esercizio della propria attività in un Paese diverso da quello di appartenenza.**

Il problema dell'assicurazione sulla responsabilità degli operatori della sanità, e specialmente dei medici, presenta tratti analoghi nei due Paesi. In Slovenia l'assicurazione sulla responsabilità del medico sul luogo di lavoro è stabilita in base al disposto della Legge sulla professione medica (ZZdrS), in virtù della quale ciascun medico deve provvedere da sé ad assicurarsi. Nel caso in cui sia dipendente, viene invece assicurato dal datore di lavoro. Le compagnie di assicurazione offrono svariati pacchetti assicurativi, alcuni dei quali coprono anche i danni potenzialmente causati da un medico che esercita stabilmente in Slovenia, ma in via occasionale anche in altri Stati membri dell'Unione europea. Trovandosi a dover prestare soccorso in caso di incidente all'estero, un dato operatore della sanità può risultare infatti assunto per contratto o secondo un regime straordinario. In Slovenia alcune compagnie di assicurazione offrono pacchetti che entro una certa misura garantiscono copertura anche all'estero, specialmente in Unione europea.

A prescindere dall'inquadramento del singolo, il personale sanitario italiano può lavorare in Slovenia così come all'estero unicamente se in possesso dell'abilitazione al lavoro, che deve essere regolarmente rinnovata, mentre per quanto riguarda le attività caratterizzanti della professione, esse

non possono essere svolte da un sanitario italiano al di fuori del proprio Paese, dal momento che l'assicurazione non copre in caso di danni o incidenti. Il regime del rapporto di lavoro e delle responsabilità in capo a un dipendente della sanità di nazionalità italiana che lavora in un altro Stato membro dell'Unione europea è regolato interamente dalle norme vigenti in tale Stato membro. Vi è comunque sempre la possibilità di stabilire accordi e convenzioni da cui derivi anche una distribuzione del personale tra organizzazioni o strutture interconnesse.

Tra Slovenia e Italia, entrambe Stati membri dell'Unione europea, sussistono particolari condizioni per il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali nell'ambito dell'esercizio delle professioni del settore sanitario, che in Unione europea godono di una disciplina specifica. In entrambi i Paesi il riconoscimento reciproco delle qualifiche professionali avviene mediante il sistema della "Tessera professionale europea".

**In entrambi i Paesi il personale sanitario è responsabile penalmente e civilmente, mentre in Slovenia lo è anche sul piano morale e in Italia anche sul piano amministrativo. A livello europeo non vi è armonizzazione in tema di responsabilità. I datori di lavoro ovvero i legislatori nazionali sono tenuti unicamente al rispetto delle convenzioni internazionali, degli accordi bi- o multilaterali e di altre norme primarie dell'Unione europea che indirettamente disciplinano i rapporti di lavoro e, in particolare, lo status dell'operatore e le responsabilità in capo al datore di lavoro.**

In Slovenia un operatore della sanità può svolgere autonomamente ogni lavoro per il quale è in possesso di un idoneo titolo di istruzione, di un'adeguata formazione e delle opportune attrezzature, assumendosi la responsabilità etica, professionale, penale e materiale per il lavoro svolto. I medici e il personale sanitario nel suo complesso sono tenuti a svolgere l'attività sanitaria in conformità agli standard di settore e alla legislazione sanitaria vigente ovvero a standard medico-professionali di altro genere. Tre sono i tipi di responsabilità che in Slovenia gravano sulla figura del medico: penale, civile e morale. Il medico risponde penalmente qualora sussistano gli estremi del reato di negligenza in relazione alle cure prestate o alle attività sanitarie svolte, secondo quanto disposto dal Codice Penale. La responsabilità civile del medico trova invece fondamento nel rapporto obbligatorio tra quest'ultimo e il paziente ai sensi del Codice delle obbligazioni. Di tutti i tipi di responsabilità, quella morale è definita nei termini meno stringenti. Essendo i suoi meccanismi di funzionamento basati sulla coscienza, è lasciata al giudizio del singolo. Gli operatori della sanità che sono cittadini di uno Stato membro dell'Unione europea, dello Spazio Economico Europeo o della Confederazione svizzera possono effettuare prestazioni sanitarie su base occasionale o temporanea previa presentazione di una dichiarazione scritta ai sensi della Direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

In Italia le norme in tema di responsabilità del personale sanitario abbracciano la totalità delle prestazioni erogate a chi necessita di assistenza medica. Non vi sono differenze in termini di responsabilità a seconda della fase di trattamento, dell'età o della nazionalità del paziente. In caso di professionista privato (categoria in cui ricadono anche i medici in possesso di concessione per l'attività specialistica ambulatoriale, in sloveno *koncesionarji*) le responsabilità trovano fondamento nel diritto civile e penale, mentre in caso di persona fisica con impiego nel settore pubblico si aggiunge a queste anche la responsabilità derivante dal diritto amministrativo. Il personale sanitario risponde perciò civilmente, penalmente e amministrativamente. La responsabilità civile grava su chi, con le proprie azioni compiute oppure omesse, causa a terzi un danno evitabile. L'autore del danno può agire (con negligenza) involontariamente, causando dunque un danno a terzi attraverso la sua condotta disattenta, imperita o non professionale, oppure intenzionalmente, dunque con la consapevolezza che la sua condotta può ledere i diritti altrui causando un danno. In questi casi il responsabile del danno è tenuto anche al risarcimento dello stesso. Chi subisce un danno nell'ambito delle cure sanitarie ricevute in uno Stato membro dell'Unione europea ha diritto a richiedere il

risarcimento dello stesso secondo quanto previsto dai protocolli e dalle prassi giuridiche invalse in tale Paese, tuttavia non può avanzare la predetta richiesta nel Paese di affiliazione, nemmeno nel caso in cui la prestazione sia stata precedentemente convalidata. La responsabilità penale è una responsabilità di tipo personale e grava su chi, con le proprie azioni compiute oppure omesse, si rende colpevole di un reato. La responsabilità amministrativa ricade sul funzionario pubblico che arreca danno alla pubblica amministrazione nella misura in cui quest'ultima debba riconoscere a un terzo estraneo il predetto danno causato dalla condotta intenzionalmente o involontariamente erronea del funzionario. In linea generale vale comunque il principio che, a prescindere dal ruolo rivestito, chiunque svolga una qualsiasi professione medico-sanitaria in strutture sanitarie o socio-sanitarie di natura pubblica o privata è tenuto all'osservanza delle disposizioni che richiedono la stipula di un'adeguata polizza assicurativa a copertura dei danni causati da grave negligenza.

**Non sussistono obblighi specifici riguardo a eventuali notifiche o dichiarazioni da presentare al servizio del Paese di appartenenza da parte degli assistiti italiani con residenza temporanea all'estero (Slovenia) che siano inclusi in programmi riabilitativi, poiché nel caso in cui una persona assicurata si rechi in uno Stato membro dell'Unione europea a scopo di cura o riabilitazione si suppone che rientri già in un percorso di assistenza sanitaria conforme alle disposizioni vigenti, motivo per cui i dati personali della stessa saranno già stati debitamente trasmessi.**

**Il problema che può presentarsi con una persona non assicurata è in sostanza fittizio in entrambi i Paesi, in quanto chiunque ha diritto a un cosiddetto pacchetto base di servizi, la cui copertura è garantita in Italia dal sistema nazionale e in Slovenia dall'Ente sloveno per l'assicurazione sanitaria (ZZZS). In casi eccezionali relativi a situazioni in Italia di un cittadino sloveno non assicurato o in Slovenia di un cittadino italiano con analogo status, la copertura dei costi è a carico del Ministero della Salute della Repubblica di Slovenia ovvero del bilancio regionale del Friuli-Venezia Giulia.**

In Slovenia i prestatori di servizi sanitari aventi in cura un cittadino europeo non assicurato o comunque privo di documenti comprovanti il possesso di un'assicurazione sanitaria in corso di validità devono trasmettere all'Ente sloveno per l'assicurazione sanitaria un apposito modulo, allo scopo di accertare la situazione assicurativa della persona per il tramite dell'assicurazione competente nell'altro Stato membro UE. Qualora dal riscontro dell'Ente sloveno per l'assicurazione sanitaria risulti che la persona non è in possesso di regolare assicurazione sanitaria nel Paese di appartenenza, il sanitario trasmette al Ministero della Salute il conto per le cure mediche d'emergenza prestate, unitamente ad ogni eventuale documento giustificativo. Qualora si accerti che il cittadino straniero ricoverato è in possesso di un'assicurazione stipulata presso un istituto estero di assicurazione sanitaria l'ospedale, in base alle convenzioni internazionali vigenti, ha facoltà di chiedere direttamente all'Ente sloveno per l'assicurazione sanitaria il rimborso delle spese per le cure prestate. Qualora emerga invece che il cittadino straniero ricoverato non ha alcuna assicurazione stipulata presso un istituto estero di assicurazione sanitaria, e che dunque risulta essere una persona non assicurata, la Repubblica di Slovenia finanzia mediante risorse di bilancio l'assistenza medica di emergenza rivolta a persone con domicilio ignoto, a cittadini stranieri provenienti da Paesi con cui non sono stati sottoscritti accordi internazionali, a cittadini stranieri e sloveni con residenza permanente all'estero che risiedono in via temporanea nella Repubblica di Slovenia o che vi transitano di passaggio e per i quali non è stato possibile garantire il pagamento delle prestazioni sanitarie, nonché a tutti coloro che non rientrano nel sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria e che non sono in possesso di una polizza stipulata presso un istituto straniero. Nel caso in cui un cittadino straniero opti spontaneamente per il trattamento volontario con degenza ospedaliera, l'ospedale richiede il rimborso spese per le cure prestate secondo quanto previsto ai sensi della Legge in materia di tutela e assicurazione sanitaria (ZZVZZ) e del Regolamento sull'assicurazione sanitaria obbligatoria, con i quali è stata recepita nell'ordinamento giuridico sloveno la Direttiva 2011/24/CE concernente l'applicazione dei diritti dei

pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera; è anche possibile, tuttavia, che le suddette prestazioni siano a carico della persona.

In Italia l'assicurazione sanitaria è garantita a tutti, con riferimento alle prestazioni sanitarie erogate dal sistema sanitario nazionale, pertanto non dovrebbe essere possibile che un cittadino italiano non riceva assistenza sanitaria nel proprio Paese o all'estero. Inoltre, lo status giuridico e le condizioni di salute della persona non influiscono sul finanziamento delle cure. In Friuli-Venezia Giulia le spese sanitarie sono coperte dal bilancio regionale. Per quanto riguarda invece l'assistenza medico-sanitaria fuori dal Paese di appartenenza è necessario garantire ai pazienti che i costi sostenuti per le cure mediche saranno coperti almeno per l'importo finanziato nel Paese membro di affiliazione per le medesime prestazioni. Un assicurato del Friuli-Venezia Giulia che si reca in Slovenia deve pertanto potersi avvalere delle medesime prestazioni mediche che riceverebbe nel caso in cui le stesse fossero erogate in Friuli-Venezia Giulia. La legge disciplina specificamente il sistema di rimborso delle spese sostenute da un cittadino assicurato nell'ambito delle prestazioni medico-sanitarie per le quali è prevista una preventiva autorizzazione. A margine è opportuno far notare il sistema introdotto per legge che prevede il versamento di contributi privati da parte del singolo, ovvero dell'assicurato, per le spese sanitarie finanziate principalmente mediante la fiscalità generale. Il sistema del "ticket" è minuziosamente descritto nell'analisi integrata.

**Da un accurato quadro della struttura e delle sinergie che interessano i prestatori di assistenza sanitaria nei due sistemi emerge una maggiore integrazione, sia di tipo verticale che orizzontale, in Italia. In Slovenia, per contro, le sinergie tra i vari livelli e l'esistente network di sanitari rendono possibile l'erogazione di un'assistenza psichiatrica continuativa.**

Tra i due Paesi vi è una significativa differenza a livello di sistema di finanziamento, che influisce direttamente anche sull'attuazione dei programmi. In Italia vige infatti il modello Beveridge, ovvero il sistema sanitario nazionale, in base al quale le risorse vengono finanziate dal bilancio dello Stato, mentre in Slovenia vige il modello Bismarck, altrimenti indicato come sistema di tipo mutualistico-assicurativo.

La principale differenza tra i due sistemi affonda le proprie radici nella "Legge Basaglia", approvata in Italia nel 1978, la cui grande innovazione fu la chiusura degli ospedali psichiatrici. L'Italia è tuttora l'unico Paese dell'Unione europea in cui si è avuto il superamento degli ospedali psichiatrici. Tale legge risultò dunque in una rinnovata impostazione clinica dell'assistenza psichiatrica, nel miglioramento delle relazioni interpersonali con sanitari e società, nonché nel riconoscimento dei diritti e della qualità della vita dei pazienti.

In Slovenia il network di strutture psichiatriche è impostato su tre livelli, che comprendono gli ambulatori specialistici di psichiatria e psichiatria dell'infanzia rispettivamente ai primi due, mentre al terzo gli ospedali psichiatrici e una clinica per i disturbi psichiatrici. Nonostante la graduale introduzione di una psichiatria di comunità, una parte rilevante del percorso terapeutico è costituita proprio dalle cure psichiatriche in contesto istituzionale.

In relazione alla normativa vigente in ambito sanitario si è reso opportuno individuare le modalità di conservazione delle informazioni riservate e quelle di raccolta dei consensi. Si è reso necessario descrivere le modalità di prescrizione e dosaggio degli psicofarmaci alla luce delle competenze del personale qualificato coinvolto, in Italia o in Slovenia, nel trattamento delle persone con problemi di salute mentale. Si è reso necessario illustrare i vari approcci al trattamento delle malattie mentali, dalla rete di servizi al funzionamento del sistema di primo e secondo livello, passando per l'integrazione dei servizi per la salute mentale sia a livello di comunità sia rispetto ai servizi sociali, nonché l'entità delle prestazioni sanitarie con annesse modalità di erogazione e la possibilità di rimborso spese per il trattamento delle persone con problemi di salute mentale nell'ambito di entrambi

i sistemi sanitari. Non da ultimo, si è reso necessario dare particolare risalto alle basi giuridiche e tecnico-scientifiche dei due Paesi, unitamente ai protocolli ivi vigenti per il trattamento sanitario obbligatorio.

**Ai fini della stesura di proposte concrete circa le possibili modalità di conservazione delle informazioni riservate da parte dell'équipe congiunta e le modalità di raccolta dei consensi, anche in relazione al trattamento dei dati personali, sarà necessario attendere le disposizioni della nuova Legge sulla protezione dati personali (ZVOP) per quanto riguarda la Repubblica di Slovenia e, analogamente, rimanere in attesa dell'adeguamento della legge italiana al regolamento generale sulla protezione dei dati (RGPD). Quest'ultimo rappresenta infatti la base giuridica che andrà in gran parte a uniformare la gestione dei dati personali (anche sanitari). Una volta interamente noto il quadro giuridico di riferimento (sloveno e italiano) si potranno presentare delle proposte riguardo alla possibile strutturazione del settore nel caso del centro unico di Gorizia (Italia).**

Il settore della protezione dei dati personali è disciplinato tanto nell'ordinamento sloveno quanto in quello italiano da un'apposita legge sulla protezione dei dati personali.

Entrambi i Paesi, inoltre, sono vincolati alle norme dell'Unione europea in materia di protezione dei dati personali, il che significa che il 25 maggio 2018 entrerà in vigore sia in Italia che in Slovenia il regolamento RGPD. Entro tale data i due Paesi sono tenuti a provvedere all'adeguamento della legislazione nazionale alle prescrizioni del regolamento. Il legislatore sloveno sta approntando una nuova Legge sulla protezione dati personali (ZVOP) e anche il legislatore italiano, da parte sua, preannuncia emendamenti all'attuale testo di legge sulla protezione dati personali. Per agevolarne la comprensione, tutti i principali elementi di novità introdotti dal regolamento RGPD sono sintetizzati nel testo integrale dell'analisi, con un'enfasi particolare sulla regolamentazione del settore della protezione dei dati personali, ovvero dei dati sanitari dei cittadini.

**L'iter di prescrizione della terapia psichiatrica non presenta discrepanze tra Slovenia e Italia sul piano strettamente scientifico-professionale, poiché in entrambi i Paesi si svolge in conformità alle linee guida di settore attuate sulla scorta degli orientamenti riconosciuti a livello internazionale. Il fatto che le cure siano rivolte a un cittadino del Paese di appartenenza o a uno straniero non è rilevante ai fini dello stesso. Naturalmente, onde evitare possibili complicazioni, in sede di prescrizione di medicinali si osserva esclusivamente la rigorosa normativa slovena – o italiana, a seconda dei casi – in materia di prescrizione di medicinali.**

In Slovenia la prescrizione di una terapia psichiatrica si svolge in conformità alle linee guida di settore tracciate sulla scorta degli orientamenti riconosciuti a livello internazionale, e il fatto che le cure siano rivolte a un cittadino sloveno o straniero non è rilevante ai fini della stessa. Nella Repubblica di Slovenia l'iter di prescrizione dei medicinali prevede l'osservanza esclusiva della legislazione slovena.

Leggi e provvedimenti attuativi determinano in tal senso l'entità del trattamento di emergenza, unitamente al tipo di prestazioni medico-sanitarie non differibili cui hanno diritto i non assicurati e, dunque, anche i cittadini stranieri. Rientrano in questo quadro anche i medicinali prescritti con ricetta e appartenenti alla lista positiva, il tutto nella misura e secondo le norme e gli standard previsti dalla legislazione.

Le persone con residenza permanente all'estero, fuori dalla Slovenia, possono essere incluse nel sistema di assicurazione sanitaria obbligatoria nella Repubblica di Slovenia se vi si trovano per motivi di formazione o perfezionamento professionale o qualora vi svolgano un'attività economica o professionale come unica o principale attività, oppure nel caso in cui si tratti di persone cui la Repubblica di Slovenia abbia riconosciuto lo status di rifugiato o una tutela sussidiaria in applicazione delle norme sulla tutela internazionale, nei casi in cui non siano in possesso di assicurazione

obbligatoria ad altro titolo. Nei confronti di queste persone sono applicabili le medesime norme cui sono soggetti tutti gli abitanti della Slovenia in possesso di assicurazione obbligatoria.

I non assicurati, stranieri inclusi, bisognosi di assistenza medica di emergenza hanno inoltre diritto a ricevere cure analoghe a quelle prestate a un normale assicurato per quanto concerne la prescrizione e il dosaggio di medicinali. L'assistenza medica di emergenza comprende le operazioni di rianimazione, le operazioni volte al mantenimento dei parametri vitali e quelle tese ad evitare importanti alterazioni del quadro clinico, con riferimento a episodi improvvisi, infortuni e malattie croniche. Tali prestazioni vengono erogate sino alla stabilizzazione dei parametri vitali ovvero sino all'avvio della fase terapeutica in una sede idonea. Anche i trasporti di soccorso ricadono all'interno dell'assistenza medica di emergenza. In questa sede vorremmo dare particolare risalto al diritto ai medicinali prescritti con ricetta e appartenenti alla lista positiva, in quanto farmaci indispensabili per la vita.

Anche il caso dei cittadini stranieri che si recano nella Repubblica di Slovenia a scopo di cura in base ai trattati internazionali e alla direttiva 2011/24/CE, concernente l'applicazione dei diritti dei pazienti relativi all'assistenza sanitaria transfrontaliera, prevede l'applicazione in via esclusiva della normativa slovena sia per l'erogazione delle prestazioni che per la prescrizione e il dosaggio dei medicinali.

In Slovenia queste ultime due operazioni sono disciplinate dal Regolamento in materia di classificazione, prescrizione e somministrazione dei farmaci per uso umano, illustrato in modo esaustivo nella sezione slovena dell'analisi integrata. Oltre al sistema nel suo complesso e agli iter di prescrizione, esso individua le persone autorizzate a prescrivere farmaci da ricetta per uso umano, che per legge possono essere unicamente medici in possesso di regolare abilitazione.

Anche in Italia le operazioni di prescrizione e dosaggio dei medicinali rispondono agli orientamenti riconosciuti a livello internazionale, con obbligo del personale medico-sanitario a tenere la medesima condotta a prescindere dalla provenienza del singolo paziente. Con riferimento ai principi di adeguatezza ed equità dell'assistenza sanitaria, l'assicurato ha da parte sua diritto a ricevere assistenza in uno Stato membro qualsiasi dell'Unione europea in ugual misura a chiunque altro individuo che goda di tale diritto e ad essere inoltre esentato dal pagamento dei costi connessi alle cure, conformemente alla legislazione dello Stato membro di appartenenza.

Ogni assicurato riceve negli Stati membri il tipo di cure cui avrebbe diritto nel proprio Paese di appartenenza, nel quale ha regolarmente sottoscritto una polizza sanitaria (assistenza diretta e indiretta); inoltre, con riferimento a cure e assistenza medica, in qualsiasi Stato membro è tenuto a ricevere un trattamento corrispondente a quello garantito agli assicurati. Va tuttavia tenuto a mente che l'assistenza sanitaria viene erogata sul territorio nazionale in linea con le scelte etiche che sono proprie dello Stato e conformemente a valori di universalità che assicurano l'accesso a un'assistenza equa, solidale e di buona qualità.

La prescrizione di medicinali nell'ambito del sistema sanitario transfrontaliero presenta delle specificità. In questa sede poniamo in evidenza soprattutto i casi in cui un paziente riceve all'estero una ricetta rilasciata da un medico di un altro Paese, a prescindere dalla conclusione della terapia con il farmaco, che può avvenire all'estero o in Italia. Dopo aver verificato che la prescrizione della ricetta sia avvenuta nel rispetto della direttiva 2011/24/CE, una particolare attenzione è rivolta ad accertare che il paziente non si sia trasferito al solo scopo di ottenere un determinato medicinale. In modo altrettanto specifico vengono illustrati i casi di: pazienti che prevedono di risiedere all'estero con prescrizioni effettuate da un medico italiano; pazienti con autorizzazione a recarsi in un altro Stato membro dell'Unione europea a scopo di assistenza ospedaliera o ambulatoriale; persone che si trovano in un dato Stato membro dell'Unione europea con una richiesta di rilascio di un dato medicinale su ricetta formulata dallo Stato membro di appartenenza.

Allo stato attuale in Italia non si rilevano difficoltà di particolare rilievo in questo ambito, dal momento che anche gli stessi cittadini pagano i medicinali, per poi richiederne il rimborso al proprio Paese di appartenenza.

**Tra i due Paesi non sussistono sostanziali differenze riguardo alle competenze del personale qualificato in sede di svolgimento di interventi sanitari o terapie rivolte alle persone con problemi di salute mentale, essendo l'attività sanitaria specificamente regolamentata. All'interno dell'Unione europea tutti i lavoratori subordinati, gli operatori e i collaboratori sanitari devono soddisfare i requisiti stabiliti a norma di legge e conformi alla direttiva 2005/36/EC relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.**

L'attività sanitaria è un'attività regolamentata, pertanto i dipendenti sono tenuti a soddisfare specifici requisiti stabiliti a norma di legge e conformi alla direttiva 2005/36/EC relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali.

In Slovenia è richiesta una qualifica professionale, ovvero un'idoneità lavorativa, nonché una formazione professionale e tecnico-scientifica, al fine di esercitare una data professione o di svolgere una serie di compiti nell'ambito di una data professione in base ai diversi livelli di difficoltà descritti nell'elenco delle professioni sanitarie, da cui derivano qualifiche, aree di lavoro, attività lavorative e dunque, in sostanza, anche le competenze. Un accurato resoconto di tutti i sanitari coinvolti – operatori e collaboratori – è presentato nelle tabelle che sono parte costitutiva dell'analisi integrata.

La qualifica di un'infermiera professionale comprende le seguenti aree: promozione della salute, educazione alla salute e studio finalizzato alla comprensione dei nessi tra stile di vita e salute, nonché alla comprensione dei problemi di ordine sanitario e dei processi tesi a rafforzare, recuperare e mantenere lo stato di salute; organizzazione, coordinamento e monitoraggio delle attività e del servizio di assistenza sanitaria; coordinamento dell'équipe infermieristica; esercizio dell'assistenza sanitaria alla luce dell'anamnesi e diagnosi infermieristica e degli obiettivi prefissati in termini di assistenza sanitaria e assistenza medica di emergenza; partecipazione al processo terapeutico nell'ambito dell'équipe sanitaria e implementazione dei programmi diagnostico-terapeutici; monitoraggio dei referti e degli effetti prodotti dall'assistenza sanitaria, con relativa attività di documentazione; creazione di sinergie interdisciplinari e multisettoriali volte a garantire la qualità delle cure prestate al paziente; attività pedagogica tesa all'aggiornamento del proprio profilo, lavoro di ricerca nel campo dell'assistenza sanitaria e della garanzia di qualità.

L'assistente sociale offre assistenza sociale d'emergenza quale forma di aiuto nell'ambito dell'individuazione di una data problematica sociale e della ricerca di possibili soluzioni; offre assistenza personale in termini di consulenza al singolo, sostegno alla famiglia e assistenza domiciliare, ambito in cui gli assistenti sociali coordinano interventi assistenziali di vario tipo (nucleo familiare, assistenza sanitaria, assistenza sociale) di cui i fruitori, per motivi dovuti a età, invalidità o malattie, hanno bisogno nella propria abitazione al posto di forme di assistenza in contesto istituzionale.

In Italia le competenze sono definite a norma di legge per mezzo del disegno di legge 1324-B recante "Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute". Un accurato quadro di tutti i professionisti coinvolti nel trattamento delle persone con problemi di salute mentale è fornito nell'analisi integrata.

Le infermiere sono qualificate e responsabili dell'erogazione di servizi di assistenza preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, nonché delle attività di formazione. Inoltre svolgono attività di prevenzione delle malattie, assistenza nei confronti di malati e invalidi di tutte le età, educazione sanitaria e formazione del personale ausiliario, partecipano in prima persona all'aggiornamento delle

conoscenze in questo campo e contribuiscono attivamente al lavoro di ricerca. Le competenze delle infermiere si richiamano alla capacità di gestire i problemi di ordine sanitario che interessano il singolo e la società. I laureati in scienze infermieristiche collaborano all'individuazione dei problemi di salute che interessano il singolo e la comunità, riconoscono i bisogni di assistenza e definiscono gli obiettivi in termini di strutturazione, coordinamento e valutazione degli interventi di assistenza sanitaria, assicurano la corretta applicazione della terapia prescritta sulla scorta della diagnosi formulata, lavorano autonomamente o in forma congiunta con altri operatori della sanità e, ove necessario, anche con il personale di supporto.

L'assistente sociale opera con autonomia tecnico-professionale e di giudizio in tutte le fasi dell'intervento sociale per la prevenzione, il sostegno e il recupero di persone, famiglie, gruppi e comunità in situazioni di disagio che richiedono un qualche tipo di assistenza, anche promuovendo e gestendo la cooperazione con organizzazioni di volontariato e del terzo settore; svolge mansioni di gestione e collaborazione in sede di organizzazione, pianificazione, armonizzazione e orientamento per quanto concerne interventi specifici nel campo delle politiche e dei servizi sociali; riconosce le reti di sostegno di una persona, nonché dell'ambiente domestico e del più ampio contesto sociale, che possono essere sfruttate per la risoluzione di un problema; segnala all'autorità giudiziaria competente i casi di abuso, maltrattamento e altri reati; coordina e amministra le risorse economiche del servizio sociale; svolge attività informativa e divulgativa riguardo al raggio d'azione dei servizi sociali e ai diritti dei loro utenti; svolge attività di formazione connessa ai servizi in ambito sociale, supervisiona i tirocini degli studenti di scienze del servizio sociale e, non da ultimo, si occupa a scopo di ricerca della raccolta e dell'elaborazione di dati psicosociali.

**In Italia la rete di assistenza psichiatrica è orientata in un'ottica di trattamento psichiatrico integrato in contesto non istituzionale e radicato nel territorio locale. In Slovenia è invece importante il trattamento psichiatrico in contesto istituzionale, che grazie all'integrazione dei vari livelli consente di fornire assistenza psichiatrica in modo continuativo. La graduale introduzione dell'assistenza psichiatrica di comunità sta riducendo le distanze tra terapia e contesto locale.** Gli approcci scientifico-clinici in sede di trattamento sono analoghi nei due Paesi e conformi agli orientamenti internazionali. I punti di divergenza riguardano soprattutto il modello di finanziamento e la presenza di ospedali psichiatrici.

In Slovenia vige un sistema di tipo mutualistico-assicurativo, anche noto come modello Bismarck. Il ruolo dei percorsi di cura psichiatrica in contesto istituzionale è molto importante; i vari livelli coinvolti sono tra loro integrati, esistono infatti sinergie tra il primo e il secondo livello, sino ad includere anche il terzo, e vi sono le condizioni per il trattamento protetto dei pazienti, che grazie alla copertura offerta dalla rete è assicurato in modo continuativo.

In Italia, al contrario, vige il sistema sanitario nazionale, anche noto come modello Beveridge, in base al quale le risorse vengono finanziate dal bilancio dello Stato.

In applicazione alla "Legge Basaglia", approvata nel 1978, in Italia gli ospedali psichiatrici sono stati chiusi, con conseguente completa riorganizzazione delle cure assistenziali, che ha assicurato ai pazienti con problemi di salute mentale un trattamento integrato e radicato nel territorio.

**In entrambi i Paesi il settore delle malattie mentali è regolamentato per tutti allo stesso modo, e le annesse prestazioni sono esenti da ogni pagamento. In Slovenia, in caso di malattia mentale, è garantito alle persone assicurate il pagamento integrale delle prestazioni sanitarie, senza necessità di alcun contributo aggiuntivo, mentre i servizi di cura e assistenza rivolti a bambini e adolescenti con disturbi dello sviluppo fisico e mentale sono disciplinati da una normativa a sé stante. Anche in Italia tutti i diritti di cui godono i cittadini nel campo della salute mentale sono gratuiti, inclusi i ricoveri in ospedale.**

In Slovenia la Legge in materia di tutela e assicurazione sanitaria (ZZVZZ) rappresenta il testo di riferimento nell'ambito dell'assicurazione sanitaria. In virtù di essa tutte le persone con residenza permanente in Slovenia e cittadinanza slovena, così come chi svolge un'attività lucrativa nel territorio della Repubblica di Slovenia, figurano quali persone con assicurazione sanitaria obbligatoria (OZZ). Per quanto concerne la quota restante che consente di avere una copertura integrale delle prestazioni sanitarie, il singolo può assicurarsi su base volontaria presso una compagnia di assicurazione privata oppure coprire la differenza con mezzi propri. Alla persona con assicurazione sanitaria obbligatoria viene garantito il pagamento delle prestazioni sanitarie, l'indennità sostitutiva dello stipendio nel periodo di temporanea impossibilità a svolgere la prestazione lavorativa e il rimborso delle spese di viaggio sostenute per avvalersi delle prestazioni sanitarie. A norma di legge non esistono persone non assicurate, ma solo persone con un'eventuale posizione irregolare.

Lo status di persona con assicurazione sanitaria obbligatoria (OZZ) garantisce inoltre il pagamento integrale (100 %) di alcune prestazioni sanitarie, senza necessità di versare contributi aggiuntivi. Il pagamento delle prestazioni sanitarie viene garantito integralmente dall'assicurazione sanitaria obbligatoria nei casi di cura e riabilitazione legati a: bambini e ragazzi regolarmente frequentanti le istituzioni scolastiche e universitarie; bambini e adolescenti con disabilità fisiche e mentali; bambini e adolescenti con trauma cranico e danni al cervello; malattie maligne, malattie muscolari e neuromuscolari, paraplegie, tetraplegie, paralisi cerebrali, epilessia ed emofilia, **malattie mentali**, forme avanzate di diabete, sclerosi multipla, psoriasi; farmaci e alimenti destinati a fini medici speciali appartenenti alla lista positiva e a quella intermedia e rivolti a bambini, ragazzi in età scolare, apprendisti e studenti universitari, nonché a persone affette da disabilità fisiche e mentali.

La Legge in materia di tutela e assicurazione sanitaria (ZZVZZ) disciplina in modo specifico il settore delle malattie mentali con riferimento alle persone assicurate e ai loro diritti. L'art. 15 definisce nello specifico la categoria degli assicurati. Ai sensi di tale legge si considera persona assicurata chiunque in possesso di residenza permanente nella Repubblica di Slovenia che riceva un'indennità ai sensi della Legge sulla tutela sociale degli adulti con disabilità fisiche e mentali (ZDVPDTP), qualora non sia già assicurata ad altro titolo. L'art. 17 fornisce invece una definizione dell'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali, che vale anche per bambini e adolescenti con disabilità fisiche e mentali oppure con traumi cranici e danni al cervello derivanti da lesioni pratiche nell'ambito di strutture di formazione professionale o moduli pratici obbligatori. L'art. 30 ha invece per oggetto il diritto all'indennità in caso di familiare stretto sottoposto a cure, con durata massima di sette giorni lavorativi ovvero di quindici giorni lavorativi nei casi riguardanti bambini fino al settimo anno di età o anche più grandi, se affetti da disabilità fisiche o mentali moderate, gravi o molto gravi. Ove ciò compromettesse lo stato di salute del familiare stretto, il medico competente designato ha facoltà di prolungare in via eccezionale il diritto all'indennità, nello specifico fino a un massimo di 30 giorni lavorativi in caso di assistenza a bambini fino al settimo anno di età o anche più grandi, se affetti da disabilità fisiche o mentali moderate, gravi o molto gravi, ovvero fino a 14 giorni lavorativi in caso di assistenza ad altri familiari stretti.

Alla luce dei diritti così definiti i pazienti affetti da problemi di salute mentale godrebbero dunque di una copertura integrale delle prestazioni, tuttavia le regole dell'Ente sloveno per l'assicurazione sanitaria (ZZVS) in materia di copertura delle cure e della riabilitazione delle malattie mentali pongono condizioni particolari in relazione alle persone con assicurazione obbligatoria (OZZ). Il medico che segue il paziente adegua la cifratura alle disposizioni dell'ICD-10 (Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima revisione) in base al decorso della malattia, con conseguente adeguamento anche della modalità di conteggio delle prestazioni sulla ricetta e di quella di integrazione con contributivo aggiuntivo. La decisione riguardo al soggetto preposto al pagamento delle prestazioni e dei medicinali si basa sulla diagnosi, non sulla categoria del farmaco prescritto, il che influisce sulla copertura delle prestazioni sanitarie nel territorio dell'Unione europea ai sensi delle direttive internazionali.

In Italia tutti i cittadini sono assicurati per legge, motivo per cui a fronte dell'eventuale prestazione di servizi in altri Stati membri viene assicurata ai pazienti una copertura dei costi perlomeno corrispondente a quello che sarebbe stato loro riconosciuto per lo stesso tipo di assistenza nello Stato membro di affiliazione. All'atto pratico ciò significa che a un assistito della Regione Friuli-Venezia Giulia (FVG) che riceve assistenza sanitaria in Slovenia viene garantita una copertura dei costi corrispondente a quello che gli sarebbe riconosciuto ricevendo assistenza sanitaria nella Regione FVG (discorso analogo vale per l'assicurato sloveno che riceve assistenza sanitaria nella Regione FVG).

Tutti i diritti dei cittadini in materia di salute mentale sono garantiti a titolo gratuito. In FVG gli antipsicotici sono gratuiti e vengono distribuiti dai centri di salute mentale nella comunità. Anche gli ansiolitici sono gratuiti, ma solo per un periodo di due mesi, terminato il quale devono essere prescritti dal medico di famiglia con annesso pagamento del ticket da parte del paziente. I ricoveri ospedalieri sono esenti dal pagamento, al quale provvedono i reparti specialistici delle aziende ospedaliere o i centri per la salute mentale. Le aziende ospedaliere del FVG possiedono tre reparti adibiti alla diagnosi e cura delle malattie mentali. I reparti di salute mentale hanno un proprio budget da destinare alle attività riabilitative. Anche i centri per la salute mentale lavorano senza soluzione di continuità e, con riferimento al FVG, dispongono complessivamente di otto posti letto. In collaborazione con le autorità regionali acquisiscono i dati dei servizi sociali comunali riguardanti i pazienti con problemi legali o i programmi riabilitativi per i pazienti ritenuti "ad alto rischio" in considerazione di forme particolarmente gravi di disturbo e possibile emarginazione. Per queste categorie di pazienti non esistono strutture ospedaliere specifiche ed è il servizio locale competente a farsi carico di loro.

Qualora l'importo dell'assistenza sanitaria ricevuta nello Stato membro di cura superi la copertura dello Stato membro di affiliazione, quest'ultimo può comunque decidere di rimborsare in toto i costi dell'assistenza sanitaria transfrontaliera. Lo Stato membro di affiliazione ha inoltre la facoltà di rimborsare anche altri costi connessi, dunque non solo quelli previsti ai fini dell'assistenza sanitaria, come ad esempio le spese di alloggio, di viaggio e altre spese supplementari sopportate da persone invalide bisognose di cure. Le spese sostenute dall'assicurato che riceve assistenza sanitaria transfrontaliera gli vengono rimborsate nella misura in cui detta assistenza sanitaria figura tra le prestazioni cui l'assicurato ha diritto nel proprio Stato membro di affiliazione. Lo Stato membro stabilisce le prestazioni per le quali il paziente ha diritto al rimborso, unitamente all'ammontare dello stesso, a prescindere dal luogo in cui viene prestata l'assistenza sanitaria.

Per quanto riguarda i costi che in Italia (e, dunque, anche in Friuli-Venezia Giulia) sono a carico della persona assicurata, è prevista la divisione dei costi per l'assistenza sanitaria attraverso il pagamento del ticket, stabilito a livello regionale e differenziabile a seconda del tipo di patologia o della classe di reddito. Tale sistema vale per le persone assicurate anche in caso di prestazioni sanitarie ricevute nello Stato membro di cura e non in quello di affiliazione del paziente. L'intero sistema è dettagliato nell'analisi integrata. In FVG la copertura delle spese di assistenza sanitaria è finanziata con risorse del bilancio regionale.

**Il problema dell'assistenza sanitaria a una persona con limitata capacità di agire, o privata della stessa, è disciplinato a norma di legge sia in Slovenia che in Italia, soprattutto per quanto concerne il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio. In Slovenia la formulazione di una proposta in merito prevede un quadro più ampio rispetto al caso italiano, ma in entrambi i Paesi è il tribunale a giudicarne in ultima istanza la legittimità.**

La Legge in materia di salute mentale (ZDZdr) disciplina il trattamento sanitario obbligatorio, attuato sia su decreto del tribunale emesso a seguito di una proposta di ricovero in un reparto protetto sia, per i casi urgenti, prima ancora che il tribunale emetta tale decreto. La proposta di ricovero coatto di una persona in un reparto protetto può essere presentata presso il tribunale competente dal responsabile

dell'assistenza psichiatrica, da un centro di assistenza sociale, dal coordinatore del trattamento protetto, dalle persone più prossime o dal pubblico ministero. Il tribunale dispone l'esame di un esperto di psichiatria, che entro il termine di tre giorni si pronuncia in merito allo stato di salute della persona formulando una valutazione circa le possibilità di cura mediante trattamento protetto ovvero trattamento in un reparto protetto. Qualora siano soddisfatte le condizioni il tribunale dispone il ricovero del soggetto in un reparto protetto, stabilendo altresì la durata della degenza – che non può comunque superare i sei mesi – e la struttura ospedaliera psichiatrica deputata ad accoglierlo. Qualora la persona non si presenti per il ricovero, il direttore dell'ospedale psichiatrico provvede a darne comunicazione al tribunale, al medico di famiglia designato e all'avvocato della persona, disponendo altresì il trasporto della stessa con un mezzo di soccorso. Una persona può essere sottoposta a trattamento sanitario obbligatorio in un reparto protetto prima che il tribunale emetta un apposito decreto qualora sussistano le condizioni per il ricovero contro la sua volontà, nonché nei casi in cui, in luce della natura del disturbo mentale di cui soffre, si renda urgentemente necessario limitarne la libertà di movimento ovvero impedirle di avere contatti con l'ambiente circostante. Dopo aver visitato la persona e aver deciso di trattenerla, il medico ricoverante dell'ospedale psichiatrico illustra alla stessa i motivi per i quali viene trattenuta, provvedendo altresì ad informare del ricovero in reparto protetto la persona più prossima, il rappresentante legale e, non da ultimo, il direttore dell'ospedale psichiatrico. Quest'ultimo provvede infine a darne comunicazione al tribunale, che avvia la procedura di ricovero coatto prevista per i casi urgenti. Entro il termine di tre giorni il tribunale emette un decreto con cui stabilisce variamente che la persona sia trattenuta nel reparto protetto, che la persona sia dimessa dal reparto protetto oppure che sia disposto nei confronti della stessa un trattamento protetto ovvero il ricovero presso il reparto protetto di una struttura di protezione sociale.

In Italia il trattamento delle persone con limitata capacità di agire ovvero private della stessa viene disciplinato dalla legge n.180/1978 (la cosiddetta Legge Basaglia), che in richiamo all'art. 32 della Costituzione vieta qualsiasi intervento terapeutico senza consenso informato della persona. Il trattamento sanitario obbligatorio può pertanto essere effettuato solo su decisione del sindaco previa proposta motivata del medico, mentre solo in casi eccezionali il ricovero ospedaliero ha luogo previa convalida della proposta da parte dello specialista della struttura ospedaliera. Il provvedimento del sindaco deve essere notificato entro il termine di 48 ore al giudice della circoscrizione in cui rientra il comune, che nelle successive 48 ore è tenuto a deliberare in merito alla legittimità dello stesso.

In relazione a lavoro e misure di intervento sociale è stato opportuno illustrare le norme concernenti il settore dei centri di lavoro protetto e del lavoro subordinato presso cooperative. A margine di ciò si è inoltre reso necessario inquadrare l'ambito della prescrizione di medicinali e dell'effettuazione di interventi terapeutici.

**Sia la normativa slovena che quella italiana prevedono la possibilità di istituire un soggetto giuridico che consenta di assumere persone con disturbi mentali alle condizioni stabilite a norma di legge. Ciascun Paese stabilisce le possibili forme giuridiche dei soggetti nel cui ambito possono essere svolti servizi rivolti alle persone con problemi di salute mentale. In Italia si parla di imprese sociali, in Slovenia di centri di assistenza diurna. Obiettivi e finalità sono analoghi nei due Paesi.**

In linea con il principio europeo della libera circolazione di merci, servizi, persone e capitali è garantito sia a un cittadino italiano in Slovenia che a un cittadino sloveno in Italia il diritto di lavorare in un Paese straniero, secondo le condizioni stabilite dalle norme in materia assunzione dei cittadini stranieri e quelle poste dal singolo Stato in relazione all'inserimento di una persona con problemi di salute mentale entro una simile forma assistenziale. In base alla Legge sulla tutela sociale (ZSV), il centro di lavoro protetto svolge attività di coordinamento, tutela e organizzazione del lavoro subordinato a condizioni speciali per i disabili fisici e mentali in età adulta presenti sul territorio sloveno. Oltre a questo tipo di servizi, il centro di lavoro protetto svolge inoltre attività di tutela in

contesto istituzionale a favore degli stessi e fornisce assistenza a domicilio alle loro famiglie. Le attività di coordinamento, tutela e assunzione a condizioni speciali costituiscono una forma di tutela organizzata con cui si affermano specifici diritti umani fondamentali – sanciti dal dettato costituzionale e normativo – delle persone disabili in età adulta, che assicurano loro di avere accesso a un servizio che dia loro una possibilità di inclusione attiva nella vita sociale e in un ambiente di lavoro e di svolgimento di un lavoro utile, seppur commisurato alle loro capacità.

Le attività di coordinamento, tutela e assunzione a condizioni speciali sono in sé strutturate e si svolgono consentendo all'utente di mantenere le conoscenze e competenze lavorative acquisite e di apprenderne di nuove, di sviluppare nuove abitudini sociali e lavorative, di lavorare per la realizzazione delle proprie idee e della propria creatività, con conseguente stimolo del senso di utilità e autoconvalida. Si tratta di un servizio che assicura anche forme diverse di tutela, che consentono agli utenti e alle loro famiglie di partecipare alla dimensione lavorativa e sociale.

Al contempo, agli utenti consente anche di essere premiati per il lavoro svolto secondo quanto stabilito dall'atto di interesse generale redatto dal soggetto prestatore. Gli aventi diritto a tale servizio sono coloro che soffrono di uno o più problemi di salute mentale. La Legge sulla tutela sociale stabilisce che lo svolgimento dei servizi di protezione sociale può essere svolto sia da persone fisiche che giuridiche posto che soddisfino i seguenti requisiti:

- I. I servizi che la legge individua quali servizi di carattere pubblico vengono svolti, nell'ambito della rete di servizio pubblico e a uguali condizioni, dagli enti pubblici di protezione sociale e da altre persone fisiche e giuridiche che ottengono una concessione nell'ambito di un concorso pubblico.
- II. I servizi di protezione sociale che esulano dalla rete di servizio pubblico vengono svolti dalle persone fisiche e giuridiche che acquisiscono l'abilitazione al lavoro, del cui rilascio e della cui revoca è responsabile il ministero competente in materia di protezione sociale.

Sempre la stessa legge prevede inoltre che i servizi di protezione sociale possano essere svolti da un privato che soddisfi i requisiti stabiliti a norma di legge.

In Italia questo ambito è disciplinato dal decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117, ovvero il Codice del Terzo settore, impostato alla stregua di una linea guida per lo svolgimento di attività volte al benessere della comunità e allo sviluppo della società mediante "il riordino e la revisione organica della disciplina vigente in materia di enti del terzo settore". Il Codice disciplina i vari tipi di enti del terzo settore, quali reti associative, fondazioni, organizzazioni di volontariato, organizzazioni umanitarie, società di mutuo soccorso e imprese sociali, invitando al contempo altri enti ad agire in un'ottica di regolamentazione.

Lo status di impresa sociale può essere acquisito da tutti gli enti di carattere privato, ivi inclusi quelli societari, che esercitano in via esclusiva o principale una o più attività di interesse generale per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità. Sono tenuti allo svolgimento del proprio operato con responsabilità e trasparenza, nonché favorendo il più ampio coinvolgimento dei dipendenti, degli utenti e di tutti i soggetti interessati.

Le imprese sociali sono soggette alle disposizioni del Codice del Terzo settore (decreto legislativo 3 luglio 2017, n. 117), purché compatibili, mentre per le parti non disciplinate da quest'ultimo valgono invece le norme del Codice Civile e quanto disposto dalle leggi che disciplinano i vari settori in cui l'impresa opera.

L'impresa sociale esercita in modo continuo e determinante una o più attività d'impresa di interesse generale per il perseguimento, senza scopo di lucro, di finalità civiche, solidaristiche e di utilità sociale. Tali attività si considerano di interesse generale se svolte in conformità alle singole norme che

disciplinano le attività nel settore della protezione sociale e della tutela sanitaria, delle attività culturali e artistiche, delle attività produttive sostenibili ecc. oppure se, indipendentemente dall'attività principale, prevedono l'assunzione di lavoratori svantaggiati o disabili.

**L'iter di prescrizione della terapia psichiatrica non presenta discrepanze tra Slovenia e Italia sul piano strettamente scientifico-professionale, poiché in entrambi i Paesi si svolge in conformità alle linee guida di settore attuate sulla scorta degli orientamenti riconosciuti a livello internazionale. Il fatto che le cure siano rivolte a un cittadino del Paese di appartenenza o a uno straniero non è rilevante ai fini dello stesso. Naturalmente, onde evitare possibili complicazioni, in sede di prescrizione di medicinali si osserva esclusivamente la rigorosa normativa slovena – o italiana, a seconda dei casi – in materia di prescrizione di medicinali. Il problema dell'assistenza sanitaria a una persona con limitata capacità di agire, o privata della stessa, è disciplinato a norma di legge sia in Slovenia che in Italia, soprattutto per quanto concerne il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio. In Slovenia la formulazione di una proposta in merito prevede un quadro più ampio rispetto al caso italiano, ma in entrambi i Paesi è il tribunale a giudicarne in ultima istanza la legittimità.**

In Slovenia la prescrizione di un'adeguata terapia farmacologica risponde alle linee guida di settore adottate e il fatto che le cure siano rivolte a un cittadino del Paese di appartenenza o a uno straniero non è rilevante ai fini della stessa. All'atto della prescrizione di medicinali si osserva esclusivamente la normativa slovena in materia di prescrizione di medicinali, a prescindere dalla nazionalità del paziente. Nello specifico vengono definite l'entità dell'assistenza di emergenza e il tipo di prestazioni medico-sanitarie non differibili cui hanno diritto i non assicurati e, dunque, anche i cittadini stranieri. Tra questi figurano anche i medicinali prescritti con ricetta e appartenenti alla lista positiva, ovvero medicinali e dispositivi medici necessari rispettivamente per curare stati di emergenza e trattare le condizioni meglio dettagliate nell'analisi integrata, il tutto nella misura e secondo le norme e gli standard previsti dalla legislazione. Le procedure terapeutiche nell'ambito dell'assistenza in contesto istituzionale hanno luogo in Slovenia all'interno degli ospedali psichiatrici e, nello specifico, sia nei reparti aperti sia in quelli protetti. In questi ultimi l'assistenza viene prestata con o senza il consenso della persona nei termini stabiliti a norma di legge. L'ospedalizzazione coatta avviene sia su decreto del tribunale emesso a seguito di una proposta di ricovero in un reparto protetto sia, nei casi urgenti, prima che il tribunale emetta tale decreto e comunque alle condizioni stabilite per legge.

Le procedure attuate dall'ospedale psichiatrico in sede di ricovero di un cittadino straniero sono del tutto identiche a quelle previste per il ricovero di un cittadino sloveno. L'ospedale informa del ricovero anche l'ambasciata del Paese di provenienza della persona. Dopo aver effettuato le operazioni di assistenza volte a garantire la stabilizzazione delle condizioni del paziente, e una volta scongiurato il pericolo di vita per quest'ultimo, il personale medico provvede ad acquisire dal paziente i necessari documenti e dati di natura amministrativa, che saranno successivamente utilizzati per il conteggio delle prestazioni svolte nell'ambito del trattamento sanitario. Una volta conclusa la fase acuta di trattamento, o anche prima su valutazione del medico responsabile, la persona può essere trasferita alle cure della più vicina struttura del Paese di provenienza e in genere anche l'ambasciata del Paese da cui proviene collabora all'organizzazione del trasferimento.

In Italia le operazioni di prescrizione e dosaggio dei medicinali rispondono agli orientamenti riconosciuti a livello internazionale, con obbligo del personale medico-sanitario a tenere la medesima condotta a prescindere dalla provenienza del singolo paziente. Con riferimento ai principi di adeguatezza ed equità dell'assistenza sanitaria, l'assicurato ha da parte sua diritto a ricevere assistenza in uno Stato membro qualsiasi dell'Unione europea in ugual misura a chiunque altro individuo che goda di tale diritto e ad essere inoltre esentato dal pagamento dei costi connessi alle cure, conformemente alla legislazione dello Stato membro di appartenenza. Qualora al paziente

venga rilasciata all'estero una ricetta da parte di un medico di un altro Paese è necessario verificare che la prescrizione sia conforme a quanto disposto dalla direttiva 2011/24/CE.

In Italia tutti i diritti dei cittadini in materia di salute mentale sono garantiti a titolo gratuito. In questo Paese si utilizzano inoltre i protocolli definiti a livello nazionale. Nell'ambito delle terapie farmacologiche in Italia è opportuno menzionare le linee guida nazionali sugli interventi precoci nella schizofrenia, in cui si delinea il ruolo del trattamento farmacologico nelle persone al primo episodio psicotico. In FVG gli antipsicotici sono gratuiti e vengo distribuiti dai centri di salute mentale nella comunità. Anche gli ansiolitici sono gratuiti, ma solo per un periodo di due mesi, terminato il quale devono essere prescritti dal medico di famiglia con annesso pagamento del ticket da parte del paziente. I ricoveri ospedalieri sono esenti dal pagamento, al quale provvedono i reparti specialistici delle aziende ospedaliere o i centri per la salute mentale. Le aziende ospedaliere del FVG possiedono tre reparti adibiti alla diagnosi e cura delle malattie mentali. I reparti di salute mentale hanno un proprio budget da destinare alle attività riabilitative. Anche i centri per la salute mentale lavorano senza soluzione di continuità e, con riferimento al FVG, dispongono complessivamente di otto posti letto. In collaborazione con le autorità regionali acquisiscono i dati dei servizi sociali comunali riguardanti i pazienti con problemi legali o i programmi riabilitativi per i pazienti ritenuti "ad alto rischio" in considerazione di forme particolarmente gravi di disturbo e possibile emarginazione. Per queste categorie di pazienti non esistono strutture ospedaliere specifiche ed è il servizio locale competente a farsi carico di loro.

In conformità alla Legge Basaglia il trattamento sanitario obbligatorio può essere effettuato solo su decisione del sindaco (in quanto autorità sanitaria locale) a seguito di proposta motivata di due medici. In caso di trattamento ospedaliero urgente e stante l'assenza di altre possibilità o modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria, la proposta di questi ultimi deve essere convalidata da parte dello specialista che esercita presso l'ospedale. Entro il termine di 48 ore dal momento del ricovero il provvedimento del sindaco deve essere notificato al giudice tutelare della circoscrizione in cui rientra il comune, che nelle 48 ore successive è tenuto a deliberare in merito alla legittimità dello stesso.

### **Sintesi finale**

Sia in Slovenia che in Italia il settore delle malattie mentali è regolamentato per tutti allo stesso modo e le annesse prestazioni sono esenti da ogni pagamento. In Slovenia, in caso di malattia mentale, è garantito alle persone assicurate il pagamento integrale delle prestazioni sanitarie, senza necessità di alcun contributo aggiuntivo, sebbene nel corso del trattamento il medico possa stabilire la necessità di un'integrazione alla luce della diagnosi di malattia formulata. Una normativa specifica regola l'ambito dei servizi di cura e assistenza rivolti a bambini e adolescenti con disturbi dello sviluppo fisico e mentale, esenti da ogni pagamento. Anche in Italia tutti i diritti di cui godono i cittadini nel campo della salute mentale sono gratuiti, inclusi i ricoveri qualora si renda necessario il trattamento in regime di degenza ospedaliera.

La struttura organizzativa e le sinergie che interessano i prestatori di assistenza sanitaria nei due sistemi indicano che il trattamento psichiatrico in Italia presenta una maggiore integrazione. A seguito della grande riforma dell'attività psichiatrica, quest'ultima in Italia è infatti maggiormente integrata, sia a livello verticale che orizzontale. In Italia la rete di assistenza psichiatrica è orientata in un'ottica di trattamento psichiatrico integrato in contesto non istituzionale e radicato nel territorio locale. In Slovenia è invece importante il trattamento psichiatrico in contesto istituzionale, che grazie all'integrazione dei vari livelli e al network di sanitari consente di fornire assistenza psichiatrica in modo continuativo. La graduale introduzione dell'assistenza psichiatrica di comunità sta riducendo le distanze tra terapia e contesto locale.

Il problema che può presentarsi con una persona non assicurata è in sostanza fittizio in entrambi i Paesi, in quanto chiunque ha diritto a un cosiddetto pacchetto base di servizi, la cui copertura è

garantita in Italia dal sistema nazionale e in Slovenia dall'Ente sloveno per l'assicurazione sanitaria (ZZZS). In casi eccezionali relativi a situazioni in Italia di un cittadino sloveno non assicurato o in Slovenia di un cittadino italiano con analogo status, la copertura dei costi è carico del Ministero della Salute della Repubblica di Slovenia ovvero del bilancio regionale del Friuli-Venezia Giulia.

Il problema dell'assistenza sanitaria a una persona con limitata capacità di agire, o privata della stessa, è disciplinato a norma di legge sia in Slovenia che in Italia, soprattutto per quanto concerne il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio. La capacità di agire è disciplinata in modo analogo nei due Paesi ed entrambi prevedono altresì l'istituto del tutore. In Slovenia la formulazione di una proposta prevede un quadro più ampio rispetto al caso italiano, ma in entrambi i Paesi è il tribunale a giudicare in ultima istanza la legittimità del provvedimento, con la differenza che in Italia la proposta del medico di disporre il trattamento sanitario obbligatorio nei confronti di una persona è soggetta in via preliminare alla decisione ovvero a una proposta del sindaco, sulla quale a sua volta delibera il tribunale. La legislazione slovena non prevede infatti che la proposta sia formulata da parte del sindaco ovvero dell'autorità sanitaria locale. Infine, anche le motivazioni alla base del trattamento sanitario obbligatorio sono regolamentate in modo analogo nei due Paesi.

Entrambi i sistemi prevedono l'erogazione di servizi di assistenza medica di emergenza a cittadini stranieri a prescindere dalla loro situazione assicurativa, dunque anche agli stranieri colpiti da un episodio psicotico. In Slovenia al più tardi una volta conclusa la fase acuta di trattamento la persona viene trasferita alle cure della più vicina struttura del Paese di provenienza e in genere anche l'ambasciata del Paese da cui proviene collabora all'organizzazione del trasferimento. In sede di trasferimento va tenuto conto della capacità di agire del paziente. Qualora infatti ne sia parzialmente privato è necessario accertare se la decisione del tribunale prevede o meno la possibilità che possa decidere in modo autonomo riguardo al trasferimento. In caso di totale incapacità di agire è il tutore del paziente a decidere in merito, in determinati casi anche previa decisione del tribunale. In Italia la persona capace di agire è libera di esprimere ogni sua decisione e il personale sanitario ha il dovere di tenerne conto e prestarvi il massimo rispetto. In caso di capacità di agire limitata o revocata è necessario tenere conto della decisione del tutore, che in alcuni casi deve essere prima convalidata dal giudice.

Tra i due Paesi non sussistono sostanziali differenze riguardo alle competenze del personale qualificato in sede di svolgimento di interventi sanitari o terapie rivolte alle persone con problemi di salute mentale, essendo l'attività sanitaria specificamente regolamentata. All'interno dell'Unione europea tutti i lavoratori subordinati, gli operatori e i collaboratori sanitari devono soddisfare i requisiti stabiliti a norma di legge e conformi alla direttiva 2005/36/EC relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali. In entrambi i Paesi il personale sanitario è responsabile penalmente e civilmente, mentre in Slovenia lo è anche sul piano morale e in Italia anche sul piano amministrativo. Ogni Paese disciplina in modo diverso i compiti e le responsabilità degli operatori nello svolgimento del proprio lavoro e, in tal senso, non vi è armonizzazione a livello europeo. I datori di lavoro ovvero i legislatori nazionali sono tenuti unicamente al rispetto delle convenzioni internazionali, degli accordi bi- o multilaterali e di altre norme primarie dell'Unione europea che indirettamente disciplinano i rapporti di lavoro, e in particolare, lo status dell'operatore e le responsabilità in capo al datore di lavoro. Dal punto di vista normativo l'assicurazione della responsabilità degli operatori della sanità è ordinata in modo molto analogo. Ad ogni modo essa non copre in caso di danni o incidenti che dovessero verificarsi nell'esercizio della propria attività in un Paese diverso da quello di appartenenza.

L'iter di prescrizione della terapia psichiatrica non presenta discrepanze tra Slovenia e Italia sul piano strettamente scientifico-professionale, poiché in entrambi i Paesi si svolge in conformità alle linee guida di settore attuate sulla scorta degli orientamenti riconosciuti a livello internazionale. Il fatto che le cure siano rivolte a un cittadino del Paese di appartenenza o a uno straniero non è rilevante ai fini dello stesso. Naturalmente, onde evitare possibili complicazioni, in sede di prescrizione di medicinali si

osserva esclusivamente la rigorosa normativa slovena – o italiana, a seconda dei casi – in materia di prescrizione di medicinali. Il problema dell'assistenza sanitaria a una persona con limitata capacità di agire, o privata della stessa, è disciplinato a norma di legge sia in Slovenia che in Italia, soprattutto per quanto concerne il provvedimento di trattamento sanitario obbligatorio. In Slovenia la formulazione di una proposta in merito prevede un quadro più ampio rispetto al caso italiano, ma in entrambi i Paesi è il tribunale a giudicarne in ultima istanza la legittimità.

Non sussistono obblighi specifici riguardo a eventuali notifiche o dichiarazioni da presentare al servizio del Paese di appartenenza da parte degli assistiti italiani con residenza temporanea all'estero (Slovenia) che siano inclusi in programmi riabilitativi, poiché nel caso in cui una persona assicurata si rechi in uno Stato membro dell'Unione europea a scopo di cura o riabilitazione si suppone che rientri già in un percorso di assistenza sanitaria conforme alle disposizioni vigenti, motivo per cui i dati personali della stessa saranno già stati debitamente trasmessi.

Ai fini della stesura di proposte concrete circa le possibili modalità di conservazione delle informazioni riservate da parte dell'équipe congiunta e le modalità di raccolta dei consensi, anche in relazione al trattamento dei dati personali, sarà necessario attendere le disposizioni della nuova Legge sulla protezione dati personali per quanto riguarda la Repubblica di Slovenia e, analogamente, rimanere in attesa dell'adeguamento della legge italiana al regolamento generale sulla protezione dei dati (RGPD). Quest'ultimo rappresenta infatti la base giuridica che andrà in gran parte a uniformare la gestione dei dati personali (anche sanitari). Una volta interamente noto il quadro giuridico di riferimento (sloveno e italiano) si potranno presentare delle proposte riguardo alla possibile strutturazione del settore nel caso del centro unico di Gorizia (Italia).

Sia la normativa slovena che quella italiana prevedono la possibilità di istituire un soggetto giuridico che consenta l'assunzione di persone con disturbi mentali alle condizioni stabilite a norma di legge. Ciascun Paese stabilisce le possibili forme giuridiche dei soggetti nel cui ambito si possono svolgere servizi rivolti alle persone con problemi di salute mentale. In Italia si parla di imprese sociali, in Slovenia di centri di assistenza diurna. Obiettivi e finalità sono analoghi nei due Paesi.

# Interreg

## ITALIA-SLOVENIJA



### SALUTE-ZDRAVSTVO



UNIONE EUROPEA  
EVROPSKA UNIJA

Progetto ITI co-finanziato dal Fondo europeo di sviluppo regionale  
Projekt CTN sofinancira Evropski sklad za regionalni razvoj



European Grouping of Territorial Cooperation  
Gruppo europeo di cooperazione territoriale  
Evropsko združenje za teritorialno sodelovanje

**ANALIZA UPRAVNIH IN PRAVNIH VIDIKOV ZDRAVSTVENEGA SISTEMA V  
REPUBLIKI SLOVENIJI IN V DEŽELI FURLANIJI JULIJSKI KRAJINI Z  
NAMENOM IZDELAVE PRIPRAVLJALNE ANALIZE ZA SESTAVO SKUPNIH  
ZDRAVNIŠKIH EKIP ZA OPRAVLJANJE STORITEV MENTALNEGA ZDRAVJA  
ZA PREBIVALSTVO NA OBMOČJU EZTS GO**

## **POVZETEK**

Na zahtevo Evropskega združenja za teritorialno sodelovanje EZTS GO je bila izdelana analiza o upravnih in pravnih vidikih zdravstvenega sistema v Republiki Sloveniji in v Deželi Furlaniji Julijski krajini z namenom izdelave pripravljalne analize za sestavo skupnih zdravniških ekip za opravljanje storitev mentalnega zdravja za prebivalstvo na območju EZTS GO.

Delovna skupina je v prvi fazi preučila vprašanja, ki so jih poslali iz strokovne skupine projekta, vezana na štiri različna področja: *vprašanja o pravnem statusu oskrbovancev, vprašanja o zavarovanju, vprašanja o zdravstveni zakonodaji, vprašanja v zvezi z delom in socialnimi ukrepi*. Strokovni skupini (italijanska in slovenska) sta namreč podali dva sklopa vprašanj, ki smo jih uvrstili skladno s predlagano razporeditvijo tematik. V okviru posameznih vprašanj so navedeni tudi širši okviri in značilnosti sistemov, torej je tematika obdelana širše od zgolj odgovora na vprašanje.

Delo je potekalo ločeno na slovenski in italijanski strani. Slovenski strokovnjaki so pregledali stanje na slovenskem področju, italijanski strokovnjaki pa so posredovali svoje analize, ki so bile pregledane in primerjane s slovenskimi s strani Tetrasa. Končni rezultat je dokument, ki zajema odgovore na vprašanja strokovnjakov projekta in bo služil kot podlaga za izdelavo analize možnosti sestave skupnih zdravniških ekip za opravljanje storitev mentalnega zdravja za prebivalstvo na območju EZTS GO.

Pri pripravi dokumenta je delovna skupina upoštevala, da je projekt, v okviru katerega se izvaja naročilo storitve ("*Vzpostavitev čezmejne mreže zdravstvenih storitev*") izvajan v okviru Evropskega združenja za teritorialno sodelovanje Gorica, kar pomeni, da je poudarek na čezmejnem sodelovanju in vzpostavitvi sistemov, ki delujejo skladno s pravnimi in upravnimi pravili tako Slovenije kot Italije. Zavedati se je potrebno, da so tovrstna obmejna sodelovanja pomemben projekt za vzpostavitev sodelovanj na ravni celotnih držav. Pri preučevanju primerov so se strokovnjaki osredotočali na partnerje projekta (Zdravstveno podjetje Azienda per l'Assistenza Sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", Splošna bolnišnica Franca Derganca Nova Gorica, Zdravstveni dom Nova Gorica), oziroma njihove specifične, vezane na strokovnjake v projektnih odborih in skupinah.

Ob pripravi dokumenta so tudi upoštevali, da bo analiza namenjena pripravi skupnih zdravniških ekip za opravljanje storitev mentalnega zdravja, torej so se pri vseh vprašanjih osredotočali prav na vidike mentalnega zdravja, oziroma njegovih skrbnikov.

S tega vidika je torej pripravljena celostna analiza upravnih in pravnih čezmejnih vidikov (pravno, zakonodajno, vidik zavarovanja, delovno-pravno, protokolno), ki zajema vse *ključne vidike sestave strokovne skupine za pomoč prebivalstvu pri izboljševanju mentalnega zdravja*, ki je velik javnozdravstveni problem na obeh straneh meje in zato pomemben element izboljševanja kvalitete življenja na čezmejnem območju.

Analiza je bila usmerjena s sklopi vprašanj s področja zakonodaje, zavarovanja, dela in socialnih ukrepov ter samega pravnega statusa zavarovancev.

V povezavi s statusom zavarovancev je bilo potrebno opredeliti razlike v zakonodajnih sistemih glede poslovne sposobnosti oseb s težavami na področju mentalnega zdravja ter obveznosti pridobitve soglasja skrbnika pri nujenju zdravstvene oskrbe. Posebno je bilo potrebno opredeliti status italijanskega državljanca, ki doživi akuten dogodek in možnost, glede prepustitve v obravnavo italijanskim službam.

**Ureditev problematike zdravljenja osebe z zmanjšano ali odvzeto poslovno sposobnostjo je v Sloveniji in Italiji zakonsko urejena, predvsem ukrep prisilnega zdravljenja. Poslovna sposobnost je primerljivo urejena v obeh državah, prav tako obe državi poznata institut skrbnika. Podaja predloga v Sloveniji je širše zastavljena, v obeh državah pa o upravičenosti ukrepa odloča sodišče, pri čemer je razlika med državama v tem, da v Italiji o predlogu zdravnika, da se za osebo odredi prisilno zdravljenje, predhodno odloči oziroma poda predlog župan, o tem**

**predlogu pa odloči sodišče. V Sloveniji zakonodaja ne predvideva, da predlog poda župan oz. lokalna zdravstvena avtoriteta. Razlogi za prisilno zdravljenje so primerljivo urejeni v obeh državah.**

V Sloveniji ureja pravice pacientov, ki niso sposobni odločanja o sebi, Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP). Pri bolnikih s težavami v duševnem zdravju dodatno Zakon o duševnem zdravju (ZDZdr). Kadar pacient zaradi težav v duševnem zdravju ali zaradi drugega vzroka, ki vpliva na zmožnost razsojanja, ni sposoben privolitve v medicinski poseg, se ta sme opraviti le, če ga dovoli zakoniti zastopnik. V kolikor tega še nima, izvajalec zdravstvenih storitev obvesti pristojni organ za začetek postopka za postavitve zakonitega zastopnika. Dokler pacientu ni postavljen zakoniti zastopnik, lahko privolitev v medicinski poseg oziroma zdravstveno oskrbo dajo osebe, ki so sposobne odločanja o sebi in so dopolnile 18 let starosti v določenem izključujočem vrstnem redu. V kolikor se ne doseže soglasja o izvedbi zdravstvene oskrbe, o tem odloči zdravnik, ki ga zdravi, pri čemer upošteva podana mnenja in pacientovo največjo zdravstveno korist. Zakoniti zastopnik ne more zavrniti nujne medicinske pomoči pacientu s težavami v duševnem zdravju. ZDZdr ureja sprejem na zdravljenje brez privolitve, ki se opravi bodisi na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, ali v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča. Predlog za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve pri pristojnem sodišču poda izvajalec psihiatričnega zdravljenja, center za socialno delo, koordinator nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državni tožilec. Sodišče odredi pregled izvedenca psihiatrične stroke, ki v treh dneh poda mnenje o zdravstvenem stanju ter oceno možnosti zdravljenja v nadzorovani obravnavi oziroma obravnave v varovanem oddelku. Ob izpolnjenih pogojih sodišče odloči, da se osebo sprejme v oddelek pod posebnim nadzorom in določi tudi čas zadržanja, ki ne sme biti daljši od šestih mesecev, ter psihiatrično bolnišnico, ki naj osebo sprejme. V kolikor se oseba ne javi na sprejem, direktor psihiatrične bolnišnice o tem obvesti sodišče, izbranega osebnega zdravnika in odvetnika osebe ter odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom. Oseba je, lahko sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve in pred izdajo sklepa sodišča, če so podani pogoji za sprejem na zdravljenje proti volji ter kadar je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico. Sprejemni zdravnik v psihiatrični bolnišnici ob pregledu osebe in ob odločitvi za njeno zadržanje, osebo pouči o razlogih zadržanja ter obvesti najbližjo osebo, zakonitega zastopnika, zastopnika o sprejemu osebe v oddelek pod posebnim nadzorom ter direktorja psihiatrične bolnišnice. Slednji obvesti pristojno sodišče, ki sproži postopek sprejema brez privolitve v nujnih primerih. Sodišče v treh dneh izda sklep, s katerim odloči, da se: osebo zadrži v oddelku pod posebnim nadzorom, osebo odpusti iz oddelka pod posebnim nadzorom, osebi odredi sprejem v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda ali osebi odredi nadzorovana obravnava.

V Italiji zdravljenje oseb z zmanjšano ali odvzeto poslovno sposobnostjo ureja zakon tako imenovani Basagliev zakon, ki v 32. členu prepoveduje kakršnokoli terapevtsko intervencijo brez zavestnega soglasja osebe. Ukrepi prisilnega zdravljenja so dovoljeni le v izrednih primerih. Prisilno zdravljenje se lahko izvede, le če ga določi župan (lokalna zdravstvena avtoriteta) pacientu s težavami v duševnem zdravju, vendar samo na utemeljen predlog zdravnika. Bolnišnična obravnava je dovoljena samo v primerih, ko je nujno potrebna in ko ni drugih možnosti ali načinov za izvajanje zdravstvenega varstva. V tem primeru mora biti zdravnikov predlog potrjen s strani zdravnika specialista iz bolnišnice. Ukrep župana, ki odobri sprejem bolnika v prisilno zdravstveno oskrbo, mora biti sporočen okrajnemu sodniku skrbniku najkasneje v 48 urah po sprejemu. Sodnik mora nato v 48 urah o upravičenosti županovega ukrepa ter ga potrditi ali ovreči. Opustitev obveščanja, ki ga predvideva zakon, predstavlja prenehanje kakršnegakoli ukrepa ali odločitve ter pomeni kaznivo dejanje opustitve sodnih postopkov, če seveda ne predstavlja celo suma na hujše kaznivo dejanje.

**Oba sistema (slovenski in italijanski) predvidevata nujno medicinsko pomoč tujemu državljanu, ne glede na status zavarovanja, torej tudi tujcu, ki doživi psihotični dogodek. V Sloveniji se najkasneje po zaključku akutne faze zdravljenja osebo premesti v oskrbo najbližji matični**

ustanovi v domovini, iz katere oseba prihaja. Pri organizaciji premestitve običajno sodeluje tudi veleposlaništvo države, iz katere oseba prihaja. Pri premestitvi je potrebno upoštevati poslovno sposobnost pacienta. Če mu je delno odvzeta, je potrebno preveriti, ali odločba sodišča predvideva, da se lahko o premestitvi odloča sam ali ne. V primeru odvzete poslovne sposobnosti, o premestitvi odloča skrbnik takega pacienta, v določenih primerih tudi s predhodno odločitvijo sodišča. V Italiji poslovno sposobna oseba vse svoje odločitve izrazi, zdravstveno osebje pa je dolžno te odločitve skrbno spoštovati in upoštevati. Ob omejeni ali odvzeti poslovni sposobnosti, je potrebno upoštevati odločitve skrbnika, v določenih primerih mora pred tem odločitev skrbnika potrditi sodnik.

Pri sprejemu državljanu Italije, ki doživi akuten (psihotični) dogodek v Sloveniji, psihiatrična bolnišnica postopa popolnoma enako kot pri sprejemu slovenskega državljanu. Če gre za nujno zdravljenje, se sprejem opravi skladno s protokolom, ki ga določa ZDZdr. O sprejemu bolnišnica obvesti veleposlaništvo države iz katere oseba prihaja. Po izvedbi ukrepov zdravljenja, ki zagotovijo stabilizacijo stanja pacienta in ko pacient ni več življenjsko ogrožen, zdravstveno osebje od pacienta pridobi potrebne administrativne podatke in dokumente, ki jih nato uporabi za obračun postopkov v okviru zdravstvene obravnave. Najkasneje po zaključku akutne faze zdravljenja se osebo premesti v oskrbo najbližji matični ustanovi v domovini, iz katere oseba prihaja. Pri organizaciji premestitve običajno sodeluje tudi veleposlaništvo države, iz katere oseba prihaja.

Če italijanski zavarovanec zahteva premestitev iz slovenskega zdravstvene ustanove v italijansko oskrbo, obstaja razlika glede na poslovno sposobnost osebe ter ali ji je bila le-ta omejena oziroma odvzeta.

Poslovno sposobna oseba vse svoje odločitve izrazi, zdravstveno osebje pa je dolžno te odločitve skrbno spoštovati in upoštevati. Ob omejeni ali odvzeti poslovni sposobnosti, je potrebno upoštevati odločitve skrbnika te osebe. V kolikor oseba ni sposobna odločati (to izhaja iz odločbe sodišča, ki določa odvzem ali omejitev poslovne sposobnosti), mora o tem odločati njen skrbnik. V primeru, ko je osebi poslovna sposobnost odvzeta, o prevozu odloči njen skrbnik, v določenih primerih mora pred tem odločitev skrbnika potrditi sodnik.

V povezavi z zavarovanjem je bilo potrebno opredeliti pravni in zavarovalni status italijanskih in slovenskih delavcev pri opravljanju dela v Sloveniji s posebnim poudarkom na izvajanju storitev v zdravstvenih službah in na domu kjer koli na območju EZTS pri obravnavi slovenskih ali italijanskih oskrbovancev zlasti glede prevoza in dajanja zdravil. Potrebno je bilo opredeliti razlike pri obravnavi pacientov glede odgovornosti zaposlenih v mešani skupini italijanskih in slovenskih zdravstvenih delavcev. Potrebna je bila usmeritev na morebitne specifične obveznosti glede prijave pri matični službi za italijanske oskrbovance, ki začasno bivajo v Sloveniji in so vključeni v rehabilitacije programe. Potrebno je bilo opisati obseg pravic in dostopnost za morebitne nezavarovane osebe pri zagotavljanju pravice do zdravstvene obravnave v Italiji in Sloveniji. Sklepni del je bil usmerjen v način beleženja opravljenih storitev in na protokole dela za osebe s težavami v duševnem zdravju.

**Naloge in odgovornosti delavcev med delom so v vsaki državi različno urejene, na ravni EU ni harmonizacije. Delodajalci oziroma nacionalni zakonodajalci morajo spoštovati zgolj mednarodne konvencije, bilateralne ali multilateralne sporazume ter drugo primarno zakonodajo EU, ki posredno ureja delovna razmerja oziroma status delavca in odgovornost delodajalca. Zavarovanje odgovornosti zdravstvenih delavcev je zelo podobno in je zakonsko urejeno. Pri delu izven matične države zavarovanje ne krije primera škode ali nesreče.**

Problematika zavarovanja odgovornosti zdravstvenih delavcev, predvsem zdravnikov, je zelo podobna. V Sloveniji je zavarovanje za odgovornost zdravnika pri delu obvezno na podlagi določila Zakona o zdravniški službi (ZZdrS), pri čemer se mora vsak zdravnik zavarovati sam. V kolikor je zaposlen, ga zavaruje delodajalec. Zavarovalnice ponujajo različne pakete zavarovanj, nekatera zavarovanja krijejo

tudi škode, ki bi nastale pri zdravniku, ki sicer redno dela v Sloveniji, občasno pa tudi v državah članicah EU. Oblika dela je lahko pogodbeno ali izjemna, ko se zdravstveni delavec znajde v situaciji, ko rešuje pri nesreči v tujini. V Sloveniji nekatere zavarovalnice ponujajo pakete zavarovanj, ki v določenem obsegu pokrivajo tudi tujino, predvsem EU.

Italijanski zdravstveni delavec kateregakoli profila lahko dela v Sloveniji oziroma tujini, samo če ima licenco za delo, ki se mora redno obnavljati. Z vidika področja strokovnih aktivnosti, jih strokovnjak iz Italije ne more izvajati izven svoje države, saj zavarovanje ne krije primera škod ali nesreč. Režim delovnega razmerja in odgovornosti zaposlenega zdravstvenega delavca iz Italije, ki dela v drugi državi članici EU, je popolnoma določen z zakonodajo te države članice. Sicer še vedno obstaja možnost določitve sporazumov in konvencij, ki prinašajo tudi delitev osebja organizacij, struktur, ki so medsebojno povezane.

Med Slovenijo in Italijo, ki sta članici EU, obstajajo posebni pogoji o medsebojnem priznavanju poklicnih kvalifikacij pri opravljanju poklicev v zdravstveni dejavnosti, ki so znotraj EU posebno regulirani poklici. V obeh državah poteka priznavanje poklicnih kvalifikacij po sistemu »Evropske poklicne izkaznice«.

**V obeh državah so zdravstveni delavci kazensko in civilno odgovorni, v Sloveniji tudi moralno ter v Italiji upravno. Na ravni EU glede ni harmonizacije glede odgovornosti. Delodajalci oziroma nacionalni zakonodajalci morajo spoštovati zgolj mednarodne konvencije, bilateralne ali multilateralne sporazume ter drugo primarno zakonodajo EU, ki posredno ureja delovna razmerja oziroma status delavca in odgovornost delodajalca.**

V Sloveniji lahko zdravstveni delavec samostojno opravlja vsako delo, za katero ima ustrezno izobrazbo in je zanj usposobljen ter ima na razpolago ustrezno opremo. Za svoje delo prevzema etično, strokovno, kazensko in materialno odgovornost. Zdravniki in vsi zdravstveni delavci morajo zdravstveno dejavnost opravljati v skladu s profesionalnimi standardi in veljavno zdravstveno doktrino oziroma z drugimi strokovnimi medicinskimi in etičnimi. Zdravnik v Sloveniji nosi tri vrste odgovornosti: kazenskopravno, odškodninsko (civilnopravno) in moralno. Kazensko zdravnik odgovarja, če so izpolnjeni znaki kaznivega dejanja malomarnega zdravljenja ali opravljanja zdravstvene dejavnosti po določbah Kazenskega zakonika (KZ). Odškodninska odgovornost zdravnika izhaja iz obligacijskega razmerja med bolnikom in zdravnikom po določbah Obligacijskega zakonika (OZ). Moralna odgovornost je najširše zastavljena odgovornost. Deluje na podlagi vesti, prepuščena je osebni presoji. Zdravstveni delavec, državljani države članice EU, držav EGP ali Švicarske konfederacije, lahko opravlja zdravstvene storitve, občasno ali začasno, na podlagi prijave v skladu z Direktivo 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij.

V Italiji zajema kodeks odgovornosti zdravstvenega osebja celostno zagotavljanje zdravstvene oskrbe osebi, ki potrebuje zdravniško pomoč. Odgovornost se ne razlikuje glede na dele v poteku zdravljenja, starost ali nacionalnost bolnika. V primeru zasebnega strokovnjaka (sem sodijo tudi koncesionarji), odgovornosti izhajajo iz civilnega in kazenskega prava, v primeru fizične osebe v javnem sektorju pa se obema odgovornostma doda še odgovornost iz upravnega prava. Zdravstveni delavec nosi civilno, kazensko in upravno odgovornost. Civilna odgovornost bremeni tistega, ki je s svojim dejanjem ali opustitvijo dejanja drugim povzročil nepotrebno škodo. Storilec lahko ravna nenamerno (malomarno), torej drugim povzroči škodo z nepazljivim, neizkušenim ali nestrokovnim obnašanjem, ali pa ravna namerno, torej z zavedanjem, da bo njegovo obnašanje lahko poseglo v pravice drugih in povzročilo škodo. V teh primerih mora tisti, ki je škodo povzročil, to tudi kriti. Oseba, ki je utrpela škodo pri zdravstveni oskrbi v državi članici EU, ima pravico zahtevati povračilo škode in slediti protokolom ter sodnim praksam te države, ne more pa tega zahtevati v državi, ki je nosilka zavarovanja, tudi v primeru, ko je bila storitev predhodno odobrena. Kazenska odgovornost je osebna odgovornost in bremeni tistega, ki je z opravljenim ali opuščenim dejanjem zagrešil zločin. Upravno odgovornost nosi javni uslužbenec, ki je povzročil škodo javni upravi, ko je ta morala priznati škodo tretji osebi zaradi njegovega

namernega ali nenamernega napačnega ravnanja. Na splošno pa velja, da mora vsak, ki izvaja kateregakoli od poklicev zdravstvenega varstva, v kakršnikoli vlogi, tako v javnih kot zasebnih zdravstvenih ali socialno-zdravstvenih ustanovah, poskrbeti za spoštovanje določila, ki zahteva sklenitev ustrezne zavarovalne police za kritje primera hude malomarnosti.

**Specifičnih obveznosti glede prijave pri matični službi za italijanske oskrbovance, ki začasno bivajo v tujini (Slovenija) in so vključeni v rehabilitacije programe ni, saj v primeru, če gre zavarovana oseba v državo članico EU z namenom zdravljenja ali rehabilitacije, se privzema, da je že vključena v proces zdravljenja, ki je skladen v veljavnimi predpisi, torej so njeni podatki že ustrezno posredovani.**

**V obeh državah je problem nezavarovane osebe praktično fiktiven, saj ima vsaka oseba v obeh državah pravico do tako imenovanega osnovnega paketa storitev, ki ga v Italiji krije nacionalna služba, v Sloveniji pa Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). V izjemnih primerih kontakta nezavarovane osebe iz Slovenije v Italiji oziroma osebe iz Italije v Sloveniji, stroške krije Ministrstvo za zdravje Slovenije oziroma regionalni proračun Furlanije-julijske krajine.**

V Sloveniji mora izvajalec zdravstvenih dejavnosti pri oskrbi državljanu EU, ki nima dokazil o veljavnem zdravstvenem zavarovanju oziroma ni zavarovan, posredovati ZZZS vlogo, da preverijo zavarovalni status osebe preko pristojnega nosilca v drugi državi članici EU. V kolikor je iz odgovora ZZZS razvidno, da oseba nima urejenega zdravstvenega zavarovanja v svoji državi, posreduje izvajalec račun za nujno zdravljenje, skupaj z vsemi dokazili, na Ministrstvo za zdravje. V primeru, da se ugotovi, da ima sprejeta tuja oseba sklenjeno zavarovanje pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, lahko bolnišnica zahteva povrnitev stroškov obravnave neposredno od ZZZS na podlagi mednarodnih konvencij. V primeru, da se ugotovi, da sprejeta tuja oseba nima sklenjenega zavarovanja pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja in gre torej za nezavarovano osebo, zagotavlja Republika Slovenija iz proračuna sredstva za nujno zdravljenje oseb neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov RS s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v RS ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja. V primeru, da se tuja oseba sama odloči za prostovoljno zdravljenje v bolnišnici, bolnišnica zahteva povrnitev stroškov obravnave skladno z določili Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) ter Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki sta v naš pravni red prenesla Direktivo 2011/24/ES o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu oz. je takšna oseba lahko tudi samoplačnik storitev.

V Italiji imajo vsi zagotovljeno zdravstveno zavarovanje za obseg zdravstvenih storitev iz nacionalne zdravstvene službe. Zato naj se ne bi moglo zgoditi, da državljan Italije ne bi prejel zdravstvene oskrbe doma ali v tujini. Pravno ali zdravstveno stanje osebe nima vpliva na zagotavljanje financiranja zdravljenja. V Furlaniji-julijski krajini zdravstvene izdatke krije regionalni proračun. Ob oskrbi izven matične države je potrebno pacientom zagotoviti, da bodo stroški za zdravstveno varstvo kriti vsaj v višini zneska, ki bi bil zagotovljen za enako zdravstveno varstvo v državi članici zdravstvenega zavarovanja. Tako mora zavarovanec iz Furlanije-julijske krajine, ki gre v Slovenijo, prejeti enako kritje zdravstvenih storitev, ki bi jih prejel, če bi bile storitve izvedene v Furlaniji-julijski krajini. Zakon posebej opredeljuje sistem povračila stroškov, ki jih je imela zavarovana oseba pri zdravstvenih storitvah, za katere je predvidena predhodna odobritev. Ob tem je potrebno izpostaviti zakonsko uveljavljen sistem zasebnih prispevkov posameznika, zavarovanca, za zdravstvene stroške, ki se večinoma financirajo prek splošne obdavčitve. Sistem »ticket« je natančno opisan v celoviti analizi.

**Natančen prikaz strukture in povezave izvajalcev v zdravstvenih sistemih nakazuje bolj integrirano psihiatrično obravnavo, tako v vertikalni kot v horizontalni smeri v Italiji. Ob tem v**

## **Sloveniji povezava med različnimi nivoji in vzpostavljena mreža izvajalcev omogoča neprekinjeno psihiatrično oskrbo.**

Med državama obstaja pomembna razlika v sistemu financiranja, ki neposredno vpliva tudi na izvajanje programov. V Italiji imajo večinski nacionalni ali Beveridgeov model, kjer sredstva zagotavlja državni proračun. V Sloveniji pa je večinski zavarovalniški sistem ali Bismarckov model.

Najpomembnejša razlika med obema sistemoma izhaja iz leta 1978 sprejetega »Basaglievega zakona« v Italiji, katerega pomembna sprememba je bila zaprtje psihiatričnih bolnišnic. Italija je še vedno edina država v EU, ki je opustila psihiatrične bolnišnice. Posledica zakona je bila tako sprememba klinične vzpostavitve psihiatrične pomoči, izboljšanje medčloveških odnosov z osebjem in družbo, prepoznavanje pravic in kakovosti življenja pacientov.

V Sloveniji je mreža psihiatričnih ustanov zasnovana na treh ravneh, specialističnimi psihiatričnimi in pedopsihiatričnimi ambulantami na primarni in sekundarni, psihiatričnimi bolnišnicami in kliniko za psihiatrične bolezni. Navkljub postopnem vpeljevanju skupnostne psihiatrije, pomemben del obravnave predstavlja prav institucionalno psihiatrično zdravljenje.

V povezavi z zdravstveno zakonodajo je bilo potrebno opredeliti načine hrambe zaupnih podatkov ter načinov zbiranja soglasij. Opisati je bilo potrebno način predpisovanja in odmerjanja psihiatričnih zdravil v luči kompetenc strokovnega osebja, ki je vključeno v obravnavo oseb s težavami v duševnem zdravju v Italiji in Sloveniji. Predstaviti je bilo potrebno pristope k zdravljenju duševnih bolezni, od mreže služb in delovanja sistema na primarni in sekundarni ravni do povezovanja služb za duševno zdravje v skupnosti in s socialnimi službami ter obseg in način zagotavljanja zdravstvenih storitev in možnost povračila stroškov obravnave bodisi v okviru obeh zdravstvenih sistemov za osebe s težavami v duševnem zdravju. Nenazadnje je bilo potrebno poudariti pravne in strokovne podlage in protokole sprejema oseb na zdravljenje proti volji v obeh državah.

**Za zapis konkretnih predlogov o možnih načinih hrambe zaupnih podatkov s strani skupne ekipe in načinov zbiranja soglasij, tudi v zvezi z obdelavo osebnih podatkov, bo potrebno počakati na določbe novega Zakona o varstvu osebnih podatkov (ZVOP) v Republiki Sloveniji, prav tako pa počakati na uskladitev italijanskega zakona z določbami uredbe GDPR. Vsekakor GDPR predstavlja pravno podlago, ki bo v veliki meri poenotila upravljanje osebnih (tudi zdravstvenih) osebnih podatkov. In ko bodo znane vse pravne podlage (slovenske in italijanske) bo možno podati predloge, kako bi lahko to področje uredili v primeru enotnega centra v Gorici (Italiji).**

Tako slovenska kot italijanska zakonodaja urejata področje varstva osebnih podatkov v zakonu o varstvu osebnih podatkov.

Obe državi sta zavezani tudi pravilom Evropske unije na področju varstva osebnih podatkov. To pomeni, da v obeh državah začne veljati Uredba GDPR dne 25. maja 2018. Do takrat morata obe državi prilagoditi pravila dosedanje zakonodaje z določbami uredbe. Slovenski zakonodajalec pripravlja nov ZVOP, prav tako italijanski zakonodajalec napoveduje spremembe obstoječega zakona o varstvu osebnih podatkov. Za lažje razumevanje sprememb, so v celoviti analizi povzete vse bistvene novosti, ki jih prinaša uredba GDPR, s poudarkom na ureditvi področja varstva občutljivih osebnih podatkov, tj. zdravstvenih podatkov posameznikov.

**Predpisovanje psihiatrične terapije v Sloveniji in Italiji se s strokovnega stališča ne razlikuje, saj v obeh državah poteka v skladu s strokovnimi smernicami, ki so implementirane na podlagi mednarodno veljavnih smernic. Predpisovanje je neodvisno od tega ali gre za zdravljenje državljana matične države ali tujega državljana. Seveda se pri predpisovanju zdravil upošteva izključno natančno dorečena slovenska oziroma italijanska zakonodaja na področju predpisovanja zdravil, ki onemogoča morebitne zaplete.**

Predpisovanje psihiatrične terapije v Sloveniji se izvaja v skladu s strokovnimi smernicami na podlagi mednarodno veljavnih smernic in je neodvisno od tega ali gre za zdravljenje slovenskega ali tujega državljan. Pri predpisovanju zdravil v RS se upošteva izključno slovenska zakonodaja.

Zakoni in podzakonski akti določajo obseg nujnega zdravljenja in vrsto neodložljivih zdravstvenih storitev, do katerih so upravičene nezavarovane osebe, zato tudi tujci. V ta okvir sodijo tudi zdravila, predpisana na recept s pozitivne liste v predpisanem obsegu, standardih in normativih.

Osebe s stalnim prebivališčem v tujini, izven Slovenije, so lahko vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, če so na izobraževanju ali izpopolnjevanju v Republiki Sloveniji, v Republiki Sloveniji opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic ter osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso obvezno zavarovane iz drugega naslova. Zanje veljajo enaka pravila kot za vse obvezno zavarovane prebivalce Slovenije.

Nezavarovane osebe, tudi tujci, ki potrebujejo nujno medicinsko pomoč imajo ob tem tudi pravico do zdravljenja v smislu predpisovanja in odmerjanja zdravil zavarovane osebe. Nujna medicinska pomoč vključuje storitve oživljanja, storitve potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih. Storitve se zagotavljajo do stabilizacije življenjskih funkcij oziroma do začetka zdravljenja na ustreznem mestu. Nujni reševalni prevozi so vključeni v storitve nujne medicinske pomoči. Posebno bi izpostavili pravico do zdravil, predpisanih na recept s pozitivne liste, ki so potrebna za zdravljenje.

Tudi v primeru tujcev, ki pridejo na zdravljenje v Republiko Slovenijo na podlagi mednarodnih pogodb in Direktive 2011/24/ES o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu, se za izvajanje zdravljenja in predpisovanja ter odmerjanja zdravil uporablja izključno slovenska zakonodaja.

Celoten postopek predpisovanja in odmerjanja zdravil v Republiki Sloveniji ureja Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini. Natančno je opisan v slovenskem delu celovite analize. Ob celotni strukturi in postopkih predpisovanja, določa pooblaščen osebe za predpisovanje zdravil na zdravniški recept za uporabo v humani medicini, ki so po zakonu samo zdravniki z licenco.

Tudi v Italiji poteka predpisovanje in odmerjanje zdravil na podlagi mednarodnih smernic, zdravstveno osebe pa mora ravnati enako, ne glede na poreklo posameznega pacienta. Glede ustreznosti in enakosti pri zdravstveni oskrbi, pa ima zavarovanec pravico do zdravstvene oskrbe v državi članici EU v enaki meri kot kdorkoli s to pravico in se ga oprostijo z zdravljenjem povezanih stroškov skladno z določbami lastne države članice.

Vsaka zavarovana oseba v državi članici prejme zdravljenje v taki obliki, kot ima pravico v lastni državi članici, kjer ima sklenjeno zdravstveno zavarovanje (neposredna ali posredna pomoč), v državi članici pa mora tudi prejeti enako obravnavo kot jo zagotavljajo svojim zavarovanim državljanom za zdravniško pomoč in zdravljenje. Potrebno pa je upoštevati, da se zdravstveno varstvo izvaja na nacionalnem ozemlju, skladno z etičnimi odločitvami, ki so lastne italijanski državi in skladno z načeli univerzalnosti, ki zagotavlja dostop do kakovostne, enake in solidarne oskrbe.

V primeru predpisovanja zdravil v čezmejnem zdravstvenem sistemu obstajajo specifičnosti. Izpostavimo predvsem primere, ko pacient prejme recept v tujini s strani zdravnika druge države, ne glede na zaključek zdravljenja z zdravilom, ki se lahko zaključi v tujini ali Italiji. Ob preverbi, če je bilo predpisovanje recepta skladno z direktivo 2011/24/ES, je posebna pozornost namenjena ugotavljanju, ali se ni pacient preselil zgolj z namenom prejetja določenega zdravila. Posebno so opredeljeni tudi primeri bolnikov, ki predvidevajo bivanje v tujini z recepti predpisanimi s strani italijanskega zdravnika oziroma tistih z odobrenim potovanjem v drugo državo članico EU z namenom bolnišničnega ali

ambulantnega zdravljenja ter zavarovanih oseb v drugi državi članici EU z zahtevo po izdaji zdravila na recept iz matične države članice.

Trenutno v Italiji ne prepoznavajo večje težave na področju, saj tudi državljani zdravila plačajo, povračilo pa zahtevajo v svoji državi.

**Med državama ne obstajajo pomembne razlike v kompetencah strokovnega osebja pri izvajanju zdravstvenih intervencij oziroma obravnav oseb s težavami v duševnem zdravju saj je zdravstvena dejavnost posebno regulirana dejavnost. V EU morajo vsi zaposleni, zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, izpolnjevati zakonsko določene pogoje, ki so usklajeni z Direktivo 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij.**

Zdravstvena dejavnost je regulirana dejavnost, zato morajo zaposleni izpolnjevati zakonsko določene pogoje, ki so v EU usklajeni z Direktivo 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij.

V Sloveniji je zahtevana poklicna kvalifikacija, torej delovna, poklicna in strokovna usposobljenost, za opravljanje posameznega poklica ali sklopa nalog v okviru poklica glede na določene ravni zahtevnosti opisane v seznamu poklicev v zdravstveni dejavnosti, iz katerega izhajajo kvalifikacije, delovna področja, poklicna dejavnost, torej kompetence. Natančen opis vseh vključenih zdravstvenih delavcev in sodelavcev je natančno opisan v tabelah, ki so sestavni del celovite analize

Poklicna kvalifikacija diplomirane medicinske sestre obsega področja: promocija zdravja, zdravstvena vzgoja in učenje za razumevanje povezav med načinom življenja in zdravja, za razumevanje zdravstvenih problemov in procesov za krepitev, doseganje in ohranjanje zdravja; organiziranje, vodenje in nadziranje dejavnosti ter službe zdravstvene nege; vodenje negovalnega tima; izvajanje zdravstvene nege na podlagi negovalne anamneze, negovalne diagnoze in postavljenih ciljev zdravstvene nege ter v okviru nujne medicinske pomoči,; sodelovanje v procesu zdravljenja v okviru zdravstvenega tima ter izvajanje diagnostično terapevtskih programov; spremljanje izidov in učinkov intervencij zdravstvene nege in dokumentiranje; interdisciplinarno in multisektorsko povezovanje za zagotavljanje kakovostne obravnave bolnika; pedagoško delo za obnavljanje lastnega kadra in raziskovalno delo v zdravstveni negi in zagotavljanje kakovosti.

Socialni delavec nudi prvo socialno pomoč kot pomoč pri prepoznavanju socialne problematike in iskanju možnih rešitev; osebno pomoč kot svetovalno pomoč posamezniku in pomoč družini in pomoč na domu, kjer socialni delavci koordinirajo različne vrste pomoči (gospodinjstvo, zdravstvena nega, socialna oskrba), ki jih uporabniki v primeru starosti, invalidnosti ali bolezni potrebujejo na svojem domu v zameno za institucionalno varstvo.

V Italiji so kompetence zakonsko urejene z uredbo 1324-B »Pooblastilo Vladi o kliničnem preizkušanju zdravil in določbah o reorganizaciji zdravstvenih poklicev za zdravstveno vodenje Ministrstva za zdravje«. Natančen prikaz za vključene vse strokovnjake v zdravljenje oseb s težavami v duševnem zdravju je opisan v celoviti analizi

Medicinska sestra je usposobljena in odgovorna za nudenje preventivne, kurativne, paliativne in rehabilitacijske zdravstvene nege ter izobraževanja. Ob tem opravlja naloge preprečevanja bolezni, skrbi za bolne in invalide vseh starosti, zdravstveno vzgojo in usposabljanje podpornega osebja ter neposredno prispeva k posodabljanju znanja s tega področja ter k raziskavam. Kompetence medicinske sestre se nanašajo na obvladovanje zdravstvenih težav posameznika in družbe. Diplomanti zdravstvene nege sodelujejo pri prepoznavanju zdravstvenih težav posameznikov in skupine, prepoznavajo potrebe po pomoči in oblikujejo cilje – osnujejo, vodijo in ocenjujejo intervencijo zdravstvene nege, zagotavljajo pravilno izvajanje predpisane diagnoze in terapije, delajo tako samostojno kot v sodelovanju z drugimi zdravstvenimi delavci, kjer je potrebno pa tudi s podpornim osebjem.

Socialni delavec opravlja strokovno avtonomne in presojevalne aktivnosti v vseh fazah socialnega ukrepanja za preventivo, podporo in rehabilitacijo oseb, družin, skupin in družbe v neugodnih okoliščinah, ko je potrebna pomoč. To dela tudi s promocijo in sodelovanjem s prostovoljskimi organizacijami ter tretjim sektorjem; izvaja naloge upravljanja in sodelovanja pri organizaciji in načrtovanju, usklajevanju in usmerjanju specifičnih posegov na področju socialnih politik in storitev; prepozna podpirne mreže osebe in njenega domačega ter širšega okolja, ki jih lahko uporabi za reševanje problema; poroča pristojnemu pravosodnemu organu v primerih prepoznane zlorabe, slabega ravnanja in drugih kaznivih dejanj; usklajuje in upravlja ekonomske vire socialnega servisa; izvaja aktivnosti informiranja in komuniciranja glede obsega socialnih servisov in pravic njihovih uporabnikov; izvaja izobraževalno aktivnost, povezano s socialnimi storitvami in opravlja nadzor nad pripravnostvom študentov socialnega dela ter izvaja aktivnosti zbiranja in obdelovanja socialnih in psiho-socialnih podatkov z namenom raziskovanja.

**Mreža psihiatrične obravnave v Italiji je usmerjena v neinstitucionalno in v lokalno okolje vpeto integrirano psihiatrično obravnavo. V Sloveniji je pomembna institucionalna psihiatrična obravnava, ki s povezanostjo med različnimi nivoji omogoča neprekinjeno psihiatrično oskrbo. Uvajanje skupnostne psihiatrične oskrbe približuje obravnavo lokalnemu okolju.** Strokovni in klinični pristopi pri obravnavi v obeh državah so primerljivi in v skladu z mednarodnimi smernicami. Razlike izhajajo predvsem iz modela financiranja in obstoja psihiatričnih bolnišnic.

V Sloveniji je večinski zavarovalniški sistem ali Bismarckov model. Vloga institucionalnega psihiatričnega zdravljenja je zelo pomembna, vzpostavljene so povezave med različnimi nivoji, od primarne preko sekundarne do terciarne ravni, omogočena je varna obravnava bolnikov, ki je z mrežno pokritostjo zagotovljena neprekinjeno.

V Italiji pa imajo večinski nacionalni ali Beveridgeov model, kjer sredstva zagotavlja državni proračun.

V Italiji so v skladu z 1978 sprejetim »Basaglievim zakonom« v zaprli psihiatrične bolnišnice, pri čemer se je z reorganizacijo celotne oskrbe zagotovila celostna in v okolje integrirana obravnava bolnikov z duševnimi motnjami.

**V obeh državah je področje duševnih bolezni urejeno univerzalno, storitve so plačila proste. V Sloveniji je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v celoti in brez doplačil v primeru duševnih bolezni, posebno je urejeno področje zdravljenja in nege otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Tudi v Italiji so vse pravice državljanov s področja duševnega zdravlja brezplačna, tudi sprejemi v bolnišnice.**

V Sloveniji je krovni zakon na področju zdravstvenega zavarovanja ZZVZZ. Po ZZVZZ so vse osebe s stalnim bivališčem v Sloveniji in slovenskim državljanstvom ter vse osebe, ki se ukvarjajo s pridobitno dejavnostjo na območju Republike Slovenije, obvezno zdravstveno zavarovani (OZZ). Za delež kritja zdravstvenih storitev v celoti se oseba lahko prostovoljno zavaruje pri zasebni zavarovalnici ali pa razliko krije sama. OZZ zagotavlja plačilo zdravstvenih storitev, nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. Po zakonu ni nezavarovanih oseb, obstajajo le take, ki tega statusa nimajo urejenega.

Z OZZ je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo nekaterih zdravstvenih storitev v celoti (100 %) in brez doplačil. Plačilo zdravstvenih storitev se zagotavlja v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravljenje in rehabilitacijo: otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo; otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov; zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, **duševnih bolezni**, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze ter zdravila in živila za posebne

zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju.

Področje duševnih bolezni je v ZZVZZ specifično urejeno na področju zavarovanih oseb in njihovih pravic. 15. člen opredeljuje posebno kategorijo zavarovancev. Zavarovanci po tem zakonu so: osebe s stalnim prebivališčem v RS, ki prejemajo nadomestilo po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb (ZDVDTP), če niso zavarovane iz drugega naslova). 17. člen opredeljuje zavarovanje za poškodbo pri delu in poklicnih boleznih. Za poškodbo pri delu in poklicno bolezen so zavarovani tudi: otroci in mladostniki z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otroci in mladostniki z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov pri praktičnem pouku v organizacijah za usposabljanje ali na obveznem praktičnem delu). V 30. členu pa je opredeljena pravica do nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana, traja v posameznem primeru največ do sedem delovnih dni, za otroke do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka pa do 15 delovnih dni. Kadar to terja zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko pristojni imenovani zdravnik izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila, vendar največ do 30 delovnih dni za nego otrok do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka oziroma do 14 delovnih dni za nego drugih ožjih družinskih članov.

Ob tako opredeljenih pravicah naj bi imeli bolniki z duševnimi motnjami vse storitve krite v celoti, vendar pravila ZZS o kritju zdravljenja in rehabilitacije duševnih bolezni v okviru OZZ postavljajo posebne pogoje. Zdravnik, ki vodi in spremlja bolnika, prilagaja šifriranje po MKB 10 glede na potek bolezni. Tako se tudi prilagaja način obračuna storitev in način doplačila na receptnem obrazcu. Določitev plačnika storitev in zdravil temelji na diagnozi, ne na vrsti predpisanega zdravila. To ustrezno vpliva na kritje zdravstvenih storitev v EU na podlagi mednarodnih direktiv.

V Italiji so zakonsko vsi državljani zavarovani, zato je ob morebitno opravljenih storitvah v državah članicah pacientom zagotovljeno kritje stroškov vsaj v višini zneska, ki bi bil zagotovljen za enako zdravstveno varstvo v državi članici zdravstvenega zavarovanja. V praksi pomeni, da se zavarovani osebi iz Dežele Furlanije-Juljske krajine (FJK), ki je deležna zdravstvenega varstva v Sloveniji, krijejo stroški v enaki višini, kot če bi bila deležna zdravstvenega varstva v Deželi FJK (pri čemer obratno velja za zavarovano osebo iz Slovenije, ki je deležna zdravstvenega varstva v Deželi FJK).

Vse pravice državljanov s področja duševnega zdravja so brezplačno zagotovljene. Antipsihotiki so v FJK brezplačni in jih distribuirajo centri za duševno zdravje v skupnosti. Tudi anksiolitiki so brezplačni, a le za obdobje do dveh mesecev, nato jih mora predpisati specialist družinske medicine, bolnik pa plača »ticket«. Sprejemi v bolnišnice so prosti plačila, opravijo jih na specialističnih oddelkih splošnih bolnišnic ali v centrih za duševno zdravje. V FJK imajo tri oddelke za diagnostiko in zdravljenje duševnih bolezni v splošnih bolnišnicah. Oddelki za duševno zdravje imajo svoj proračun za rehabilitacijske dejavnosti. Centri za duševno zdravje pa delujejo neprekinjeno, v FJK imajo ti centri skupno 8 postelj. V povezavi z regionalnimi oblastmi pridobijo podatke socialnih služb občin pri rehabilitacijskih programih za bolnike z "visokim tveganjem" ob težjih oblikah bolezni in možnostjo marginalizacije ali bolnikov s pravnimi težavami. Za te vrste bolnikov ni posebnih bolnišnic, zanje skrbi pristojna lokalna služba.

V primeru, da strošek zdravstvenega varstva v državi članici zdravljenja presega višino stroškov, ki jih krije država članica zdravstvenega zavarovanja, se lahko slednja kljub temu odloči, da bo v celoti povrnila stroške čezmejnega zdravstvenega varstva. Država članica zdravstvenega zavarovanja se lahko odloči povrniti tudi druge povezane stroške, ne le stroškov, ki so predvideni za zdravstveno varstvo, in sicer stroške nastanitve, potne stroške ali dodatne stroške invalidnih oseb, ki potrebujejo oskrbo. Stroški, ki jih ima zavarovana oseba, ki prejme čezmejno zdravstveno varstvo, se zavarovani osebi povrnejo, v kolikor zadevno varstvo sodi med storitve, do katerih je zavarovana oseba upravičena v državi članici zdravstvenega zavarovanja. Država članica določi, pri katerih storitvah je

pacient upravičen do povračila stroškov ter višino povračila, ne glede na to, kje je zdravstveno varstvo zagotovljeno.

Z vidika stroškov, ki jih v Italiji nosi zavarovanja oseba (in s tem tudi oseba v Furlaniji-Juljski krajini), je predvidena delitev stroškov zdravstvenega varstva s plačilom »ticket«, ki je določena na regionalni ravni in se lahko razlikuje glede na določene vrste patologije ali dohodkovni razred. Ta sistem se uporablja tudi za zavarovano osebo v primeru zdravstvenih storitev, ki jih prejme v državi članici zdravljenja in ne v državi članici pacientovega zdravstvenega zavarovanja. Celoten sistem je natančno opredeljen v celoviti analizi. V FJK je strošek zdravstvene oskrbe krit iz regionalnega proračuna.

**Problematika zdravljenja osebe z zmanjšano ali odvzeto poslovno sposobnostjo je v Sloveniji in Italiji zakonsko urejena, predvsem ukrep prisilnega zdravljenja. Podaja predloga v Sloveniji je širše zastavljena, v obeh državah pa o upravičenosti ukrepa odloča sodišče.**

ZDZdr ureja sprejem na zdravljenje brez privolitve, ki se opravi bodisi na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, ali v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča. Predlog za sprejem osebe v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve pri pristojnem sodišču poda izvajalec psihiatričnega zdravljenja, center za socialno delo, koordinator nadzorovane obravnave, najbližje osebe ali državni tožilec. Sodišče odredi pregled izvedenca psihiatrične stroke, ki v treh dneh poda mnenje o zdravstvenem stanju ter oceno možnosti zdravljenja v nadzorovani obravnavi oziroma obravnave v varovanem oddelku. Ob izpolnjenih pogojih, sodišče odloči, da se osebo sprejme v oddelek pod posebnim nadzorom in določi tudi čas zadržanja, ki ne sme biti daljši od šestih mesecev, ter psihiatrično bolnišnico, ki naj osebo sprejme. V kolikor se oseba ne javi na sprejem, direktor psihiatrične bolnišnice o tem obvesti sodišče, izbranega osebnega zdravnika in odvetnika osebe ter odredi prevoz osebe z reševalnim vozilom. Oseba je lahko sprejeta na zdravljenje v oddelek pod posebnim nadzorom brez privolitve in pred izdajo sklepa sodišča, če so podani pogoji za sprejem na zdravljenje proti volji ter kadar je zaradi narave duševne motnje osebe nujno potrebno, da se ji omeji svoboda gibanja oziroma preprečijo stiki z okolico. Sprejemni zdravnik v psihiatrični bolnišnici ob pregledu osebe se ob odločitvi za zadržanje, osebo pouči o razlogih zadržanja ter obvesti najbližjo osebo, zakonitega zastopnika, zastopnika o sprejemu osebe v oddelek pod posebnim nadzorom ter direktorja psihiatrične bolnišnice. Slednji obvesti pristojno sodišče, ki sproži postopek sprejema brez privolitve v nujnih primerih. Sodišče v treh dneh izda sklep, s katerim odloči, da se: osebo zadrži v oddelku pod posebnim nadzorom, osebo odpusti iz oddelka pod posebnim nadzorom, osebi odredi sprejem v varovani oddelek socialno varstvenega zavoda ali osebi odredi nadzorovana obravnava.

V Italiji zdravljenje oseb z zmanjšano ali odvzeto poslovno sposobnostjo ureja zakon 180/1978 (tako imenovana "Legge Basaglia", Basaglijev zakon), ki v 32. členu prepoveduje kakršnokoli terapevtsko intervencijo brez zavestnega soglasja osebe. Prisilno zdravljenje se tako lahko izvede, če ga določi župan na utemeljen predlog zdravnika. Sprejem v bolnišnico pa samo v izjemnih primerih s potrditvijo predloga s strani zdravnika specialista iz bolnišnice. Ukrep župana mora bit v 48 urah sporočen okrajnemu sodniku, ki mora v 48 urah odločiti o upravičenosti ukrepa župana.

V povezavi z delom in socialnimi ukrepi, je bilo potrebno predstaviti predpise s področja delovnih centrov in zaposlitve v zadrugah. Ob tem je bilo potrebno opredeliti predpisovanje zdravil in izvajanje terapevtskih ukrepov.

**Tako slovenska kot italijanska predvidevata možnost ustanovitve pravnega subjekta, ki omogoča zaposlitev za osebe z duševno motnjo v okviru zakonsko določenih pogojev. Vsaka država predpisuje možne statusne oblike pravnih subjektov, v okviru katerih se lahko izvajajo storitve za osebe z duševno motnjo. V Italiji govorimo o socialnih podjetjih, v Sloveniji pa o dnevno varstvenih centrih. Cilji in nameni so primerljivi med državama.**

Skladno z načelom EU o prostem pretoku blaga, storitev, ljudi in kapitala, je zagotovljena pravica do dela v tuji državi, bodisi italijanskega državljan v Sloveniji, bodisi slovenskega državljan v Italiji, pod pogoji, ki jih določa zakonodaja glede zaposlovanja tujcev ter pod pogoji posamezne države, ki opredeljuje pogoje za vključitev osebe z duševno motnjo v tako obliko varstva. Na podlagi Zakona o socialnem varstvu (ZSV), varstveni delovni center opravlja naloge vodenja in varstva ter organiziranja zaposlitev pod posebnimi pogoji za duševno in telesno prizadete odrasle osebe v Sloveniji. Poleg teh storitev, lahko varstveno delovni center opravlja tudi institucionalno varstvo odraslih duševno in telesno prizadetih oseb ter pomoč na domu družinam duševno in telesno prizadetih oseb. Vodenje, varstvo in zaposlitev pod posebnimi pogoji je organizirana oblika varstva, s katero se izpolnjujejo z ustavo in zakoni določene temeljne človekove pravice odraslih invalidnih oseb do storitve, ki tem osebam, v skladu z njihovimi sposobnostmi, daje možnost aktivnega vključevanja v družbeno življenje in delovno okolje ter opravljanje koristnega, vendar njihovim zmožnostim primerne dela.

Vodenje, varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji je organizirano in se izvaja tako, da uporabnikom omogoča ohranjanje pridobljenih in širitev novih znanj in delovnih spretnosti, pridobivanje novih socialnih in delovnih navad, uresničevanje lastnih idej in ustvarjalnosti, stimulira občutek koristnosti in samopotrditve. Storitve zagotavlja tudi druge oblike varstva, ki uporabnikom in njihovim družinam omogočajo delovno in socialno udejstvovanje.

Uporabnikom omogoča tudi nagrajevanje za opravljeno delo v skladu s splošnim aktom izvajalca. Upravičenci do storitve so osebe z motnjo ali več motnjami v duševnem razvoju. ZSV določa, da storitve socialnega varstva lahko opravljajo pravne in fizične osebe, če izpolnjujejo pogoje:

- I. Storitve, ki jih zakon določa kot javno službo, opravljajo v okviru mreže javne službe pod enakimi pogoji javni socialno-varstveni zavodi ter druge pravne in fizične osebe, ki pridobijo koncesijo na javnem razpisu.
- II. Storitve socialnega varstva zunaj mreže javne službe opravljajo pravne in fizične osebe, ki pridobijo dovoljenje za delo, ki ga daje in odvzame ministrstvo, pristojno za socialno varstvo.

Isti zakon določa, da lahko socialno-varstvene storitve opravlja zasebnik, ki izpolnjuje z zakonom določene pogoje.

V Italiji to področje ureja zakon 117/2017, to je »Kodeks tretjega sektorja«. Kodeks je vzpostavljen kot smernica za izvajanje dejavnosti, namenjene dobrobiti skupnosti in razvoju družbe z »zagotavljanjem ponovne ureditve in natančnega pregleda prevladujoče materialne dejavnosti v subjektih terciarnega sektorja«. Kodeks ureja različne tipe subjektov tretjega sektorja, kot so mreže združenj, fundacije, prostovoljske organizacije, humanitarne organizacije, društva za vzajemno pomoč in socialna podjetja, obenem pa tudi poziva druge subjekte k nekaterim regulativnim določbam.

Obliko socialnega podjetja lahko pridobijo vsi privatni subjekti, vključno s tistimi, ki so oblikovani v družbeniki strukturi, ki izvajajo stabilno in primarno podjetniško aktivnost, ki je v družbenem interesu, brez cilja dobička, ampak s ciljem družbene koristi, solidarnosti in družbene odgovornosti. Svojo dejavnost pa morajo izvajati odgovorno, transparentno, s spodbujanjem največje vključenosti zaposlenih, uporabnikov in drugih zainteresiranih javnosti.

Za socialna podjetja veljajo, kolikor so ustrezna, določila »kodeksa tretjega sektorja« (zakon 117/2017), za dele, ki jih pa ta ne ureja, pravila civilnega zakonika in določbe zakonov za urejanje posameznih področij dela, na katerem podjetje deluje.

Socialno podjetje na stalen in ključen način izvaja eno ali več poslovnih aktivnosti v javnem interesu z namenom zasledovanja civilnih, solidarnostnih in socialnih aktivnosti. Dojemajo se v javnem interesu, če se izvajajo v skladu s posebnimi predpisi, ki urejajo opravljanje dejavnosti na področju socialnega in

zdravstvenega varstva, kulturnih in umetniških dejavnosti, proizvodne dejavnosti s trajnostnimi metodami, itd. ali če, ne glede na osnovno dejavnost, zaposlujejo deprivilegirane delavce ali invalide.

**Predpisovanje psihiatrične terapije v Sloveniji in Italiji se s strokovnega stališča ne razlikuje, saj v obeh državah poteka v skladu s strokovnimi smernicami, ki so implementirane na podlagi mednarodno veljavnih smernic. Predpisovanje je neodvisno od tega ali gre za zdravljenje državljana matične države ali tujega državljana. Seveda se pri predpisovanju zdravil upošteva izključno natančno dorečena slovenska oziroma italijanska zakonodaja na področju predpisovanja zdravil, ki onemogoča morebitne zaplete. Problematika zdravljenja osebe z zmanjšano ali odvzeto poslovno sposobnostjo je v Sloveniji in Italiji zakonsko urejena, predvsem ukrep prisilnega zdravljenja. Podaja predloga v Sloveniji je širše zastavljena, v obeh državah pa o upravičenosti ukrepa odloča sodišče.**

V Sloveniji je predpisovanje ustrezne medikamentozne terapije sledi sprejetim strokovnim smernicam dejavnosti in je neodvisno od tega ali gre za zdravljenje slovenskega ali tujega državljana. Pri predpisovanju zdravil se upošteva izključno slovenska zakonodaja na področju predpisovanja zdravil, ne glede na državljanstvo bolnika. Posebno je opredeljen obseg nujnega zdravljenja in vrsta neodložljivih zdravstvenih storitev, do katerih so upravičene nezavarovane osebe, zato tudi tujci. Med temi zdravili so tudi zdravila, predpisana na recept s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje nujnih stanj ter medicinski pripomočki, potrebni za obravnavo stanj, ki so natančneje opredeljena v celoviti analizi, in sicer v obsegu, standardih in normativih, kot jih določajo pravila. Terapevtski postopki v institucionalnem zdravljenju potekajo v Sloveniji v psihiatričnih bolnišnicah na odprti enoti oddelka ali na oddelku pod posebnim nadzorom. Na slednjem se zdravljenje izvaja bodisi s privolitvijo osebe ali brez njene privolitve pod zakonsko določenimi pogoji. Sprejem na zdravljenje brez privolitve se opravi bodisi na podlagi sklepa sodišča, ki se izda po predlogu za sprejem v oddelek pod posebnim nadzorom, ali v nujnih primerih pred izdajo sklepa sodišča pod zakonsko določenimi pogoji.

Pri sprejemu tujega državljana, psihiatrična bolnišnica postopa popolnoma enako kot pri sprejemu slovenskega državljana. O sprejemu bolnišnica obvesti tudi veleposlaništvo države iz katere oseba prihaja. Po izvedbi ukrepov zdravljenja, ki zagotovijo stabilizacijo stanja pacienta in ko pacient ni več življenjsko ogrožen, zdravstveno osebe od pacienta pridobi potrebne administrativne podatke in dokumente, ki jih nato uporabi za obračun postopkov v okviru zdravstvene obravnave. Po zaključku akutne faze zdravljenja oziroma po oceni odgovornega zdravnika lahko tudi prej se osebo premesti v oskrbo najbližji matični ustanovi v domovini, iz katere oseba prihaja. Pri organizaciji premestitve običajno sodeluje tudi veleposlaništvo države, iz katere oseba prihaja.

V Italiji poteka predpisovanje in odmerjanje zdravil na podlagi nacionalnih smernic, zdravstveno osebe pa mora ravnati enako, ne glede na poreklo posameznega pacienta. Glede ustreznosti in enakosti pri zdravstveni oskrbi pa ima zavarovanec pravico do zdravstvene oskrbe v državi članici EU v enaki meri kot kdorkoli s to pravico in se ga oprosti z zdravljenjem povezanih stroškov skladno z določbami lastne države članice. V kolikor pacient prejme recept v tujini s strani zdravnika druge države, je potrebno preveriti, če je bilo predpisovanje recepta skladno z direktivo 2011/24/ES.

V Italiji so vse pravice državljanov s področja duševnega zdravja zagotovljene brezplačno. V Italiji se uporabljajo nacionalno predpisani protokoli. Na področju zdravljenja z zdravili v Italiji je potrebno navesti nacionalne smernice o zgodnjem posredovanju pri shizofreniji, ki opredeljujejo vlogo farmakoloških zdravljenj pri ljudeh ob prvi psihotični epizodi. Antipsihotiki so v FJK brezplačni in jih distribuirajo centri za duševno zdravje v skupnosti. Tudi anksiolitiki so brezplačni, a le za obdobje do dveh mesecev, nato jih mora predpisati specialist družinske medicine, bolnik pa plača »ticket«. Sprejemi v bolnišnice so prosti plačila, opravijo jih na specialističnih oddelkih splošnih bolnišnic ali v centrih za duševno zdravje. V FJK imajo tri oddelke za diagnostiko in zdravljenje duševnih bolezni v splošnih bolnišnicah. Oddelki za duševno zdravje imajo svoj proračun za rehabilitacijske dejavnosti. Centri za duševno zdravje pa

delujejo neprekinjeno, v FJK imajo ti centri skupno 8 postelj. V povezavi z regionalnimi oblastmi pridobijo podatke socialni služb občin pri rehabilitacijskih programih za bolnike z "visokim tveganjem" ob težjih oblikah bolezni in možnostjo marginalizacije ali bolnikov s pravnimi težavami. Za te vrste bolnikov ni posebnih bolnišnic, zanje skrbi pristojna lokalna služba.

V skladu z Basagljevim zakonom se prisilno zdravljenje lahko izvede, če ga določi župan (lokalna zdravstvena avtoriteta) na podlagi utemeljenega predloga dveh zdravnikov. V kolikor je bolnišnična obravnava nujno potrebna in ni drugih možnosti ali načinov za izvajanje zdravstvenega varstva, mora biti zdravnikov predlog potrjen s strani zdravnika specialista iz bolnišnice. Znotraj 48 ur po sprejemu mora biti ukrep župana sporočen okrajnemu sodniku skrbniku, ki mora v 48 urah odločiti o upravičenosti županovega ukrepa.

### **Končni povzetek.**

V Sloveniji in Italiji je področje duševnih bolezni urejeno univerzalno, storitve so plačila proste. V Sloveniji je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v celoti in brez doplačil v primeru duševnih bolezni, pri čemer je v procesu zdravljenja za določene diagnoze potrebno doplačilo, kar določi zdravnik glede na diagnozo bolezni. Posebno je urejeno področje zdravljenja in nege otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju, ki je plačila prosto. Tudi v Italiji so vse pravice državljanov s področja duševnega zdravja brezplačne, enako velja tudi v primeru potrebe po bolnišnični obravnavi.

Organizacijska struktura in povezava izvajalcev v obeh zdravstvenih sistemih nakazuje bolj integrirano psihiatrično obravnavo v Italiji. Po veliki reformi psihiatrične dejavnosti je slednja v Italiji bolj povezana tako v vertikalni kot v horizontalni smeri. Mreža psihiatrične obravnave v Italiji je usmerjena v neinstitucionalno in v lokalno okolje vpeto integrirano psihiatrično obravnavo. V Sloveniji je pomembna institucionalna psihiatrična obravnava, ki s povezanostjo med različnimi nivoji in vzpostavljeno mrežo izvajalcev omogoča neprekinjeno psihiatrično oskrbo. Uvajanje skupnostne psihiatrične oskrbe približuje obravnavo lokalnemu okolju.

Morebitni problem z nezavarovano osebo je v obeh državah fiktiven, saj ima vsaka oseba pravico do tako imenovanega osnovnega paketa storitev, ki ga v Italiji krije nacionalna služba, v Sloveniji pa ZZZS. V izjemnih primerih kontakta nezavarovane osebe iz Slovenije v Italiji oziroma osebe iz Italije v Sloveniji stroške krije Ministrstvo za zdravje Slovenije oziroma regionalni proračun Furlanije-julijske krajine.

Ureditve problematike zdravljenja osebe z zmanjšano ali odvzeto poslovno sposobnostjo je v Sloveniji in Italiji zakonsko urejena, predvsem ukrep prisilnega zdravljenja. Poslovna sposobnost je primerljivo urejena v obeh državah, prav tako obe državi poznata institut skrbnika. Podaja predloga v Sloveniji je širše zastavljena, v obeh državah pa o upravičenosti ukrepa odloča sodišče, pri čemer je razlika med državama v tem, da v Italiji o predlogu zdravnika, da se za osebo odredi prisilno zdravljenje, predhodno odloči oziroma poda predlog župan, o tem predlogu pa odloči sodišče. V Sloveniji zakonodaja ne predvideva, da predlog poda župan oz. lokalna zdravstvena avtoriteta. Razlogi za prisilno zdravljenje so primerljivo urejeni v obeh državah.

Oba sistema predvidevata nujno medicinsko pomoč tujemu državljanu, ne glede na status zavarovanja, torej tudi tujcu, ki doživi psihotični dogodek. V Sloveniji se najkasneje po zaključku akutne faze zdravljenja osebo premesti v oskrbo najbližji matični ustanovi v domovini, iz katere oseba prihaja. Pri organizaciji premestitve običajno sodeluje tudi veleposlaništvo države, iz katere oseba prihaja. Pri premestitvi je potrebno upoštevati poslovno sposobnost pacienta. Če mu je delno odvzeta, je potrebno preveriti, ali odločba sodišča predvideva, da se lahko o premestitvi odloča sam ali ne. V primeru odvzete poslovne sposobnosti, o premestitvi odloča skrbnik takega pacienta, v določenih primerih tudi s predhodno odločitvijo sodišča. V Italiji poslovno sposobna oseba vse svoje odločitve izrazi, zdravstveno osebe pa je dolžno te odločitve skrbno spoštovati in upoštevati. Ob omejeni ali odvzeti poslovne

sposobnosti, je potrebno upoštevati odločitve skrbnika, v določenih primerih mora pred tem odločitev skrbnika potrditi sodnik.

Med državama ne obstajajo pomembne razlike v kompetencah strokovnega osebja pri izvajanju zdravstvenih intervencij oziroma obravnav oseb s težavami v duševnem zdravju saj je zdravstvena dejavnost posebno regulirana dejavnost. V EU morajo vsi zaposleni, zdravstveni delavci in zdravstveni sodelavci, izpolnjevati zakonsko določene pogoje, ki so usklajeni z Direktivo 2005/36/ES o priznavanju poklicnih kvalifikacij. V obeh državah so zdravstveni delavci kazensko in civilno odgovorni, v Sloveniji tudi moralno ter v Italiji upravno. Naloge in odgovornosti delavcev med delom so v vsaki državi različno urejene, na ravni EU ni harmonizacije. Delodajalci oziroma nacionalni zakonodajalci morajo spoštovati zgolj mednarodne konvencije, bilateralne ali multilateralne sporazume ter drugo primarno zakonodajo EU, ki posredno ureja delovna razmerja oziroma status delavca in odgovornost delodajalca. Zakonska ureditev zavarovanja odgovornosti zdravstvenih delavcev je zelo podobna. Pri delu izven matične države zavarovanje ne krije primera škode ali nesreče.

Predpisovanje psihiatrične terapije v Sloveniji in Italiji se s strokovnega stališča ne razlikuje, saj v obeh državah poteka v skladu s strokovnimi smernicami, ki so implementirane na podlagi mednarodno veljavnih smernic. Predpisovanje je neodvisno od tega ali gre za zdravljenje državljana matične države ali tujega državljana. Seveda se pri predpisovanju zdravil upošteva izključno natančno dorečena slovenska oziroma italijanska zakonodaja na področju predpisovanja zdravil, ki onemogoča morebitne zaplete. Problematika zdravljenja osebe z zmanjšano ali odvzeto poslovno sposobnostjo je v Sloveniji in Italiji zakonsko urejena, predvsem ukrep prisilnega zdravljenja. Podaja predloga v Sloveniji je širše zastavljena, v obeh državah pa o upravičenosti ukrepa odloča sodišče.

Specifičnih obveznosti glede prijave pri matični službi za italijanske oskrbovance, ki začasno bivajo v Sloveniji in so vključeni v rehabilitacije programe, ni. V primeru, če gre zavarovana oseba v državo članico EU z namenom zdravljenja ali rehabilitacije, se privzema, da je že vključena v proces zdravljenja, ki je skladen v veljavnimi predpisi, torej so njeni podatki že ustrezno posredovani.

Za zapis konkretnih predlogov o možnih načinih hrambe zaupnih podatkov s strani skupne ekipe in načinov zbiranja soglasij, tudi v zvezi z obdelavo osebnih podatkov, bo potrebno počakati na določbe novega Zakona o varstvu osebnih podatkov v Republiki Sloveniji, prav tako pa počakati na uskladitev italijanskega zakona z določbami uredbe GDPR. Vsekakor GDPR predstavlja pravno podlago, ki bo v veliki meri poenotila upravljanje osebnih (tudi zdravstvenih) osebnih podatkov. In ko bodo znane vse pravne podlage (slovenske in italijanske) bo možno podati predloge, kako bi lahko to področje uredili v primeru enotnega centra v Gorici (Italiji).

Tako slovenska kot italijanska ureditev omogočata ustanovitev pravnega subjekta, ki omogoča zaposlitev za osebe z duševno motnjo v okviru zakonsko določenih pogojev. Vsaka država predpisuje možne statusne oblike pravnih subjektov, v okviru katerih se lahko izvajajo storitve za osebe z duševno motnjo. V Italiji govorimo o socialnih podjetjih, v Sloveniji pa o dnevno varstvenih centrih. Cilji in nameni so primerljivi med državama.