

4 Proposta di legge di iniziativa popolare Legge 181: norme per valorizzare, in continuità con la legge 180/1978, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei Servizi di salute mentale e per promuovere buone cure in tutta Italia. Iniziativa annunciata nella Gazzetta Ufficiale del 14.05.2013 n° 111

Ris Corte Cass	N.	Cognome e nome (scrivere in stampatello)	Luogo e data di nascita	Indirizzo, Cap e Comune (in cui si è iscritti nelle liste elettorali)	Firma	Numero di iscrizione nelle liste elettorali (*)
	15					
	16					
	17					
	18					
	19					
	20					
	21					
	22					
	23					
	24					
	25					

Autenticazione delle firme

Io sottoscritto _____ certifico che le n. _____ (_____) firme apposte in mia presenza dai sottoscrittori avanti elencati e della cui identità mi sono accertato attraverso un documento valido, sono autentiche _____ li _____ **Timbro e firma** _____



Certificazione elettorale

Comune di _____ servizio elettorale _____ Il Sindaco certifica che i cittadini italiani avanti elencati sono iscritti nelle liste elettorali di questo Comune, al numero a fianco di ciascuno di essi indicato _____ li _____ **Il Sindaco** _____



Proposta di legge di iniziativa popolare: Legge 181.

Norme per valorizzare, in continuità con la legge 180/1978, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei Servizi di salute mentale e per promuovere buone cure in tutta Italia.

Iniziativa annunciata nella Gazzetta Ufficiale del 14.05.2013 n°111

Art. 1 Perché questa legge

1. La presente Legge si pone come obiettivi: a) operare in continuità e coerenza con i principi e il dettato della Legge 180/1978 come recepita nella Legge 833/1978; b) individuare e rendere vincolanti alcuni principi generali (artt. 2-11) che siano in grado di disegnare una cornice chiara e forte e ricca di spunti innovativi entro cui calare le pratiche ordinarie rese dai Dipartimenti di salute mentale; c) definire i principali strumenti deputati al governo della salute mentale, Dipartimentale di salute familiare e Consulte per la salute mentale (artt. 12-13); d) rimodellare alcuni indirizzi in tema di finanziamento, personale, qualità, formazione per la salute mentale (artt. 14-17); e) fornire alla conferenza Stato-Regioni opportuni stimoli per ri-attualizzare il DPR 10.11.1999, Approvazione del Progetto-Obiettivo “Tutela salute mentale” 1998-2000, con particolare riferimento al “chi fa che cosa dove quando” (artt. 18-19).

Art. 2 La fiducia e la speranza

1. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale radicare in utenti e familiari fiducia nelle relazioni con gli operatori e nelle prestazioni offerte e speranza nel proprio percorso di cura. 2. Il tasso di fiducia e di speranza di utenti e familiari viene misurato almeno una volta all'anno secondo le modalità indicate dalle Consulte di salute mentale di cui all'art. 13. I tassi riscontrati contribuiscono a determinare la parte variabile del salario degli operatori.

Art. 3 Colori pastello e donazioni private

1. I luoghi fisici deputati a erogare prestazioni in tema di salute mentale devono garantire caratteristiche di confort alberghiero non inferiori a quelle previste per uno stabilimento alberghiero a 3 stelle. Una particolare attenzione va posta nella cura di quei particolari di arredo che a costi peraltro modesti ne garantiscono una vivibilità positiva (piante, quadri e colori pastello alle pareti, segnaletica accurata, etc). 2. Per raggiungere le finalità di cui al comma 1 sono ordinariamente impegnate le ASL. Sono peraltro suggerite e incentivate iniziative aventi pari finalità e promosse dai Dipartimenti e dalle Consulte di salute mentale di cui agli artt. 12 e 13 sotto forma di ricerca attiva di sponsor e di attività di fundraising.

Art. 4 Sapere di ciascuno, sapere di tutti. Gli UFE

1. Gli operatori della salute mentale dispongono di un sapere professionale, acquisito nei percorsi formativi e sul campo, che li mette in condizione di erogare prestazioni efficaci e appropriate e di norma facilmente riconoscibili da utenti e familiari. 2. Gli utenti e i familiari dispongono di un sapere esperienziale, acquisito nel corso della conoscenza fatta con la malattia e all'interno di un percorso di cura positivo, che li mette in condizione di essere degli 'esperti per esperienza'.

3. Operare per valorizzare e incrociare saperi professionali e saperi esperienziali, migliora aspetti fondamentali dei percorsi di cura quali la fiducia, la speranza, il clima generale, l'adesione ai trattamenti. 4. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale porre in essere iniziative diverse, sia in campo formativo che nelle pratiche di lavoro ordinarie, per rendere entrambi i saperi visibili e riconosciuti. 5. Gli Utenti e Familiari Esperti (UFE) sono remunerati e sono individuati con modalità e in numero non inferiore a quanto stabilito all'art. 15. 6. Gli UFE operano all'interno delle aree dei Dipartimenti e finalizzano la propria attività nel fornire testimonianza del proprio sapere esperienziale a utenti e familiari in carico ai Dipartimenti. Gli UFE implementano quanto richiamato al comma 3, in termini di miglioramento del clima generale, della fiducia, della speranza, dell'adesione ai trattamenti.

Art. 5 Stigma e pregiudizi, no grazie!

1. Lo stigma e i pregiudizi accompagnano da sempre, se pur con incidenza variabile a seconda dei contesti comunitari e dei periodi storici, il malato di mente e la sua famiglia. Costituiscono un ostacolo nel percorso di cura, incidono negativamente sugli esiti e sono per i diretti interessati motivo di grave sofferenza. 2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale porre in essere, attraverso operatori dedicati, una pluralità di iniziative finalizzate al contrasto dello stigma e dei pregiudizi. In particolare vanno interessati il mondo della scuola, i media, le rappresentanze attive della cittadinanza, enti pubblici e privati a vario titolo coinvolti nel tema della salute mentale. 3. Nelle iniziative di cui al comma 2 vanno coinvolti routinariamente UFE e utenti e familiari disponibili. La loro presenza in azioni di questo tipo è particolarmente utile per modificare i pregiudizi che il cittadino ha della malattia mentale nel momento in cui si trova a confrontarsi direttamente con i suoi protagonisti.

Art. 6 Nei percorsi di cura fare squadra è bello. Con un Garante è anche meglio

1. Nei percorsi di cura è importante garantire il lavoro di squadra. La squadra di 'trattamento' si compone dell'utente, dei familiari, degli operatori dedicati, di altre eventuali figure particolarmente significative. 2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale operare perché il trattamento in squadra sia il più possibile presente nei percorsi di cura ordinari degli utenti, con particolare attenzione ai momenti dedicati all'inizio, alle verifiche periodiche del percorso, alle situazioni di particolare criticità e comunque nei momenti dove il contributo e la partecipazione attiva di tutti è un valore fondante la qualità del percorso di cura medesimo. 3. La squadra di 'trattamento' si avvale nel proprio percorso di strumenti dedicati, come da indicazioni dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale, e quantomeno nei suoi passaggi più importanti, quali quelli richiamati al comma 2, di un Garante esterno. Il Garante contribuisce, in quanto esterno allo squadra, a favorire un clima e una pratica di condivisione, la contrattualizzazione di alcune aree del percorso di cura e naturalmente con

la sua presenza una garanzia di terzieta.

Art. 7 Il dramma della crisi

1. Nel corso della malattia mentale, sia all'esordio che nel decorso, possono manifestarsi episodi di crisi durante i quali l'utente esprime il suo disagio in forme che possono portarlo a confliggere con il suo ambito di riferimento e/o con la sua famiglia secondo modalità ad alto tasso di emotività espressa e attraverso comportamenti che possono essere auto o eteroaggressivi. 2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale intervenire nelle situazioni di crisi entro la giornata della segnalazione, con operatori dedicati presenti nei servizi territoriali tutti i giorni della settimana, cercando anzitutto di coinvolgere attivamente l'utente, i suoi familiari, il medico di medicina generale, gli altri soggetti interessati. In mancanza di disponibilità dell'utente gli operatori devono comunque accertarne le condizioni, utilizzando ogni possibile canale diretto o indiretto di conoscenza e di contatto con l'utente, compreso il recarsi al suo domicilio. Se non rilevano necessità improcrastinabili d'intervento gli operatori lo certificano. In caso contrario, ed esperito ogni altro possibile percorso, si possono avvalere, a fronte di situazioni coerenti con le normative vigenti e che evidenzino situazioni di potenziale importanza e gravità, dello strumento dell'Accertamento Sanitario Obbligatorio (ASO). 3. Tutte le volte che si verifica una situazione di crisi gli operatori dedicati attivano procedure e linee guida, compilando giornalmente strumenti ad hoc per accompagnarne al meglio l'evoluzione. Negli orari di chiusura del Centro di salute mentale la risposta alla crisi è data da personale medico ed infermieristico del Dipartimento di salute mentale presente in servizio attivo o in pronta disponibilità e collegato funzionalmente al Dipartimento di emergenza dell'Ospedale generale di riferimento. 4. La qualità e l'appropriatezza della risposta alla crisi viene misurata con strumenti indicati dalle Consulte di salute mentale di cui all'art. 13. Quanto riscontrato contribuisce a determinare la parte variabile del salario degli operatori.

Art. 8 Famiglie da aiutare, famiglie grandi risorse

1. La famiglia al cui interno vi sono problemi importanti di salute mentale è coinvolta in modo totale nel problema e necessita di essere variamente accompagnata durante il percorso di cura del proprio congiunto. 2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale affiancare le famiglie con interventi diversificati e convergenti e con operatori dedicati. In particolare nelle fasi iniziali della malattia, alla famiglia va offerto aiuto ed ascolto incondizionato, anche attraverso incontri dedicati a finalità informativa e psico-educativa. Vanno inoltre offerti gruppi di auto-mutuo-aiuto e la possibilità di incontro tra famiglie, per scambiarsi esperienze e trovare forme di sostegno reciproco. 3. Nel momento in cui il percorso di cura si consolida e la famiglia vive con minore sofferenza la situazione, è impegno dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale valorizzare il sapere esperienziale dei familiari e favorirne la partecipazione ad attività rivolte ad altre

Spazio riservato all'apposizione del bollo dell'ufficio, della data e della firma (leggibile) da parte del segretario comunale o del cancelliere capo dirigente della cancelleria (di Pretura o di Tribunale o preferibilmente di Corte d'Appello). Art. 7, legge 25 maggio 1970 n. 352.

VIDIMAZIONE

_____ li _____

Firma e timbro con qualifica e nome del Funzionario

Bollo ufficio

2 Proposta di legge di iniziativa popolare Legge 181: norme per valorizzare, in continuità con la legge 180/1978, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei Servizi di salute mentale e per promuovere buone cure in tutta Italia. Iniziativa annunciata nella Gazzetta Ufficiale del 14.05.2013 n° 111

famiglie, a sportelli informativi, ad intraprendere l'attività di UFE.

Art. 9
Accoglienza calda, dappertutto e sempre

1. La prima accoglienza in luoghi deputati ad accogliere alti livelli di sofferenza richiede sempre una attenzione particolare, calore umano e gentilezza.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale offrire in tutti i luoghi di accesso di utenti e familiari, attraverso operatori dedicati, una prima accoglienza calda e sorridente.
3.La qualità dell'accoglienza viene misurata con strumenti indicati dalle Consulte di salute mentale di cui all'art. 13. Quanto riscontrato contribuisce a determinare la parte variabile del salario degli operatori.

Art. 10
Sapere a chi rivolgersi, la psicocard

1. La continuità della presa in carico nel tempo è tale come valore di qualità nella misura in cui gli operatori che la esercitano rimangono il più possibile gli stessi.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale operare per garantire al meglio la continuità, l'individuazione e l'esplicitazione a utenti e familiari degli operatori di riferimento e in particolare dell'operatore che funge da referente primo della situazione e che assume il ruolo di case manager nelle situazioni a più alta complessità.
3. Per favorire al meglio la conoscenza dei propri referenti e di altre informazioni essenziali, riguardanti il funzionamento del Dipartimento e delle Consulte di salute mentale, viene fornito ad ogni utente un tesserino plastificato, tipo bancomat, che le contiene tutte.

Art. 11
Abitare, lavoro, socialità. Ce ne occupiamo anche noi

1. Il percorso di cura di chi soffre di un disagio psichico importante contiene al suo interno aspetti medico-farmacologici importanti, così come aspetti psico-sociali quasi sempre legati alle 3 aree che maggiormente richiamano i fondamentali diritti della cittadinanza: l'abitare, il lavoro, la socialità.
2. È impegno prioritario dei Dipartimenti e delle Consulte di salute mentale attivarsi, attraverso operatori dedicati, per accompagnare, d'intesa con le Agenzie pubbliche competenti e le realtà private interessate, gli utenti nei percorsi che riguardano, quando ve ne è la necessità, la residenzialità variamente protetta e il (r)inserimento nel mondo del lavoro.
3. Per quanto concerne la residenzialità, l'impegno, attraverso operatori dedicati, va a promuovere la ricerca assieme all'utente, ai suoi familiari, agli operatori di riferimento e agli eventuali interessati della soluzione abitativa, alternativa al precedente domicilio, più confacente rispetto al bisogno e tenendo conto di quanto previsto all'art. 14. La soluzione individuata non dipende in maniera prevalente dalla correlazione tra gravità clinica e livello di protezione.
Gli operatori dell'area e la squadra di ‘trattamento’ sono chiamati ad individuare soluzioni abitative che valorizzino il più possibile risorse e responsabilità dei diretti interessati, quali le convivenze tra utenti, gli appartamenti a bassa protezione, gli affidi eterofamiliari e altre soluzioni simili. Quanto previsto al presente comma va perseguito d'intesa con le Agenzie dedicate e con le rappresentanze del mondo immobiliare.
4. Per quanto concerne il (r)inserimento nel mondo del lavoro, l'impegno, attraverso operatori dedicati, è finalizzato ad utilizzare tutte le forme previste dalle leggi nazionali e regionali, dalla disponibilità di cooperative, dalle clausele sociali e da ogni forma di possibile collaborazione con le Agenzie deputate e con le rappresentanze del mondo del lavoro. Vanno favorite anche iniziative interne ai Dipartimenti e in rete con i suoi partner che possano incrociare competenze di cittadini attivi disponibili ed utenti non ancora inseribili nelle opportunità richiamate più sopra, fermo restando che tali iniziative non possono fungere da luogo di parcheggio per attività prive di un riscontro legato al mondo della produzione.

Art. 12
Dipartimento di salute mentale

1. Il Dipartimento di salute mentale è l'unità organizzativa fondamentale, con propria disponibilità finanziaria, istituito presso ogni Azienda Sanitaria Locale che assicura direttamente o indirettamente tutti i trattamenti alle persone dimoranti nel suo territorio di competenza che hanno 16 anni o più. Coordina e monitora l'effettuazione di questi trattamenti.

2. È specifica responsabilità del Dipartimento, del suo Direttore e degli operatori variamente responsabili di singole aree, l'applicazione di quanto previsto negli artt. da 2 a 11. Il raggiungimento o meno dei risultati contribuisce a determinare la parte variabile del salario degli operatori interessati.

3. È impegno strategico del Dipartimento, d'intesa con le Consulte, attivare routinariamente ogni forma di collaborazione possibile, d'intesa con la Consulta di salute mentale e in base al principio di sussidiarietà, con tutte le persone e gli organismi che si occupano o sono coinvolti in problemi di salute mentale, fra cui, in particolare, i servizi socio-sanitari, gli enti locali e le scuole, il terzo settore, le associazioni di volontariato, le rappresentanze significative dei mondi sociali e culturali.
4. È impegno particolarmente riconosciuto e presente nel Dipartimento, d'intesa con le Consulte, il coinvolgimento della cittadinanza attiva, sia a livello delle sue varie forme di rappresentanza che nei confronti della popolazione generale fino al singolo cittadino.Tale coinvolgimento è finalizzato a includere il cittadino e le sue rappresentanze sia nelle attività ordinarie del Dipartimento che nello specifico di quelle finalizzate al contrasto allo stigma e al pregiudizio.
5. L'architettura organizzativa del Dipartimento fa riferimento a quanto previsto nell'art. 18.

Art. 13
Consulta di salute mentale locale e nazionale

1. Presso ogni azienda sanitaria locale, è istituita una Consulta locale per la salute mentale. La composizione della Consulta fa riferimento a quanto previsto nell'art. 19.
2. La Consulta locale orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale del proprio territorio di riferimento.
3. Presso il Ministero per la salute è istituita una Consulta nazionale per la salute mentale. La composizione della Consulta fa riferimento a quanto previsto nell'art. 19.
4. La Consulta nazionale orienta e monitora le politiche relative alla salute mentale a livello nazionale.
5. Le Consulte di cui al presente articolo svolgono inoltre tutti i compiti previsti espressamente dalla presente Legge con particolare attenzione alla valutazione dei processi di Miglioramento Continuo della Qualità.

Art. 14
Finanziamento

1. Ogni Azienda Sanitaria Locale è impegnata a coprire i costi diretti e indiretti derivanti dal funzionamento del proprio Dipartimento di salute mentale con una quota del proprio bilancio come definita all'art. 18.
2. Ciascun Dipartimento è organizzato per Centri di costo i cui principali sono riconducibili a:
a) attività territoriali variamente intese;
b) attività di ricovero ospedaliero;
c) attività residenziali ad alta protezione;
d) mobilità passiva e ricoveri ex art. 26 L. 833/1978;
e) spesa farmaceutica.
Le spese di cui alle lettere b) e c) non possono in nessun caso superare congiuntamente il 50% del bilancio del Dipartimento. Ove questo si verifici l'ASL competente ha 2 anni di tempo per rientrare nel limite.
3. Le prestazioni previste da questa Legge sono prodotte direttamente, coprodotte o, se prodotte da soggetti terzi, monitorate dal Dipartimento di salute mentale, che rilascia una certificazione sulla loro qualità.
4. Il Dipartimento di salute mentale privilegia le prestazioni coprodotte rispetto a quelle externalizzate. Privilegia, in particolare, le coproduzioni che prevedono l'impiego di utenti e familiari esperti o delle loro associazioni rappresentative.

Art. 15
Personale

1. Il Dipartimento di salute mentale è dotato di personale dei seguenti profili professionali: medico psichiatra, psicologo, infermiere, assistente sociale, educatore professionale, terapeuta della riabilitazione psichiatrica, operatore socio-assistenziale e personale amministrativo.
2. La dotazione complessiva di personale, comprensiva dei dipendenti da cooperative e associazioni terze che svolgono attività rientranti a pieno titolo nelle aree di attività indicate nell'art. 2, è di almeno 1 unità a tempo pieno ogni 1500 residenti nel territorio di riferimento. Questa dotazione, ove non già esistente, è raggiunta entro 2 anni dall'entrata in vigore di questa Legge. All'interno del Dipartimento di salute mentale operano anche Utenti e Familiari Esperti (UFE) di cui all'art. 4, in numero non inferiore a 1 unità a tempo pieno ogni 20.000 residenti. Gli UFE sono individuati secondo modalità sancite dalle Consulte di cui all'art. 13.

Art. 16
Qualità totale

1. Il Dipartimento di salute mentale garantisce con continuità nel tempo l'attuazione di un approccio complessivo e integrato volto al miglioramento continuo della qualità, attraverso l'erogazione di prestazioni efficaci, appropriate, sicure e centrate sull'utente, che assicurino i più elevati standard di qualità per tutti gli utenti, in qualsiasi momento assistenziale e per ciascuna prestazione erogata. A tal fine il Dipartimento di salute mentale implementa:
a) linee guida fondate su prove di efficacia;
b) audit clinico;
c) percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali;
d) programmi di accreditamento professionale;
e) valutazioni della tecnologia sanitaria;
f) progetti di ricerca applicata.
2. Il sistema di gestione dei processi del Dipartimento di salute mentale è informato ai principi della qualità totale. Promuove lo sviluppo della dimensione professionale, organizzativa e relazionale e assume come riferimento centrale di qualsiasi percorso di cambiamento il coinvolgimento delle persone e la creazione di valore per tutti gli interessati.

Art. 17
Formazione

1. Agli operatori del Dipartimento di salute mentale, a tutti gli utenti e ai loro familiari è garantita, oltre a quanto già previsto dalle normative vigenti, un'offerta informativa, formativa e di sensibilizzazione correlata a quanto previsto dai contenuti di questa legge, in ragione di almeno 40 ore all'anno.

Art. 18
Organizzazione e funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale

1. Il DPR 10.11.1999 Approvazione del Progetto Obiettivo “Tutela della salute mentale 1998-2000” detta norme sull'organizzazione e il funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale.
2. La presente Legge nel rispetto della legislazione vigente si astiene dal dettare norme in riferimento a quanto richiamato nel comma 1.
3. Essendo trascorsi 12 anni dalla promulgazione del DPR di cui al comma 1 appare evidente che è necessario e urgente, anche alla luce della situazione di grave diseguaglianza e di disomogeneità nell'erogazione delle prestazioni in tema di salute mentale tra le varie Regioni e le Province autonome, porre mano e ri-attualizzare il DPR di cui al comma 1 con particolare riferimento all'organizzazione e al funzionamento dei Dipartimenti di salute mentale e tenuto conto di quanto previsto dalla presente Legge.
4. In attuazione del principio di leale collaborazione e nel perseguimento di obiettivi di funzionalità, economicità ed efficacia dell'azione amministrativa, come previsti dall'art. 4 del Decreto Legislativo 28 agosto 1997, n. 281 che disciplina le attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, la presente Legge impegna il Governo e la Conferenza Stato Regioni ad attivarsi, ciascuno per la parte di propria competenza, a sottoscrivere, entro 12 mesi dalla presente Legge, un accordo finalizzato ad adempiere a quanto previsto dal comma 3.
5. In riferimento a quanto previsto dalla presente Legge e in particolare dal comma 4 del presente articolo, in base a quanto già previsto da altre normative vigenti e tenuto conto delle risorse sin qui allocate nelle attività complessivamente realizzate dai Dipartimenti di salute mentale, si assume come linea di indirizzo alla Conferenza Stato Regioni che venga destinata una quota del bilancio della singola ASL non inferiore al 4% del bilancio della stessa. Si assume altresì come linea di indirizzo alla Conferenza Stato Regioni che vengano individuati congiuntamente, e nelle sedi deputate, meccanismi di informazione trasparente, di vincolo e di controllo, finalizzati al rigoroso rispetto della quota destinata di cui al presente comma.

Art 19
Composizione delle Consulte di salute mentale

1. Nell'ambito dell'accordo tra Governo e Conferenza Stato Regioni previsto dal comma 4 dell'art. 18 della presente Legge si stabiliscono le norme per la composizione delle Consulte locali e nazionali di salute mentale.
2. Per garantire nelle Consulte una presenza rappresentativa di tutte le componenti della salute mentale, si assume come linea di indirizzo alla Conferenza Stato Regioni che le Consulte siano composte per un terzo da utenti e familiari in carico ai Dipartimenti di salute mentale ed eletti dagli stessi, per un terzo da rappresentanti di Associazioni ed Enti portatori di interesse, per un terzo da operatori.

Modulo n° _____nel Centro di raccolta di _____

3 Proposta di legge di iniziativa popolare legge 181: norme per valorizzare, in continuità con la legge 180/1978, la partecipazione attiva di utenti, familiari, operatori e cittadini nei Servizi di salute mentale e per promuovere buone cure in tutta Italia. Iniziativa annunciata nella Gazzetta Ufficiale del 14.05.2013 n° 111

Ris Corte Cass	N.	Cognome e nome (scrivere in stampatello)	Luogo e data di nascita	Indirizzo, Cap e Comune (in cui si è iscritti nelle liste elettorali)	Firma	Numero di iscrizione nelle liste elettorali (*)
	1					
	2					
	3					
	4					
	5					
	6					
	7					
	8					
	9					
	10					
	11					
	12					
	13					
	14					

* Questa colonna sarà riempita dagli uffici del Comune competenti.

I sottoscritti firmatari esprimono il consenso e sono a conoscenza del fatto che i propri dati personali saranno trattati nel rispetto della normativa sul trattamento dei dati personali. Sono altresì informati del loro diritto in forza dell'art. 13 del " decreto legislativo n 196 del 30/06/2003 ", di ottenere la conferma dell'esistenza di tali dati, la cancellazione, l'anonimizzazione, il blocco, l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei medesimi, nonché della facoltà di opporsi gratuitamente al trattamento dei dati. Sono altresì informati del fatto che titolare dei dati è il sig. Fiori Giovanni, residente a Roma in via Gabriele Napodano n.41, presso la cui residenza i promotori della proposta di legge di iniziativa popolare hanno eletto domicilio.