



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 1346

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza
infermieristica domiciliare

18/12/2022 - 03:00

Indice

1. DDL S. 1346 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 1346	4
1.3. Trattazione in Commissione	7
1.3.1. Sedute	8
1.3.2. Resoconti sommari	10
1.3.2.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita')	11
1.3.2.1.1. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 98 (ant.) del 01/08/2019	12
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 119 (pom.) del 28/01/2020	25
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 115 (pom.) del 04/02/2020	26
1.3.2.1.4. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 142 (ant.) del 18/06/2020	28
1.3.2.1.5. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 137 (ant.) del 23/06/2020	32
1.3.2.1.6. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 138 (pom.) del 30/06/2020	33
1.3.2.1.7. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (pom.) del 30/06/2020	34
1.3.2.1.8. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 139 (pom.) del 07/07/2020	40
1.3.2.1.9. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (ant.) del 13/01/2021	41
1.3.2.1.10. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 239 (ant.) del 24/06/2021	48
1.3.2.1.11. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 241 (pom.) del 13/07/2021	52
1.3.2.1.12. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 242 (ant.) del 14/07/2021	65
1.3.2.1.13. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 245 (ant.) del 21/07/2021	67
1.3.2.1.14. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 284 (pom.) del 15/02/2022	70
1.3.2.1.15. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 302 (pom.) del 03/05/2022	77
1.3.2.1.16. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 315 (pom.) del 12/07/2022	80
1.4. Trattazione in consultiva	85
1.4.1. Sedute	86
1.4.2. Resoconti sommari	87
1.4.2.1. 1 ^a Commissione permanente (Affari Costituzionali)	88
1.4.2.1.1. 1 ^a Commissione permanente (Affari Costituzionali) - Seduta n. 156 (pom., Sottocomm. pareri) del 15/02/2022	89
1.4.2.2. 5 ^a Commissione permanente (Bilancio)	92
1.4.2.2.1. 5 ^a Commissione permanente (Bilancio) - Seduta n. 424 (pom.) del 13/07/2021	93

1. DDL S. 1346 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 1346
XVIII Legislatura

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

Iter

12 luglio 2022: in corso di esame in commissione

Successione delle letture parlamentari

S.1346

in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare

[Gaspere Antonio Marinello](#) ([M5S](#))

Cofirmatari

[Paola Taverna](#) ([M5S](#)), [Pierpaolo Sileri](#) ([M5S](#)), [Maria Domenica Castellone](#) ([M5S](#)), [Luigi Di Marzio](#) ([M5S](#)), [Giovanni Endrizzi](#) ([M5S](#)), [Raffaele Mautone](#) ([M5S](#)), [Giuseppe Pisani](#) ([M5S](#)), [Sergio Romagnoli](#) ([M5S](#)), [Barbara Guidolin](#) ([M5S](#)), [Simona Nunzia Nocerino](#) ([M5S](#)), [Antonella Campagna](#) ([M5S](#)), [Felicia Gaudiano](#) ([M5S](#)), [Iunio Valerio Romano](#) ([M5S](#)), [Angela Anna Bruna Piarulli](#) ([M5S](#)), [Fabrizio Trentacoste](#) ([M5S](#)), [Luisa Angrisani](#) ([M5S](#)), [Loredana Russo](#) ([M5S](#)), [Orietta Vanin](#) ([M5S](#)), [Stefano Lucidi](#) ([M5S](#)), [Daniela Donno](#) ([M5S](#)), [Elisa Pirro](#) ([M5S](#)), [Giorgio Fede](#) ([M5S](#)), [Elio Lannutti](#) ([M5S](#)), [Cinzia Leone](#) ([M5S](#))

Natura

ordinaria

Relazione tecnica richiesta il 13 luglio 2021

Presentazione

Presentato in data **19 giugno 2019**; annunciato nella seduta n. 124 del 20 giugno 2019.

Classificazione TESEO

INFERMIERI , ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Articoli

ASSISTENZA SANITARIA (Artt.2-4)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Pierpaolo Sileri](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 1 agosto 2019) .

Sostituito da Sen. [Giuseppe Pisani](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 30 giugno 2020) .

Assegnazione

Assegnato alla [12ª Commissione permanente \(Igiene e sanita'\)](#) in sede redigente il 30 luglio 2019.

Annuncio nella seduta n. 139 del 30 luglio 2019.

Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 5ª (Bilancio), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 1346

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 1346

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **MARINELLO**, **TAVERNA**, **SILERI**, **CASTELLONE**, **DI MARZIO**, **ENDRIZZI**, **MAUTONE**, **Giuseppe PISANI**, **ROMAGNOLI**, **GUIDOLIN**, **NOCERINO**, **CAMPAGNA**, **GAUDIANO**, **ROMANO**, **PIARULLI**, **TRENTACOSTE**, **ANGRISANI**, **RUSSO**, **VANIN**, **LUCIDI**, **DONNO**, **PIRRO**, **FEDE**, **LANNUTTI** e **LEONE**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 19 GIUGNO 2019

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

Onorevoli Senatori. - Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 289, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, stabilisce all'articolo 1, comma 1, che « le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria ».

In riferimento alla necessità di una riorganizzazione del sistema sanitario centrato sul territorio, il presente provvedimento si pone l'obiettivo di valorizzare il ruolo della professione infermieristica. La presenza e il coinvolgimento diretto degli infermieri, quali professionisti dell'assistenza, rappresenta un punto fondamentale per lo sviluppo del sistema e per una risposta alle necessità della popolazione. Il presente provvedimento, già presentato nella precedente legislatura, all'articolo 1 si prefigge l'obiettivo del pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza territoriale e domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini e fronteggiare i problemi legati alla diffusione della cronicità e diminuire altresì gli accessi in pronto soccorso e le degenze ospedaliere, garantendo assistenza ai malati cronici che non richiedono cure intensive in ospedale.

Per cura domiciliare si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall'infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio volta a favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente.

A tal fine, nel contesto dei servizi di assistenza domiciliare, l'articolo 3 del presente disegno di legge apporta alcune modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421, e in particolare all'articolo 3-*quinquies* e 3-*sexies* in materia di funzioni e organizzazione del distretto

sanitario. Viene introdotta la figura dell'infermiere di famiglia che, in sinergia e collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, deve assicurare la presa in carico dei cittadini. L'articolo 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, in materia di disciplina dei rapporti per l'erogazione alle prestazioni assistenziali, al comma 1, lettera *b-bis*) (lettera aggiunta dalla lettera *b*) del comma 4 dell'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189), stabilisce che, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, è garantita l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, *audit* e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria, tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori.

In tale contesto di riorganizzazione, per quanto concerne l'organizzazione distrettuale del servizio, l'articolo 3 del presente provvedimento introduce all'articolo 8, comma 1, lettera *b-bis*), del decreto legislativo n. 502 del 1992, la figura dell'infermiere di famiglia.

L'articolo 4, infine, apporta alcune modifiche al decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 (cosiddetto « decreto Balduzzi ») e in particolare all'articolo 1, comma 1, in materia di riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie, introducendo la figura dell'infermiere di famiglia prevedendo una serie di competenze per la nuova figura professionale che deve diventare un punto di riferimento per lo sviluppo dei servizi sanitari, dall'ospedale al territorio ai servizi domiciliari, sia sul piano dell'assistenza che della programmazione.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Finalità)

1. La finalità della presente legge è il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini.

Art. 2.

(Infermieri di famiglia e cure domiciliari)

1. L'infermiere di famiglia è responsabile delle cure domiciliari del paziente.
2. Per cura domiciliare si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall'infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio volta a favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente.
3. Le cure domiciliari, in quanto sostitutive del ricovero ospedaliero, sono gratuite e non soggette a *ticket*, indipendentemente dal reddito.

Art. 3.

(Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di erogazione delle prestazioni assistenziali)

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 3-*quinquies*, comma 1, lettera *a*), dopo le parole: « pediatri di libera scelta, » sono inserite le seguenti: « infermieri di famiglia, »;

b) all'articolo 3-*quinquies*, comma 1, lettera *b*), dopo le parole: « medici di medicina generale » sono inserite le seguenti: « , degli infermieri di famiglia »;

- c) all'articolo 3-*quinquies*, comma 2, è aggiunta, in fine, la seguente lettera:
« *f-bis*) attività o servizi di infermieristica di famiglia »;
- d) all'articolo 3-*sexies*, comma 2, dopo le parole: « uno dei pediatri di libera scelta » sono inserite le seguenti: « , uno degli infermieri di famiglia »;
- e) all'articolo 8, comma 1, lettera *b-bis*), dopo le parole: « dei pediatri di libera scelta, » sono inserite le seguenti: « degli infermieri di famiglia, ».

Art. 4.

(Modifiche all'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, in materia di assistenza territoriale)

1. All'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, sono apportate le seguenti modificazioni:

- a) al comma 1, dopo le parole: « prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri » sono inserite le seguenti: « di famiglia »;
- b) dopo il comma 1 è inserito il seguente:
« *l-bis*. In riferimento all'assistenza domiciliare di cui al comma 1, all'infermiere di famiglia sono attribuite le seguenti competenze:
- a) identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;
- b) pianificare ed erogare assistenza alle famiglie che necessitano di interventi specifici;
- c) promuovere la salute dei soggetti, delle famiglie e delle comunità;
- d) sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie nella partecipazione alle decisioni relative alla loro salute;
- e) applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento e di apprendimento con i soggetti, con le famiglie e con le comunità;
- f) partecipare alle attività di prevenzione;
- g) provvedere a un costante aggiornamento e allo sviluppo professionale attraverso la formazione continua;
- h) pianificare e realizzare interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e alle comunità, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita e una migliore aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, utilizzando e valutando diversi metodi di comunicazione;
- i) partecipare alla ricerca, recuperando dati epidemiologici e clinici in relazione a specifici obiettivi conoscitivi e assistenziali ».

1.3. Trattazione in Commissione

1.3.1. Sedute

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 1346
XVIII Legislatura

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 98 \(ant.\)](#)

1 agosto 2019

[N. 119 \(pom.\)](#)

28 gennaio 2020

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 115 \(pom.\)](#)

4 febbraio 2020

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') (sui lavori della Commissione)

[N. 142 \(ant.\)](#)

18 giugno 2020

12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') in sede redigente

[N. 137 \(ant.\)](#)

23 giugno 2020

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 138 \(pom.\)](#)

30 giugno 2020

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 145 \(pom.\)](#)

30 giugno 2020

[N. 139 \(pom.\)](#)

7 luglio 2020

Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi

[N. 195 \(ant.\)](#)

13 gennaio 2021

[N. 239 \(ant.\)](#)

24 giugno 2021

[N. 241 \(pom.\)](#)

13 luglio 2021

[N. 242 \(ant.\)](#)

14 luglio 2021

[N. 245 \(ant.\)](#)

21 luglio 2021

[N. 284 \(pom.\)](#)

15 febbraio 2022

[N. 302 \(pom.\)](#)

3 maggio 2022

[N. 315 \(pom.\)](#)

12 luglio 2022

1.3.2. Resoconti sommari

1.3.2.1. 12[^] Commissione permanente (Igiene e sanita')

1.3.2.1.1. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 98 (ant.) del 01/08/2019

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12ª)
GIOVEDÌ 1 AGOSTO 2019
98ª Seduta

Presidenza del Presidente
SILERI

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Bartolazzi.

La seduta inizia alle ore 8,30.

SULLA PUBBLICITA' DEI LAVORI

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

Non essendovi obiezioni, tale forma di pubblicità è quindi adottata per il prosieguo dei lavori.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

Il sottosegretario BARTOLAZZI risponde all'interrogazione n. 3-00640 (Binetti ed altri), sulla sperimentazione clinica dei medicinali ad uso umano.

In attuazione dell'articolo 1 della legge 11 gennaio 2018, n. 3, in data 14 febbraio 2019, il Consiglio dei Ministri ha approvato in via preliminare lo schema di decreto legislativo recante modifiche al decreto legislativo 6 novembre 2007, n. 200, di attuazione della direttiva 2005/28/CE.

Con il menzionato schema si è inizialmente ritenuto di esercitare solo taluni dei criteri di delega di cui all'articolo 1, comma 3, della legge n. 3/2018, evitando sia aspetti che attualmente sono regolati da atti amministrativi sia di introdurre modifiche all'attuale assetto normativo, in vista della piena applicazione del Regolamento (UE) n. 536/2014 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 aprile 2014, in materia di sperimentazione clinica dei medicinali per uso umano, che abroga la direttiva 2001/20/CE e ridisciplina l'intera materia.

Difatti, tale atto comunitario - in vigore dal 2014, ma la cui concreta applicazione è subordinata, ai sensi dell'articolo 99 dello stesso Regolamento, alla piena operatività del portale e della banca dati UE

- traccia già il percorso da seguire per la promozione delle sperimentazioni cliniche.

Tuttavia, proprio perché il regolamento comunitario disciplina già in dettaglio la materia, l'intervento normativo nazionale non può che essere limitato agli aspetti residuali che restano nella disponibilità delle determinazioni degli Stati membri.

Pertanto, si è ritenuto di dettare unicamente norme tese ad assicurare il necessario coordinamento tra le varie fasi del processo di approvazione e conduzione delle sperimentazioni cliniche, mirando a garantire, in attuazione della delega, che l'attività di sperimentazione clinica rappresenti un'opportunità per i pazienti di accesso precoce alle cure, nonché un'occasione di crescita per la comunità scientifica. In particolare, la disposizione dello schema di decreto legislativo, che recita "Al fine di sostenere gli studi clinici osservazionali e le sperimentazioni cliniche senza scopo di lucro, anche a basso livello di intervento, per il miglioramento della pratica clinica quale parte integrante dell'assistenza sanitaria, nonché per valorizzare l'uso sociale ed etico della ricerca, è fatto obbligo per il promotore, in caso di uso per la registrazione, di rimborsare le spese dirette e indirette connesse alla sperimentazione, nonché le eventuali mancate entrate conseguenti alla qualificazione dello stesso studio come attività senza scopo di lucro, ivi comprese le potenziali entrate connesse alla valorizzazione della proprietà intellettuale", è diretta a consentire l'utilizzazione degli esiti delle sperimentazioni cliniche senza fini di lucro a fini registrativi, eventualità non prevista dalla normativa vigente.

Il testo riportato nell'interrogazione parlamentare manca dell'inciso ", in caso di uso per la registrazione," il quale risulta fondamentale per comprendere la "ratio" e la portata della norma.

Le disposizioni precedenti all'introduzione del decreto comportavano, in effetti, per l'Italia una situazione di asimmetria rispetto al quadro internazionale, ponendo limitazioni all'utilizzo eventuale dei dati generati da sperimentazioni senza scopo di lucro, che potrebbero invece fornire informazioni preziose sull'utilizzo dei medicinali anche ai fini dell'immissione in commercio.

La possibilità di utilizzare i risultati delle sperimentazioni può, invece, determinare vantaggi per i pazienti ed anche risparmi per il Servizio Sanitario Nazionale.

Si pensi, ad esempio, all'estensione di indicazione terapeutica di un medicinale all'esito di una sperimentazione "no-profit", che potrebbe comportare, oltre ad una più ampia possibilità di cura, anche la rinegoziazione del prezzo del medicinale, oppure ai dati derivanti da nuovi studi clinici, che potrebbero migliorare la pratica clinica sul corretto utilizzo del farmaco.

La norma introdotta rimuove tali ostacoli, ma prevede, come necessaria conseguenza, che il soggetto che trarrà beneficio dalla registrazione (di norma il titolare del brevetto) sostenga, ora per allora, tutti gli oneri, diretti e indiretti, previsti per le sperimentazioni a fini di lucro.

La senatrice [BINETTI](#) (*FI-BP*) si dichiara parzialmente soddisfatta, sottolineando che la risposta fornita si limita a confermare l'esistenza dei problemi evidenziati con l'atto di sindacato ispettivo senza indicare soluzioni, specie per quanto attiene alla tutela della ricerca indipendente.

Il sottosegretario BARTOLAZZI risponde, quindi, all'interrogazione n. 3-00810 (Boldrini), sulla tutela dei soggetti affetti da emofilia.

Il Ministero della salute, nell'ambito delle attività del Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, ha provveduto ad avviare azioni per giungere ad una più adeguata ed uniforme presa in carico del paziente affetto da malattie emorragiche congenite su tutto il territorio nazionale.

In particolare, si è provveduto ad inserire, all'interno del questionario del 2014, relativo alla verifica dell'anno 2013, nel punto dedicato alle attività trasfusionali, una voce ulteriore relativa alla "Definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da Malattie Emorragiche Congenite (MEC), come risultante dall'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013, chiedendo, in primo luogo, se fosse stato formalmente recepito l'Accordo Stato-Regioni del 13 marzo 2013" chiedendo al contempo di allegare opportuna documentazione al riguardo.

Inoltre, ritenendo necessario acquisire aggiornamenti e ulteriori elementi conoscitivi, sia per quanto

attiene al recepimento dell'Accordo, sia sullo stato di realizzazione di quanto previsto dallo stesso, è stato chiesto alle Regioni di riferire sulle attività realizzate in relazione agli aspetti oggetto dell'Accordo, indicando altresì le difficoltà eventualmente incontrate.

Per quanto, dunque, il Ministero della salute ritenga di aver già provveduto ad adottare le iniziative di competenza al fine di verificare, come auspicato nel presente atto ispettivo, una adeguata ed uniforme presa in carico del paziente affetto da malattie emorragiche congenite su tutto il territorio nazionale, si provvederà a verificare ulteriormente l'applicazione dell'Accordo sulla definizione dei percorsi regionali o interregionali di assistenza per le persone affette da malattie emorragiche congenite (Mec) nell'ambito dei lavori per la revisione del Piano Nazionale Malattie rare (PNMR).

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) rileva che la risposta fornita non offre dati ulteriori rispetto a quelli già riportati all'interno dell'atto di sindacato ispettivo. Auspica che i lavori per la revisione del Piano nazionale malattie rare si concludano rapidamente ma richiama l'attenzione sul fatto che le problematiche legate all'emofilia sono del tutto peculiari e richiedono una risposta *ad hoc*. Si dichiara dunque parzialmente soddisfatta.

Ringraziato il Sottosegretario, il [PRESIDENTE](#) dichiara concluse le procedure informative all'ordine del giorno.

IN SEDE REDIGENTE

[\(1202\) Anna Maria BERNINI ed altri.](#) - *Disposizioni in favore dei soggetti affetti da sensibilità chimica multipla*

[\(1272\) Giuseppe PISANI ed altri.](#) - *Disposizioni in favore dei soggetti affetti da sensibilità chimica multipla*

(Discussione congiunta e rinvio)

Il relatore [DI MARZIO](#) (M5S) illustra partitamente i disegni di legge in titolo.

Al termine dell'esposizione, propone lo svolgimento di un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le eventuali proposte di audizione entro le ore 12 del prossimo lunedì 9 settembre.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE REFERENTE

[\(770\) PATUANELLI ed altri.](#) - *Disposizioni in materia di prevenzione vaccinale*

[\(363\) ARRIGONI ed altri.](#) - *Modifiche al decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, in materia di prevenzione vaccinale*

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 9 aprile.

Il [PRESIDENTE](#) comunica che sono stati ritirati gli emendamenti 2.2 (Cantù), 4.11 (Relatrice) e 5.100 (Relatrice).

Soggiunge che sono stati depositati il nuovo emendamento 5.0.100 della Relatrice e le seguenti riformulazioni di emendamenti già presentati: 1.3 (testo 2), 1.11 (testo 2), 1.18 (testo 2), 1.0.1 (testo 2), 2.3 (testo 2), 2.0.1 (testo 2), 3.5 (testo 3), 3.6 (testo 2), 4.1 (testo 2), 4.8 (testo 2), 4.10 (testo 2), 4.0.1 (testo 3), 5.11 (testo 2), 5.0.3 (testo 3) e 7.3 (testo 2).

Propone, in relazione all'emendamento 5.0.100 della Relatrice, di fissare il termine per la presentazione di subemendamenti alle ore 12 di lunedì prossimo, 5 agosto.

Avverte, infine, che manca ancora il parere della 5ª Commissione sul testo e sugli emendamenti originari, e che le riformulazioni e il nuovo emendamento presentati oggi saranno trasmessi alle Commissioni competenti per l'espressione dei pareri obbligatori.

La relatrice [CASTELLONE](#) (M5S) illustra l'emendamento 5.0.100, sottolineando che esso è finalizzato ad apprestare tutele per assicurare l'inclusione scolastica degli alunni non vaccinabili.

La senatrice [BINETTI](#) (FI-BP), considerata l'importanza dell'emendamento appena illustrato, chiede che venga concesso un termine più ampio per la presentazione di subemendamenti.

Si associa il senatore [COLLINA](#) (PD), esprimendo disappunto per l'accelerazione che il Presidente sembra voler imprimere all'*iter*. Paventa che la conduzione dei lavori della Commissione, usualmente improntata a equilibrio e correttezza, possa risentire del clima generale di prevaricazione nei riguardi dei Gruppi di opposizione, che a suo avviso sta caratterizzando questa fase dei lavori parlamentari.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) osserva che il termine proposto dal Presidente è ragionevole, considerato che si tratta di formulare proposte di modifica in relazione ad un unico emendamento. Soggiunge che il suo Gruppo non si opporrebbe, tuttavia, ad un ampliamento del termine tale da contemperare le diverse esigenze meritevoli di attenzione.

Il [PRESIDENTE](#) esprime rammarico per i timori manifestati dal senatore Collina, in quanto il termine proposto mirava unicamente a garantire il sollecito invio delle eventuali proposte subemendative alle Commissioni da consultare, ai fini dell'acquisizione dei necessari pareri. Auspica il mantenimento, da parte di tutti, del *fair play* che in questa legislatura ha sempre caratterizzato i lavori della Commissione.

Ciò posto, anche alla luce dell'intervento della senatrice Cantù, propone di fissare il termine in questione alle ore 12 del prossimo lunedì 2 settembre.

Conviene la Commissione.

Il senatore [COLLINA](#) (PD) tiene a rimarcare che il tono del suo precedente intervento riflette le preoccupazioni del proprio Gruppo per il clima generale che si respira in questo particolare momento e si duole per aver eventualmente dato l'impressione di trascendere nei riguardi della Presidenza della Commissione.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(Discussione e rinvio)

Il [PRESIDENTE](#) (*M5S*), relatore, illustra il disegno di legge in titolo.
Al termine dell'esposizione, propone lo svolgimento di un ciclo di audizioni informative.

Conviene la Commissione.

Il [PRESIDENTE](#) invita i Gruppi a far pervenire le eventuali proposte di audizione entro le ore 12 del prossimo lunedì 9 settembre.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

[\(299\)](#) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da fibromialgia

[\(485\)](#) Isabella RAUTI ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

[\(672\)](#) VESCOVI. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

[\(899\)](#) Felicia GAUDIANO ed altri. - Disposizioni per il riconoscimento della fibromialgia come malattia invalidante

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 23 luglio.

Il [PRESIDENTE](#) dà atto della presentazione del testo 3 (pubblicato in allegato) dell'emendamento 3.2 del relatore.

Avverte che la riformulazione in questione è volta a recepire un'osservazione contenuta nel parere reso dalla 1ª Commissione sugli ulteriori emendamenti al testo base, presentati nella seduta dello scorso 23 luglio.

Comunica, infine, che mancano ancora i prescritti pareri delle Commissioni 2ª e 5ª.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

CONVOCAZIONE DELL'UFFICIO DI PRESIDENZA

Il [PRESIDENTE](#) comunica che al termine della seduta si terrà una riunione dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai rappresentanti dei Gruppi, per stabilire la programmazione dei lavori alla luce delle decisioni adottate nella giornata di ieri dalla Conferenza dei Capigruppo.

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 9,25.

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [770](#)

Art. 1

1.3 (Testo 2)

[Endrizzi](#)

Al comma 1, sostituire la lettera a) con la seguente:

"a) di assicurare la tutela della salute del singolo e della comunità, disciplinando le vaccinazioni, insieme ad altre necessarie misure di prevenzione, quali strumenti essenziali di profilassi e, tenendo conto delle raccomandazioni formulate da organismi sanitari internazionali e delle evidenze scientifiche, individuando nel raggiungimento delle coperture vaccinali di sicurezza epidemiologica il punto di equilibrio tra responsabilità sociale e libertà individuale; di proteggere, altresì, i soggetti per i quali le vaccinazioni non sono raccomandate o sono controindicate in ragione di particolari situazioni cliniche documentate, attraverso interventi mirati negli specifici contesti di vita".

1.11 (Testo 2)

[Cantù](#), [Fregolent](#)

Al comma 1, sostituire la lettera b) con la seguente:

b) di garantire la piena ed uniforme erogazione delle prestazioni vaccinali sul territorio nazionale per assicurare equità e parità di accesso alle stesse, individuando i seguenti interventi quali prioritari nella lotta contro l'esitazione nei confronti dei vaccini e per l'ottimizzazione delle coperture vaccinali:

1) il riconoscimento dell'educazione, anche durante il percorso scolastico, e dell'informazione consapevole del nucleo familiare in materia di prevenzione e profilassi vaccinale quali livelli essenziali di assistenza (LEA);

2) la promozione dell'ottimale adesione vaccinale, mediante programmi mirati di vaccinazione e immunizzazione, da parte degli operatori esercenti le professioni o attività sanitarie e sociosanitarie, educative e scolastiche, quale modello di comportamento per gli utenti e l'intera comunità;

1.18 (testo 2)

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Giuseppe Pisani](#)

Al comma 1, lettera c), sostituire le parole da: «l'implementazione» fino alla fine con le seguenti: «la piena operatività di un sistema informativo integrato, basato sull'anagrafe vaccinale informatizzata, aggiornata costantemente in tempi rapidi e certi, che consenta di trasmettere le informazioni di competenza a tutti i soggetti del SSN e del sistema nazionale dell'istruzione, dei servizi educativi e scolastici, a garanzia di certezza delle coperture vaccinali raccomandate, di una puntuale sorveglianza delle malattie infettive e di un efficiente monitoraggio degli eventi avversi da vaccino.»

1.0.1 (testo 2)

[Giuseppe Pisani](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

"Articolo 1-bis.

(Consenso informato)

1. Gli operatori sanitari nell'eseguire la profilassi vaccinale devono acquisire il consenso informato, salvo nei casi previsti dall'articolo 5, riguardante i benefici e i rischi connessi alle vaccinazioni, da parte del paziente o del rappresentante legale, nonché informarli sullo scopo e l'uso della raccolta dei loro dati.

Art. 2

2.3 (testo 2)

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Marin](#), [Rufa](#), [Giuseppe Pisani](#)

All'articolo 2, apportare le seguenti modifiche:

a) *nella rubrica, dopo la parola: «prevenzione» inserire le seguenti: «e profilassi»;*

b) *al comma 1, dopo le parole: «prevenzione vaccinale (PNPV)» inserire le seguenti: «prende il nome di Piano nazionale di prevenzione e profilassi vaccinale (PNPV). Il PNPV sulla base dei dati contenuti nell'anagrafe vaccinale nazionale di cui all'art. 4,» e dopo le parole «attività vaccinali» inserire le seguenti «, le coperture vaccinali raccomandate,»;*

c) *sostituire il comma 2 con il seguente: «Il PNPV ha durata quinquennale ed è adottato su*

proposta del Ministro della salute, sentiti l'Istituto Superiore di Sanità e il Gruppo Tecnico Consultivo Nazionale sulle Vaccinazioni (*National Immunization Technical Advisory Group* -NITAG), con intesa in Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Qualora le condizioni epidemiologiche e l'evoluzione nella prevenzione e nella profilassi vaccinale lo richiedano, il PNPV è aggiornato prima della sua naturale scadenza.»;

2.0.1 (testo 2)

Il Relatore

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

"2-bis.

(Istituzione del NITAG - National Immunization Technical Advisory Group)

1. In attuazione delle raccomandazioni di cui al Piano d'azione globale sulle vaccinazioni, adottato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, con decreto del Ministro della salute, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, è istituito, presso il Ministero della salute, il Gruppo Tecnico Consultivo Nazionale sulle Vaccinazioni (NITAG - National Immunization Technical Advisory Group).

2. Il NITAG ha durata quinquennale e si compone di esperti di comprovata indipendenza, esperienza e integrità, dotati della competenza necessaria a supportare, dal punto di vista tecnico, le scelte di politica vaccinale nazionale. La partecipazione al NITAG è a titolo gratuito e ai componenti non sono corrisposti gettoni, compensi o altri emolumenti.

3. Il Nitag formula specifiche raccomandazioni per l'elaborazione e l'aggiornamento del PNPV, esprimendo pareri in merito alle strategie concretamente adottabili per monitorare l'incidenza delle malattie prevenibili con le vaccinazioni e l'efficacia dei programmi vaccinali e per migliorare le coperture vaccinali; entro il 28 febbraio di ogni anno, il NITAG presenta al Ministero della salute un circostanziato rapporto sullo stato di attuazione del PNPV. Il rapporto è reso pubblico."

Art. 3

3.5 (testo 3)

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Giuseppe Pisani](#)

All'articolo 3, apportare le seguenti modifiche:

a) *nella rubrica, dopo la parola: «prevenzione» inserire le seguenti: «e profilassi»;*

b) *al comma 1, lettera b), sostituire le parole: «dal PNPV», con le seguenti: «dal PNPV, e dai suoi aggiornamenti, attraverso la» e sostituire la parola: «attraverso» con le seguenti: «, in particolare mediante:»;*

c) *al comma 1, lettera b), numero 2), dopo la parola: «prevenzione» inserire le seguenti: «e profilassi»;*

d) *al comma 1, lettera b), numero 3) sostituire le parole: «di offerta attiva delle vaccinazioni», con le seguenti: «a favorire l'adesione vaccinale»;*

e) *al comma 1, lettera b), numero 4) dopo la parola: «professioni» aggiungere le seguenti: «o le attività» e dopo la parola: «offerte» inserire le seguenti: «dai corsi di preparazione al parto, dai percorsi nascita e»*

f) *al comma 1, lettera b), dopo il numero 5), aggiungere il seguente:*

«5-bis) la promozione di ricerca e sviluppo, anche ai fini dell'aggiornamento del PNPV, di nuove strategie vaccinali, nonché dell'incremento dell'efficacia e della sicurezza dei vaccini, ivi compresi quelli in formulazione monocomponente dedicata a specifiche situazioni cliniche, e di vaccini in grado di prevenire le infezioni da microrganismi multi-resistenti agli antibiotici;»;

g) *al comma 1, lettera c):*

1) *dopo la parola: «PNPV» aggiungere le seguenti: «, anche da parte degli esercenti le*

professioni o le attività sanitarie e sociosanitarie, educative e scolastiche,";

2) *dopo la parola*: «prevenzione» *inserire le seguenti*: «e profilassi»;

3) *sopprime le parole*: «e la sua reputazione»;

h) *al comma 2, dopo la parola*: «prevenzione» *inserire le seguenti*: «e profilassi»;

i) *al comma 3*:

1) *dopo la parola*: «(CET)» *inserire le seguenti*: «e dalla verifica degli adempimenti previsti dal monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza (LEA) previsti dalla legislazione vigente»;

2) *dopo la parola*: «prevenzione» *inserire le seguenti*: «e profilassi»;

3) *dopo le parole*: «presente articolo» *inserire le seguenti*: «, spettante alla regione o alla provincia autonoma inadempiente.».

3.6 (testo 2)

[Endrizzi](#)

Al comma 1, lettera b), numero 1, aggiungere, in fine, le seguenti parole "anche coinvolgendo i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta nella rete di offerta;".

Art. 4

4.1 (testo 2)

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Marin](#), [Rufa](#), [Di Marzio](#)

All'articolo 4, apportare le seguenti modifiche:

a) sostituire il comma 1 con il seguente: «Fatti salvi gli effetti prodotti dall'articolo 4-*bis* del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, l'anagrafe nazionale vaccini istituita con decreto del Ministro della salute del 17 settembre 2018 pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n.257 del 05 novembre 2018 assume, a decorrere dalla data di entrata in vigore della presente legge, la denominazione di «anagrafe vaccinale nazionale». L'anagrafe vaccinale nazionale deve essere pienamente operativa entro e non oltre sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano nel medesimo termine si dotano dell'anagrafe regionale vaccinale informatizzata relativa al territorio di competenza. Qualora le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano non provvedono a costituire le anagrafi regionali vaccinali entro il termine di cui al periodo precedente, sulla base del monitoraggio del Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui al comma 2 dell'articolo 3, il Ministro della Salute accantona, fino all'adeguamento, una somma del Fondo sanitario nazionale pari al 5 per cento della quota, dovuta alla Regione o alla provincia autonoma inadempiente, per l'esercizio successivo a quello in cui si sono rilevate le inadempienze.»;

b) *al comma 2 premettere il seguente periodo*: « L'anagrafe vaccinale nazionale contiene i dati relativi ai soggetti vaccinati e da sottoporre a vaccinazione, ai soggetti che omettono o differiscono le vaccinazioni previste dal PNPV, in relazione a specifiche condizioni cliniche documentate, attestata dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta, o dal medico specialista del Servizio sanitario nazionale, nonché le dosi e i tempi di somministrazione delle vaccinazioni effettuate e gli eventuali effetti indesiderati, che confluiscono nella rete nazionale di farmacovigilanza di cui al decreto del Ministro della salute 30 aprile 2015, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 143 del 23 giugno 2015.».

Conseguentemente, all'articolo 7, aggiungere in fine il seguente comma: «3-*bis*. Fermi restando i livelli essenziali di assistenza (LEA) da garantire in maniera uniforme in condizioni di efficienza e appropriatezza su tutto il territorio nazionale, le disposizioni di cui alla presente legge si applicano si applicano nelle regioni a statuto speciale e nelle province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con le norme dei rispettivi statuti e con le relative norme di attuazione.»

4.8 (testo 2)

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Marin](#), [Rufa](#), [Di Marzio](#)

Al comma 3 sostituire le parole: «ai commi 2 e 3» *con le seguenti* «al comma 2».

4.10 (testo 2)

Il Relatore

Al comma 5, secondo periodo, dopo la parola: «tempistiche», aggiungere la seguente: «a decorrere dall'anno 2020».

4.0.1 (testo 3)

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Marin](#), [Rufa](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art 4-bis.

(Profilassi vaccinale)

1. Le coperture vaccinali raccomandate, definite nel PNPV di cui all'articolo 2, sono livelli essenziali di assistenza e vengono perseguiti mediante somministrazione dei vaccini attraverso il SSN e favorendo l'integrazione dei centri vaccinali ASL con i punti nascita delle strutture ospedaliere per le vaccinazioni da 0 ai 2 anni e con la rete dei consultori quali centri evoluti ed integrati di servizi alla famiglia, nell'ambito di un innovativo percorso di presa in carico dell'effettivo bisogno vaccinale del bambino da parte del pediatra di famiglia nel nuovo sistema di prevenzione e cure primarie.

2. Secondo quanto previsto dal decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219 per il regime di fornitura, dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017, articolo 1, lettera a) e dal PNPV, i vaccini inseriti nei programmi vaccinali per le patologie raccomandate sono medicinali totalmente rimborsabili dal Servizio sanitario nazionale. Il produttore deve richiedere, per ogni vaccino di cui è titolare di Autorizzazione all'Immissione in Commercio (AIC), l'attribuzione del prezzo e la classe di rimborsabilità ad AIFA. Il prezzo è determinato mediante contrattazione dell'AIFA, ai sensi dell'articolo 48, comma 33, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, secondo le modalità e i criteri indicati nella Delibera Cipe 1° febbraio 2001, n. 3, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 73 del 28 marzo 2001. Il CIPE, entro e non oltre novanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, aggiorna, per quanto concerne i criteri di contrattazione del prezzo dei vaccini, la Delibera Cipe 1° febbraio 2001, n. 3, tenendo conto del valore economico, del valore clinico e della sostenibilità per il Sistema sanitario nazionale, sulla base dell'analisi dei costi e dei prezzi mediante benchmark comunitario. Nei casi in cui la contrattazione non soddisfi l'interesse pubblico, l'AIFA, in alternativa: a) indice gara internazionale; b) ovvero procede attraverso l'importazione dall'estero; c) ovvero mediante produzione diretta secondo le modalità di cui al comma 5 dell'articolo 5.

3. Entro e non oltre sessanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute emana uno o più decreti ai fini dell'attuazione delle disposizioni di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, prevedendo in particolare, l'adeguamento delle relative procedure accentrate di acquisto di cui all'articolo 9, comma 3, del decreto legge 14 aprile 2014, n. 66 e all'articolo 1, comma 548, della legge 24 dicembre 2015, n. 208 a principi di rating di fornitura finalizzati alla razionalizzare della spesa sanitaria e all'efficientamento del sistema di acquisto dei vaccini.

4. L'avvenuta immunizzazione a seguito di malattia naturale, comprovata dalla notifica effettuata dal medico curante, ai sensi dell'articolo 1 del decreto del Ministro della sanità 15 dicembre 1990, esonera dalla relativa vaccinazione. A tal fine, il soggetto che risulta immunizzato per una patologia può chiedere di essere sottoposto alle vaccinazioni con vaccini, laddove disponibili, in formulazione monocomponente ovvero combinata in cui sia assente l'antigene per la malattia infettiva per la quale sussiste immunizzazione. In caso di indisponibilità in tali formulazioni, rimane raccomandata la vaccinazione con i vaccini in attuale disponibilità atti a coniugare profilassi, appropriatezza e sicurezza.

Conseguentemente, al comma 7 dell'articolo 5, premettere le seguenti parole: "Nel caso di esito negativo della contrattazione obbligatoria dell'AIFA,"»

Art. 5

5.11 (testo 2)

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Marin](#), [Rufa](#)

All'articolo 5, apportare le seguenti modificazioni:

a) *sostituire la rubrica con la seguente:* «Interventi in caso di emergenze sanitarie»;

b) *sostituire il comma 1, con il seguente:* «1. Qualora, nell'ambito dell'attività di monitoraggio delle coperture vaccinali svolta su base semestrale dal Ministero della salute, si rilevi un rischio concreto e attuale per la salute pubblica che possa derivare da emergenze epidemiche per una o più malattie prevenibili con vaccino ovvero anche per effetto di uno scostamento dagli obiettivi fissati dal PNPV, tale da ingenerare il rischio di compromettere specifiche immunità di gruppo o la diffusione di epidemie, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute, sentiti l'Istituto superiore di sanità e il NITAG, con intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province Autonome di Trento e di Bolzano, previa deliberazione del Consiglio dei Ministri, sono adottati Piani straordinari d'intervento. Tali piani prevedono l'obbligo di effettuazione di una o più vaccinazioni, su base nazionale, regionale o locale, per determinate coorti di nascita ovvero per gli esercenti le professioni o le attività sanitarie e socio sanitarie, educative e scolastiche. L'obbligo deve essere limitato al tempo ritenuto necessario a raggiungere gli scopi indicati. Il Piano straordinario deve definire la durata dell'obbligo e la sua estensione territoriale, nonché gli ulteriori interventi da adottare di tutela della salute pubblica ed individuale, le azioni di controllo da parte delle istituzioni e le sanzioni in caso di mancata ottemperanza delle misure del Piano medesimo.»;

c) *al comma 2 premettere le seguenti parole:* «Secondo le modalità e i tempi stabiliti nei piani di cui al comma precedente,»;

d) *al comma 3:*

1) *premettere le seguenti parole:* «Ferme restando le cause di esonero, ivi compresa la avvenuta immunizzazione,»;

2) *aggiungere infine le seguenti parole:* «Le maggiori entrate derivanti dall'irrogazione delle sanzioni sono destinate alla promozione della ricerca e sviluppo di nuove strategie vaccinali, nonché dell'incremento dell'efficacia e della sicurezza dei vaccini, ivi compresi quelli in formulazione monocomponente dedicata a specifiche situazioni cliniche, e di vaccini in grado di prevenire le infezioni da microrganismi multi-resistenti agli antibiotici.»

e) *sopprimere il comma 4;*

f) *sostituire il comma 5 con il seguente:* «5. In presenza dei presupposti di cui al comma 1, in attuazione dell'articolo 7, comma 2, della legge 23 dicembre 1978, n. 833, con decreto del Ministro della salute, sentiti l'AIFA e la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, può essere disposta l'integrazione della produzione di vaccini carenti monocomponenti e pandemici, privilegiando la messa in filiera di collaborazioni pubblico private atte a includere anche la partecipazione dello Stabilimento Chimico Farmaceutico militare, con sede a Firenze, nonché la partecipazione di produttori con consolidata esperienza nel settore della ricerca e sviluppo di vaccini, incaricando l'Istituto Superiore di Sanità di valutarne la relativa fattibilità.»;

g) *al comma 7 premettere le seguenti parole:* «Nel caso di esito negativo della contrattazione obbligatoria dell'AIFA,».

5.0.100

Il Relatore

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«5-bis

(Tutela del diritto all'inclusione scolastica dei soggetti per i quali le vaccinazioni sono controindicate per ragioni cliniche)

1. Ai soggetti per i quali la somministrazione delle vaccinazioni raccomandate dal PNPV è controindicata, in maniera temporanea o permanente, in ragione di specifiche condizioni cliniche

documentate, attestate dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale o da uno specialista del Servizio sanitario nazionale, è garantito il diritto all'inclusione nel rispetto della tutela della salute nelle istituzioni scolastiche del sistema nazionale d'istruzione e nelle scuole private non paritarie nonché nei centri di formazione professionale regionali e nei servizi educativi per l'infanzia. A tal fine, i soggetti non vaccinabili di cui al periodo precedente sono inseriti in classi in cui non sono presenti soggetti non vaccinati o non immunizzati per le malattie previste dal vigente PNPV, pur non rientrando tra coloro per i quali le vaccinazioni sono controindicate in ragione di specifiche condizioni cliniche documentate.

2. Qualora non sia possibile soddisfare le condizioni per la formazione delle classi previste dal comma precedente all'interno della stessa istituzione scolastica o dello stesso centro di formazione professionale, i soggetti non vaccinati o non immunizzati per le malattie previste dal vigente PNPV sono inseriti nelle classi dell'istituzione scolastica o del centro di formazione più vicino, ferme restando le disposizioni vigenti e i limiti di cui all'articolo 1, comma 201, della legge 13 luglio 2015, n. 107, e all'articolo 19, comma 7, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 luglio 2011 n. 111.

3. Al fine di garantire il diritto all'inclusione scolastica ai soggetti di cui al comma 1, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca, di concerto con il Ministro della salute, emana uno o più decreti contenenti linee-guida che offrono indicazioni volte a prevenire le occasioni di contagio e indicano le misure di sicurezza necessarie alla tutela dei soggetti per i quali le vaccinazioni sono controindicate ai sensi del comma 1. Le indicazioni contenute nelle Linee-guida riguardano azioni di informazione e promozione di scelte solidaristiche, indirizzi tecnici e organizzativi per l'igiene personale e la pulizia negli ambienti scolastici e criteri per la formazione delle classi.

4. Per garantire l'attuazione dei commi 1 e 2 del presente articolo, i dirigenti scolastici delle istituzioni del sistema nazionale di istruzione ed i responsabili dei servizi educativi per l'infanzia, dei centri di formazione professionale regionale e delle scuole private non paritarie trasmettono alle aziende sanitarie locali territorialmente competenti, entro il 10 marzo di ogni anno, l'elenco degli iscritti per l'anno scolastico o per il calendario annuale successivo. Le aziende sanitarie locali territorialmente competenti provvedono a restituire, entro il 10 giugno dello stesso anno, i suddetti elenchi, completandoli, sulla base dei dati contenuti nelle anagrafi vaccinali regionali e nell'anagrafe vaccinale nazionale, ai sensi dell'articolo 4, commi 1 e 2 della presente legge, con l'indicazione dei soggetti cui sono state somministrate le vaccinazioni previste dal PNPV, in base all'età, dei soggetti che hanno omesso o differito l'effettuazione delle medesime vaccinazioni, in ragione di specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal pediatra di libera scelta o dal medico di medicina generale o da uno specialista del Servizio sanitario nazionale, nonché dei soggetti immunizzati naturalmente. Nell'ipotesi di presentazione della richiesta di iscrizione nonché di raggiungimento di posizione utile per effetto dello scorrimento nelle liste d'attesa dopo la data del 10 marzo di ogni anno, all'atto dell'iscrizione, il dirigente scolastico o il responsabile del centro di formazione professionale o del servizio educativo richiederà all'Azienda sanitaria locale territorialmente competente di verificare, tramite l'anagrafe vaccinale regionale, la situazione vaccinale del soggetto interessato.

5. In via transitoria, al fine di assicurare l'attuazione dei commi 1 e 2 del presente articolo, nelle sole regioni e province autonome nelle quali non risulti istituita l'anagrafe vaccinale regionale e soltanto fino alla data di pubblicazione sulla Gazzetta ufficiale del primo piano di prevenzione e profilassi vaccinale, i dirigenti scolastici delle istituzioni scolastiche del sistema nazionale di istruzione e delle scuole private non paritarie nonché i responsabili dei centri di formazione professionale regionali e dei servizi educativi per l'infanzia, all'atto dell'iscrizione, richiedono ai genitori esercenti la responsabilità genitoriale, ai tutori o ai soggetti affidatari la presentazione di idonea documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni raccomandate dal PNPV in base all'età, ovvero l'esonero per avvenuta immunizzazione naturale o l'omissione o il differimento delle stesse in ragione di specifiche condizioni cliniche documentate, attestate dal pediatra di libera scelta o dal medico di

medicina generale o da uno specialista del Servizio sanitario nazionale, che controindichino una o più vaccinazioni in maniera temporanea o permanente. All'atto dell'iscrizione, la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni può essere sostituita dalla dichiarazione resa ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445; in tale eventualità, la documentazione comprovante l'effettuazione delle vaccinazioni deve essere presentata entro il 10 giugno di ogni anno. Per i casi in cui la procedura di iscrizione avviene d'ufficio, la documentazione di cui al primo periodo del presente comma deve essere presentata entro il 10 giugno di ciascun anno, senza preventiva presentazione di una dichiarazione resa ai sensi del citato decreto del Presidente della Repubblica n. 445 del 2000. Nell'ipotesi di presentazione della richiesta di iscrizione nonché di raggiungimento di posizione utile per effetto dello scorrimento nelle liste d'attesa dopo la data del 10 giugno, il dirigente scolastico o il responsabile del centro di formazione professionale o del servizio educativo, ai fini di cui ai commi 1 e 2 del presente articolo, richiederà al soggetto che intende iscriversi la presentazione della documentazione di cui al primo periodo del presente comma.»

5.0.3 (testo 3)

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Marin](#), [Rufa](#), [Di Marzio](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 5-bis.

(Educazione ai sani stili di vita)

1. Al fine di coordinare le politiche vaccinali con interventi educativi finalizzati alla promozione della salute rivolti alla popolazione, efficaci anche nel contrasto delle malattie infettive, e di promuovere l'educazione alla prevenzione e profilassi vaccinale nel percorso scolastico, a decorrere dall'anno scolastico successivo a quello all'entrata in vigore della presente legge, è introdotto nelle scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado l'insegnamento denominato "Educazione ai sani stili di vita", articolato su linee di intervento dedicate alla promozione della salute e dello sviluppo di condizioni personali, sociali ed ambientali che favoriscano sani stili di vita, anche attraverso la sensibilizzazione alla prevenzione e alla profilassi vaccinale.

2. In ogni istituto scolastico è costituito un Gruppo di coordinamento dell'azione preventiva e proattiva di educazione ai sani stili di vita con il compito di supporto e monitoraggio della formazione e dell'insegnamento di cui al comma dedotti in Piano formativo, sviluppato in collaborazione con le Aziende Sanitarie che mettono a disposizione le necessarie competenze e conoscenze formative e professionali.

3. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, d'intesa con il Ministero della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, entro e non oltre, centottanta giorni dall'entrata in vigore della presente legge, emana uno o più decreti di attuazione del presente articolo, con particolare riguardo alla formazione degli insegnanti, alle modalità di didattica, anche con strumenti multimediali, e all'inserimento nei programmi di studi della materia e delle tematiche ad essa collegate.»

Art. 7

7.3 (testo 2)

[Sileri](#), [Cantù](#), [Fregolent](#)

Al comma 1, sostituire le parole "dalla data di entrata in vigore del primo piano nazionale di prevenzione" con le seguenti: «dalla data di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del primo piano nazionale di prevenzione e profilassi».

EMENDAMENTO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [299](#)

Art. 3

3.2 (testo 3)

Il Relatore

All'articolo apportare le seguenti modifiche:

a) *al comma 2, dopo la parola: «decreto» inserire le seguenti parole: «, da adottare ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, **previa intesa** in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome,»;*

b) *al comma 2 sostituire le parole: «all'accesso al telelavoro per il paziente» con le seguenti: «ai fini del riconoscimento del criterio di priorità nell'accoglimento dell'eventuale richiesta di esecuzione del rapporto di lavoro in modalità agile».*

c) *dopo il comma 2 aggiungere il seguente:*

«2-bis. All'articolo 18, comma 3-bis, della legge 22 maggio 2017, n. 81, sono aggiunte, in fine, le seguenti parole: "ovvero dai soggetti riconosciuti secondo le norme vigenti come affetti da fibromialgia"».

Conseguentemente, alla rubrica aggiungere le seguenti parole: «e norme per i lavoratori affetti da fibromialgia».

1.3.2.1.2. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 119 (pom.) del 28/01/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 119
MARTEDÌ 28 GENNAIO 2020

Presidenza della Vice Presidente
[CANTU'](#)

Orario: dalle ore 14,35 alle ore 15,55

AUDIZIONI INFORMALI NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI DI LEGGE NN. 300 E 1040 (STOMIZZATI), DEI DISEGNI DI LEGGE NN. 1202 E 1272 (SENSIBILITA' CHIMICA MULTIPLA) E DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1346 (INFERMIERE DI FAMIGLIA)

[video](#)

[video](#)

[video](#)

1.3.2.1.3. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 115 (pom.) del 04/02/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12ª)
MARTEDÌ 4 FEBBRAIO 2020
115ª Seduta

Presidenza della Vice Presidente
CANTU'

La seduta inizia alle ore 16,10.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Proposta di indagine conoscitiva sulla qualità e quantità di cure, anche palliative, offerte nelle residenze sanitarie assistenziali, con particolare attenzione all'appropriata presa in carico dei pazienti affetti da demenza senile o alzheimer.

La **PRESIDENTE**, nell'introdurre l'esame dell'argomento all'ordine del giorno, ricorda che la proposta d'indagine conoscitiva in titolo, avanzata dalla senatrice Binetti, è stata già ampiamente illustrata e discussa in sede di Ufficio di Presidenza integrato dai Rappresentanti dei Gruppi, dove si è registrato un generale consenso circa l'opportunità di svolgere tale procedura informativa.

Propone quindi di dare detta proposta per illustrata e di trasmettere alla Presidente del Senato la prescritta richiesta di autorizzazione allo svolgimento dell'indagine conoscitiva, prefigurando per quest'ultima la più ampia forma di pubblicità dei lavori.

Conviene la Commissione.

La **PRESIDENTE** invita i Gruppi a far pervenire le proposte di audizione entro le ore 16 del prossimo martedì 18 febbraio.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

CONVOCAZIONE DELL'UFFICIO DI PRESIDENZA

La **PRESIDENTE** avverte che al termine della seduta si terrà una riunione dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai rappresentanti dei Gruppi, per la programmazione dei lavori.

Prende atto la Commissione.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni svolte il 28 gennaio scorso, in sede di Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, sui disegni di legge nn. [1202](#) -[1272](#) (sensibilità chimica multipla) e [1346](#) (infermiere di famiglia), e nel corso delle audizioni svolte in data odierna, nella medesima sede, sul disegno di legge n. [869](#) (prevenzione malattie cardiovascolari), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente depositata nelle successive audizioni connesse all'esame dei predetti disegni di legge.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 16,15.

1.3.2.1.4. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 142 (ant.) del 18/06/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12ª)
GIOVEDÌ 18 GIUGNO 2020
142ª Seduta

Presidenza del Presidente
COLLINA

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40.

IN SEDE CONSULTIVA

(1812) Conversione in legge del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19

(Parere alla 1a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole con osservazioni)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta del 16 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale.

Il relatore **ENDRIZZI** (M5S) dà lettura dello schema di parere - favorevole, con osservazioni - pubblicato in allegato.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia allo svolgimento della replica.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

La senatrice **CANTU'** (L-SP-PSd'Az), nel ribadire le riserve del proprio Gruppo, tanto sul merito del provvedimento quanto sul metodo seguito dal Governo, dichiara voto di astensione in ragione del recepimento, all'interno del parere, dei contributi forniti dagli esponenti dell'opposizione.

La senatrice **RIZZOTTI** (FIBP-UDC) ritiene che le osservazioni inserite nella proposta di parere, pur recependo alcuni spunti scaturiti dalla discussione, siano formulate in maniera non sufficientemente incisiva. Saggiunge che il Governo persevera nell'errore di non tenere nella dovuta considerazione l'apporto del Parlamento: a riprova di ciò, segnala che durante i lavori dell'Assemblea, nella giornata di ieri, il Presidente del Consiglio ha mostrato un atteggiamento irrispettoso, a suo giudizio, durante l'intervento del Presidente del Gruppo Forza Italia. Tanto premesso, dichiara voto di astensione.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD), dopo aver evidenziato che lo schema di parere recepisce in maniera ineccepibile le indicazioni scaturite dal dibattito, annuncia che il suo Gruppo esprimerà un voto favorevole.

Dichiara a sua volta voto favorevole la senatrice [PIRRO](#) (M5S), sia in ragione dei contenuti del provvedimento, ritenuti del tutto condivisibili, sia in considerazione dell'apprezzabile lavoro svolto dal relatore.

Non essendovi altre richieste d'intervento, previa verifica del numero legale, lo schema di parere presentato dal relatore è posto ai voti e risulta approvato.

Il [PRESIDENTE](#) dispone la sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle ore 8,50, riprende alle ore 9,20.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

Il [PRESIDENTE](#) riferisce gli esiti della riunione dell'Ufficio di Presidenza, integrato dai Rappresentanti dei Gruppi, appena conclusa.

Si è convenuto di iscrivere all'ordine del giorno della Commissione, nell'arco delle prossime settimane, i seguenti argomenti: disegno di legge n. 913 (Faraone e altri), concernente "Disposizioni recanti interventi finalizzati all'introduzione dell'esercizio fisico come strumento di prevenzione e terapia all'interno del Servizio sanitario nazionale"; disegno di legge n. 1519 (Castellone e altri), concernente "Modifiche al decreto legislativo 17 agosto 1999, n. 368, recante attuazione della direttiva 93/16/CEE in materia di formazione specialistica dei medici"; disegno di legge n. 1660 (Cantu' e altri), recante "Disposizioni volte ad incentivare il raggiungimento di *standard* qualitativi elevati dei prodotti agroalimentari italiani introducendo un sistema di *rating* per la certificazione di eccellenza e riforma del sistema di prevenzione, programmazione e controllo nella sanità pubblica veterinaria"; disegno di legge n. 1715 (Castellone e altri), recante "Riforma del Sistema di emergenza sanitaria territoriale 118"; disegno di legge n. 1827 (Boldrini e altri), recante "Istituzione dello psicologo delle cure primarie" (quando assegnato); Doc. XXII n. 19 (Zaffini e altri), recante "Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)".

In relazione agli atti summenzionati, la Presidenza si riserva di valutare le tempistiche di iscrizione all'ordine del giorno, nella cornice disegnata dall'Ufficio di Presidenza, avuto riguardo ai complessivi carichi di lavoro della Commissione, nonché di disporre i necessari abbinamenti a norma di Regolamento. La Presidenza ha inoltre registrato la richiesta, avanzata dai Rappresentanti dei Gruppi di opposizione, che il disegno di legge n. 1660 sia il testo capofila anche in presenza di eventuali provvedimenti concorrenti.

Si è altresì convenuto, quanto ai disegni di legge già *in itinere*, che saranno trattati prioritariamente, oltre al disegno di legge n. 867-B, i provvedimenti concernenti uso dei defibrillatori (per i quali si ritiene conclusa la fase delle audizioni), epilessia, infermiere di famiglia, disturbi alimentari e trasparenza in sanità (cd. *Sunshine act*), mentre sul disegno di legge in materia di *teaching hospital*, in corso d'esame presso le Commissioni riunite 7a e 12a, si svolgerà una valutazione per verificare le implicazioni, di merito e procedurali, derivanti dall'avvio della trattazione del predetto disegno di legge n. 1519.

Riguardo al tema dell'epilessia, si è concordato di fissare sin da ora termine per emendamenti e ordini del giorno - da riferire al testo base già adottato (disegno di legge n. 716, Errani e altri) - alle ore 12 di

lunedì 29 giugno.

Si è convenuto, infine, che si tornerà a dedicare uno spazio tendenzialmente settimanale al sindacato ispettivo e che, sempre in tema di procedure informative, saranno portate avanti le indagini conoscitive sulle RSA e sul numero unico 112, ferma restando l'attenzione sull'evoluzione della situazione epidemiologica. Si valuterà, inoltre, se l'indagine conoscitiva sul numero unico 112 possa rappresentare la sede adeguata per istruire anche il disegno di legge n. 1715.

Il Presidente avverte, in conclusione, che nel corso della prossima settimana si darà la priorità agli argomenti già in trattazione nella corrente settimana e non conclusi (disegni di legge n. 867-B e n. 1441 e connessi, in sede redigente, e atti inerenti alla partecipazione dell'Italia alla UE, in sede consultiva).

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 9,25.

PARERE APPROVATO DALLA COMMISSIONE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1812

La Commissione,

premessò che:

il decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, ha l'obiettivo di favorire il contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19, recando misure per la fase che va dal 18 maggio 2020 al 31 luglio 2020; l'articolo 1 del decreto-legge in esame prevede, in particolare, che le limitazioni alla circolazione cessano di avere effetto a decorrere dal 18 maggio 2020, per quanto concerne gli spostamenti all'interno del territorio regionale, e a decorrere dal 3 giugno per quanto concerne gli spostamenti interregionali, fatta salva la possibilità di adottare nuove limitazioni in relazione a specifiche aree del territorio nazionale;

nello specifico, l'articolo 1, comma 13, del decreto-legge in esame prevede che le attività didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado, nonché la frequenza delle attività scolastiche e di formazione superiore, siano svolte con modalità definite con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri; il comma 14 dello stesso articolo prevede che le attività economiche, produttive e sociali, debbano svolgersi nel rispetto dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio, nel rispetto dei principi contenuti in protocolli o linee guida nazionali;

rilevato che la riapertura delle attività didattiche nelle scuole di ogni ordine e grado e la ripresa delle attività economiche, produttive e sociali devono necessariamente avvenire nel rispetto dei protocolli di sicurezza, in modo da contenere la diffusione del COVID-19 e garantire la tutela della salute di tutti i soggetti coinvolti;

richiamato l'impegno del Governo, approvato dal Senato in data 9 giugno 2020, ad *"aggiornare in base all'evoluzione delle nuove conoscenze e delle condizioni, le linee guida ed i protocolli per assicurare agli operatori regole certe, semplici ed efficaci a contrastare la diffusione del virus anche per quanto attiene alla sanificazione degli ambienti"*;

esprime, per quanto di competenza, parere favorevole, con le seguenti osservazioni:

- 1) è necessario che la riapertura delle scuole di ogni ordine e grado pubbliche e paritarie e la

ripresa delle attività di didattica frontale, quali requisiti fondamentali per rendere effettivo il diritto allo studio degli studenti ed offrire pari opportunità di istruzione a tutti, contemplino l'adozione di modalità di prevenzione idonee a garantire le condizioni di massima sicurezza per tutti i fruitori degli istituti, quali studenti, docenti e personale scolastico, e siano coniugate con azioni e interventi di appropriata tutela e relazione inclusiva dei minori disabili e con fragilità cognitive, comportamentali e disturbi nell'apprendimento;

2) è necessario che, nel riavvio delle attività economiche, produttive e sociali, siano applicati criteri, metodologie e prodotti adeguati alla disinfezione e alla sanificazione degli ambienti presso i quali si svolgono le medesime attività, che siano riconosciuti esclusivamente da soggetti e strutture preposti a certificarne e garantirne l'efficacia.

1.3.2.1.5. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 137 (ant.) del 23/06/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 137
MARTEDÌ 23 GIUGNO 2020

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Orario: dalle ore 12,30 alle ore 13,35

AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEL DISEGNO DI LEGGE N. 1346 (INFERMIERE DI FAMIGLIA)

[VIDEO](#)

1.3.2.1.6. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 138 (pom.) del 30/06/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 138
MARTEDÌ 30 GIUGNO 2020

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Orario: dalle ore 18,10 alle ore 18,55

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI
DI LEGGE NN. 1346 E 1751 (INFERMIERE DI FAMIGLIA)*

[VIDEO](#)

1.3.2.1.7. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (pom.) del 30/06/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 30 GIUGNO 2020
145^a Seduta

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,05.

IN SEDE CONSULTIVA

[\(1721\)](#) Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019

[\(Doc. LXXXVI, n. 3\)](#) Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea per l'anno 2020

[\(Doc. LXXXVII, n. 3\)](#) Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea, relativa all'anno 2019

(Relazione alla 14a Commissione sul disegno di legge n. 1721. Parere alla 14a Commissione sul Doc. LXXXVI n. 3 e sul Doc. LXXXVII, n. 3. Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 23 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che è stata dichiarata conclusa la discussione generale congiunta.

Nella sua qualità di relatore, dà quindi lettura di uno schema di relazione - favorevole, con osservazioni - sul disegno di legge n. 1721, pubblicato in allegato.

Riguardo alla Relazione programmatica sulla partecipazione dell'Italia all'UE per l'anno 2020 e alla Relazione consuntiva sulla partecipazione dell'Italia all'UE anno 2019, propone di esprimere pareri favorevoli.

In riferimento allo schema di relazione sul disegno di legge n. 1721, la senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) premette, al fine di qualificare al meglio la *ratio* e la finalità dei propri contributi, che di recente è stata identificata una molecola - tra oltre 4.000 in uso per l'osteoporosi, il raloxifene - che può sensibilmente ridurre gli effetti di replicabilità del Covid. Questo, a suo avviso, dovrebbe consentire di affrontare un'eventuale seconda ondata con maggiore consapevolezza, con migliori strumenti sia di intercettazione che di cura, a partire dai casi lievi e moderati, e quindi avere effetti meno catastrofici di quelli già osservati agendo precocemente sulla malattia associata all'infezione. Fa presente che tale risultato è frutto di una collaborazione pubblico-privato, ciò che a suo giudizio è

controprova che, quando non sono prevalenti effetti distorsivi, la *governance* duale può "performare" meglio di una *governance* solo pubblica o solo privata, anche nel campo della ricerca e dell'innovazione. In tale direzione, ritiene che si possa dare un importante contributo nel pronunciamento consultivo sul disegno di legge in esame, valorizzando le capacità e le risorse disponibili, allargando la sfera di intervento anche sulla medicina veterinaria, dunque in materia di Sicurezza e Igiene delle produzioni, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati, Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche e più in generale dell'intera filiera agroalimentare intesa come "estensione della Sanità". Reputa che non vi possa essere Sanità senza un'Alimentazione sana e sicura e che per rendere ciò possibile si dovrebbe orientare normativamente la programmazione di tutte le risorse già disponibili a sistema.

Stima pertanto necessario, già in sede di legge di delegazione europea, cominciare a dare prova di una visione proattivamente funzionale ad un vero cambiamento, onde dimostrare che l'Italia non è quel Paese "cicala" che alcuni Stati europei cosiddetti frugali vogliono far credere, potenziando la prevenzione e agendo per la rifocalizzazione del Servizio sanitario nazionale accrescendone la resilienza al rischio di epidemie. Si potrebbe immaginare, a suo avviso, di ammodernare l'intera filiera andando legislativamente a sostenere e debitamente suggerire al mondo agroindustriale delle innovazioni in approccio *one health* che, per esempio, mediante controlli da remoto permettano di utilizzare molti meno antibiotici, di sprecare meno acqua, in sintesi di proiettare il Paese nel Futuro dotandolo di infrastrutture che ne cambino radicalmente il modo di concepire la tradizione con l'innovazione, promuovendo le vere eccellenze del *Made in Italy* e sani stili di vita che preservano la salute dei consumatori.

Ai predetti fini è stato presentato l'emendamento n. 14.8, di cui richiama i contenuti, che auspica sia trasformato in questa sede in una condivisa qualificante osservazione all'interno della relazione alla 14a Commissione.

Soggiunge che un altro tema molto importante, meritevole di essere preso in considerazione in chiave emendativa e di essere previamente dedotto in osservazione, è quello relativo alla messa in campo di politiche di prevenzione e profilassi vaccinale sempre più sicure ed efficaci, coniugando responsabilità e universalità di tutela e di protezione individuale e collettiva.

Ritiene cioè che si debba "approfittare" del Covid-19 perché anche i più ferventi no vax abbiano nei confronti dei vaccini un atteggiamento meno intransigente, andando a chiedere alle case produttrici di essere disponibili a dare quelle assicurazioni che non hanno mai dato sulla sicurezza dei loro prodotti. Ricorda che è recentissima l'adesione della Bayer al pagamento di una sanzione di 10 miliardi di euro per il glifosato: potrebbe essere un apripista per far sì che le industrie farmaceutiche siano tutte chiamate a responsabilità diretta e indiretta degli effetti dei loro prodotti sull'utente paziente.

Esprime il convincimento che questo potrebbe di molto aiutare ad un approccio sostanzialmente meno ostativo all'adesione vaccinale.

Fa presente che a tali fini è stato presentato l'emendamento 15.16, per la garanzia risarcitoria da parte del Servizio sanitario nazionale del danno conseguente a somministrazione vaccinale anche non obbligatoria purché raccomandata, che vuole essere di stimolo all'Esecutivo in punto di identificazione della filiera delle responsabilità e come tale è "isorisorse", chiamando a farsi carico di eventuali danni da vaccinazione anche imprevedibili e inattesi le ditte produttrici purché oltre ogni ragionevole dubbio sia provato il nesso eziologico causa effetto, superandosi così la logica dell'assunzione diretta da parte dello Stato degli oneri che conseguono a reazioni avverse e danni da vaccini. Reputa che, anche in questo caso, si verrebbero così a promuovere le migliori condizioni affinché la sfida della copertura vaccinale nel contrasto e prevenzione delle malattie trasmissibili si inserisca in un quadro di certezze normative.

Con riguardo allo schema di relazione sul disegno di legge n. 1721, la senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) auspica l'inserimento, nel testo della relazione, di condizioni concernenti il regolamento (UE) 2017/745, relativo alle malattie animali trasmissibili e che modifica e abroga taluni atti in materia di

sanità animale.

In particolare, ad avviso dell'oratrice, occorre: individuare, in attuazione del capo 2 del Regolamento (UE) 2016/429, nell'applicativo REV lo strumento per consentire alle autorità competenti, nell'ambito delle attività di sorveglianza delle malattie animali e dei residui dei medicinali veterinari nei prodotti e sottoprodotti di origine animale, di acquisire dati e informazioni risultanti dalla somministrazione di ogni tipo di medicinale veterinario all'animale, compresi i medicinali veterinari ad azione stupefacente e psicotropa soggetti al D.P.R. 309/90, appartenenti alla Tabella dei medicinali, sez. B, C, D ed E; sopprimere la lettera *h*) del comma 2 dell'articolo 15; eliminare i gruppi di prodotti di cui ai punti 2, 3, 4 e 5 dall'elenco dei prodotti senza scopi medici, di cui all'allegato XVI del regolamento (UE) 2017/745, ripristinando quindi la configurazione attuale e garantendo una maggiore sicurezza per i pazienti e gli operatori, a condizione che i dispositivi immessi sul mercato soddisfino i requisiti del regolamento senza ulteriori elementi che distorcano la logica normativa; promuovere una classificazione specifica negli allegati, per i dispositivi medici di cui ai predetti punti 2, 3, 4 e 5, che differiscono dai prodotti che devono essere utilizzati esclusivamente da un medico in quanto si riferiscono al regolamento di base (gli allegati dovrebbero pertanto contenere solo i prodotti il cui uso è effettuato da un medico); coinvolgere i rappresentanti e i tecnici della classe medica di riferimento in gruppi di lavoro volti a redigere, approvare e rivedere gli allegati coinvolgendo i rappresentanti delle società scientifiche che rappresentano i medici di questo settore sul territorio europeo.

Il [PRESIDENTE](#), relatore, si riserva di valutare le proposte di integrazione allo schema di relazione.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

(867-B) Disposizioni in materia di sicurezza per gli esercenti le professioni sanitarie e socio-sanitarie nell'esercizio delle loro funzioni, approvato dal Senato e modificato dalla Camera dei deputati

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 23 giugno.

Il [PRESIDENTE](#) ricorda che nella summenzionata seduta, dopo aver dato atto degli ordini del giorno e degli emendamenti presentati, si è riservato di pronunciarsi sull'ammissibilità degli stessi.

Nello sciogliere la riserva, dichiara: inammissibili gli ordini del giorno G/867-B/1/12 e G/867-B/4/12, in quanto non correlati, neppure sotto il profilo sostanziale, a parti del testo modificate o introdotte dalla Camera; ammissibili gli ordini del giorno restanti e gli emendamenti.

Quindi, mancando ancora i prescritti pareri della Commissione bilancio, rinvia il seguito della trattazione ad altra seduta.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia

(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia

(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'11 febbraio.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale e che il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti, da riferire al testo base (disegno di legge n. 716), è stato fissato alle ore 12 di domani, mercoledì 1° luglio.

La relatrice **PIRRO** (M5S), intervenendo in replica, esprime il convincimento che sia opportuno confermare il testo base già adottato, fermo restando che si potrà intervenire in sede emendativa per migliorare il provvedimento alla luce delle audizioni e della discussione svolte. Rimarca conclusivamente l'urgenza di legiferare in materia di epilessia.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia allo svolgimento della replica.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione del disegno di legge n. 1346. Congiunzione con la discussione del disegno di legge n. 1751 e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 1° agosto 2019.

Il relatore **Giuseppe PISANI** (M5S) illustra il disegno di legge n. 1751. In considerazione dell'affinità delle materie trattate, propone di discutere congiuntamente i disegni di legge n. 1346 e 1751, rinviando a un momento successivo le determinazioni in ordine all'adozione del testo base.

Conviene la Commissione.

Il Relatore esprime il convincimento che la fase istruttoria possa ritenersi esaurita con le audizioni in programma quest'oggi.

Il **PRESIDENTE** avverte che ha ritenuto di ammettere un'ulteriore audizione, suggerita dalla senatrice Boldrini nella sua qualità di prima firmataria del disegno di legge n. 1751.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE DELIBERANTE

(1441) Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Gallinella e Chiara Gagnarli; Minardo; Mulè ed altri; Rizzetto ed altri; Misiti ed altri; Paola Frassinetti ed altri; Leda Volpi ed altri; Rizzo Nervo ed altri

(320) MARSILIO. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedaliero

(947) Cinzia LEONE ed altri. - Disposizioni in materia di utilizzo dei defibrillatori semiautomatici e automatici esterni sul territorio nazionale

(1410) Paola BOLDRINI ed altri. - Disposizioni in materia di diffusione dei defibrillatori semiautomatici o automatici esterni

(1501) Sonia FREGOLENT ed altri. - Modifiche alla legge 3 aprile 2001, n. 120, in materia di utilizzazione dei defibrillatori semiautomatici e automatici in ambiente extraospedalieri

- e delle petizioni nn. 97, 98 e 355 ad essi attinenti

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 23 giugno.

Il **PRESIDENTE** ricorda che si è conclusa la discussione generale e che il termine per la presentazione di ordini del giorno ed emendamenti è fissato alle ore 12 di domani, mercoledì 1° luglio.

Quindi, in qualità di relatore, fa rilevare, in sede di replica, che il provvedimento in discussione è stato approvato dalla Camera in maniera unanime e che ci sono le condizioni perché sia celermente trasformato in legge. Saggiunge che, essendo previsti dal testo provvedimenti attuativi, nell'ambito di questi ultimi potranno essere introdotte ulteriori migliorie, ove necessario.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia alla replica.

Sull'ordine dei lavori intervengono, quindi, le senatrici **RIZZOTTI** (FIBP-UDC), **BINETTI** (FIBP-UDC) e **BOLDRINI** (PD).

Il **PRESIDENTE** assicura che si adopererà perché vi siano quanto prima le condizioni procedurali per concludere l'*iter*.

Il seguito della discussione congiunta è quindi rinviato.

La seduta termina alle ore 15,50.

SCHEMA DI RELAZIONE PROPOSTO DAL RELATORE SUL DISEGNO DI LEGGE N. 1721

La Commissione,

esaminato, per quanto di competenza, il disegno di legge in titolo;
premessi che:

con riferimento alle materie di interesse della Commissione, appaiono di rilievo gli articoli 14 e 15; l'articolo 14 reca una disciplina di delega per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/429 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 9 marzo 2016, concernente le malattie animali trasmissibili nonché modifiche ed abrogazioni di taluni atti in materia di sanità animale;

l'articolo 15 reca una disciplina di delega per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni di due regolamenti europei, relativi, rispettivamente, ai dispositivi medici in generale ed ai dispositivi medici diagnostici *in vitro* - regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017, e regolamento (UE) 2017/746 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 5 aprile 2017;

appare opportuno integrare i principi e criteri direttivi concernenti l'adeguamento al predetto regolamento sui dispositivi medici, allo scopo di stabilire che, nel rispetto della normativa europea in questione:

a) per assicurare la conformità al principio di proporzionalità della risposta sanzionatoria, le sanzioni amministrative sono ridotte di un terzo quando la violazione è commessa da imprese

aventi i parametri di microimpresa;

b) nell'individuazione delle modalità di tracciabilità, si devono tenere presenti le peculiarità dei dispositivi medici su misura, esentando se possibile questi ultimi dal regime valevole per la generalità dei dispositivi medici;

formula, per quanto di competenza, una relazione favorevole, con le seguenti osservazioni:

si valuti l'opportunità, al comma 2 dell'articolo 15, di apportare le seguenti modifiche:

1) alla lettera *d*), si introduca il principio secondo cui il sistema sanzionatorio prevede la riduzione di un terzo della sanzione amministrativa quando la violazione è commessa da imprese aventi i parametri di microimpresa di cui alla raccomandazione 2003/361/CE del 6 maggio 2003;

2) alla lettera *e*), si introduca il principio secondo cui le modalità di tracciabilità non si applicano ai dispositivi medici su misura, ovvero, in subordine, si applicano a questi ultimi con accorgimenti che tengono conto delle loro peculiarità.

1.3.2.1.8. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 139 (pom.) del 07/07/2020

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi parlamentari

Riunione n. 139
MARTEDÌ 7 LUGLIO 2020

Presidenza del Presidente
[COLLINA](#)

Orario: dalle ore 15,35 alle ore 16,25

*AUDIZIONI INFORMALI, IN VIDEOCONFERENZA, NELL'AMBITO DELL'ESAME DEI DISEGNI
DI LEGGE NN. 1346 E 1751 (INFERMIERE DI FAMIGLIA)*

[VIDEO](#)

1.3.2.1.9. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (ant.) del 13/01/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCOLEDÌ 13 GENNAIO 2021
195^a Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Interviene il vice ministro della salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 9,45.

IN SEDE CONSULTIVA

(1892) Deputati DELRIO ed altri. - Delega al Governo per riordinare, semplificare e potenziare le misure a sostegno dei figli a carico attraverso l'assegno unico e universale, approvato dalla Camera dei deputati

(Parere alla 11a Commissione. Seguito e conclusione dell'esame. Parere favorevole)

Prosegue l'esame, sospeso nella seduta di ieri.

La [PRESIDENTE](#) dichiara aperta la discussione generale.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) fa presente che le misure per il sostegno economico delle famiglie hanno caratterizzato l'operato anche dei Governi precedenti: una pluralità di interventi diversi quali il *bonus* bebé, gli assegni di maternità e i *bonus* per gli asili nido, che rappresentano misure di scopo e limitate nel tempo. Dà atto che il riconoscimento di un assegno unico per il sostegno dei figli mira all'unificazione delle diverse misure, adottate in passato, al fine di utilizzare un parametro unitario valido per tutti i nuclei familiari. Giudica la *ratio* dell'emanazione dell'assegno unico basata su due obiettivi fondamentali: in prima battuta, sostenere i genitori nella crescita dei figli, poi sostenere il figlio maggiorenne per favorirne l'autonomia.

Osserva che, data la diversità di composizione e di esigenze dei nuclei familiari, nonché la loro capacità di spesa, la consistenza effettiva dell'assegno non è commisurata alle prospettive delle famiglie stesse. In tal senso, ritiene che i criteri di gradualità per la concessione dell'assegno rappresentino un punto critico, dimostrando la limitatezza sul piano pratico della misura universalistica. Saggiunge che il supporto alle politiche demografiche dell'assegno universale viene ad essere limitato dalla scarsità delle risorse economiche previste.

Con riferimento all'articolo 2, comma 1, lettera *b*), pone alcuni interrogativi sul riconoscimento dell'assegno ai figli maggiorenni, nella fattispecie agli universitari, ai tirocinanti o a coloro che svolgono il servizio civile, evidenziando come le diverse figure rappresentino esigenze molto diverse fra loro. Paveggia pertanto che tale misura possa rappresentare un ulteriore finanziamento a pioggia

senza centrare l'obiettivo.

Nel ricordare che il Gruppo di Forza Italia è sempre stato sensibile alle misure a sostegno della famiglia, dubita che lo strumento dell'assegno universale, per come configurato dal provvedimento in esame, sia rispondente ai bisogni della stessa.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*), nel ribadire che le politiche a favore della famiglia sono sempre state nel programma politico del proprio Gruppo, giudica indispensabile superare la frammentazione normativa degli interventi a sostegno della natalità.

Osserva che il ricorso allo strumento della delega, con il rinvio all'adozione dei decreti legislativi, non conferisce concretezza all'applicazione delle norme, considerati i tempi lunghi che spesso caratterizzano la fase attuativa.

A suo avviso, l'adozione dell'assegno unico doveva coniugarsi con un riordino del sistema fiscale, in difetto del quale essa rischia di trasformarsi nella previsione dell'ennesimo *bonus*. Inoltre, paventa che l'assegno unico non rappresenti un reale aiuto al ceto medio, in quanto le risorse stanziare sono esigue. Da ultimo, critica la disposizione recata dall'articolo 1, comma 1, lettera *f*), che prevede l'erogazione dell'assegno anche agli stranieri residenti in Italia per almeno due anni, non necessariamente continuativi, lamentando che, in assenza di controlli, il beneficio potrebbe essere percepito anche senza titolo.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*), nel ricordare che il tema dell'assegno unico fu affrontato in maniera trasversale anche nella scorsa legislatura, giudica il testo, approvato dalla Camera dei deputati e risultante dall'unificazione di più progetti di legge, una cornice legislativa per superare la frammentazione delle norme già previste in materia. Si trova d'accordo nel sostenere che la denatalità non è stata in passato affrontata con adeguate risorse economiche e che i *bonus* finora erogati hanno rappresentato misure di scopo non continuative. Ritiene che la lungimiranza del provvedimento in esame consista nell'aver previsto un sostegno economico fino ai 26 anni di età, in modo da supportare non solo le famiglie, ma anche i figli nella loro ricerca di autonomia. Fa presente che l'articolo 2, comma 1, lettera *b*), destina un importo maggiorato per i figli con disabilità, che può tradursi anche in credito d'imposta. Saggiunge inoltre che è prevista l'istituzione di un organismo aperto alla partecipazione delle Associazioni dei familiari maggiormente rappresentative, che avrà il compito di monitorare l'impatto della norma. Fa rilevare che con l'attuazione del provvedimento in esame si perverrà a un graduale riordino delle norme finora previste in materia.

Da ultimo, si dichiara d'accordo con la senatrice Rizzotti sulla necessità di rapida emanazione dei decreti attuativi ed esprime la convinzione che il provvedimento rappresenti l'inizio di un percorso, che consentirà infine all'Italia di uniformarsi ai migliori *standard* europei.

La senatrice [PIRRO](#) (*M5S*), nel chiarire alcuni aspetti tecnici del provvedimento, fa presente che l'assegno unico è una misura universale rivolta a tutte le famiglie con figli. Ricorda poi le risorse aggiuntive, stanziare nella legge di bilancio per il 2021, per sostenere i nuclei familiari, pari a 3 miliardi per il 2021 e 8 miliardi per il 2022. Quanto alla critica espressa dalla senatrice Rizzotti sulla concessione dell'assegno agli stranieri residenti non continuativamente, fa presente che tale disposizione rappresenta un elemento di civiltà. Saggiunge che i percettori senza titolo delle provvidenze vanno perseguiti, a prescindere dalla loro nazionalità.

Replica brevemente la senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*), ribadendo che l'assegno unico, a suo giudizio, non dovrebbe essere erogato a chi non risiede stabilmente in Italia.

Non essendovi altre richieste d'intervento, la [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale.

La relatrice [CASTELLONE](#) (*M5S*), in sede di replica, sottolinea che l'assegno unico permette un riordino della normativa in materia, allineandola agli *standard* europei. Si sofferma in particolare sul

sostegno alla genitorialità per le madri *single* o di età inferiore ai 21 anni, per le quali non erano state previste finora disposizioni specifiche. Reputa che la denatalità nel Paese sia determinata dalla mancanza di sostegni concreti alle famiglie. Plaudendo alla completezza della norma in esame, e dando atto della complessità della stessa, propone di esprimere un parere favorevole.

Il rappresentante del GOVERNO rinuncia allo svolgimento della replica.

Si passa alle dichiarazioni di voto.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) ritiene che, data la complessità del provvedimento, della quale la stessa relatrice ha dato atto, sarebbe stata opportuna la formulazione di uno schema di parere più articolato e corredato da alcuni distinguo. Annuncia pertanto l'astensione del proprio Gruppo.

La senatrice [IORI](#) (*PD*) è dell'avviso che, per superare il problema della denatalità, sia necessario riconoscere il diritto ad usufruire di un accompagnamento di natura economica ed educativa per le famiglie. Ciò premesso, dichiara il voto favorevole del proprio Gruppo.

La senatrice [LUNESU](#) (*L-SP-PSd'Az*) condivide le perplessità emerse nel corso del dibattito e ricorda che, nel corso dell'esame presso l'altro ramo del Parlamento, le proposte emendative del Gruppo Lega non sono state prese in considerazione. Nonostante ciò, dà atto che il provvedimento in esame interviene per favorire la natalità, in un Paese che ha un rilevante problema di invecchiamento della popolazione. Rileva che il riconoscimento dell'assegno universale mira espressamente al sostegno dei figli e delle famiglie, cercando di creare un compromesso tra lavoro e natalità. Plaude al riconoscimento dell'importo maggiorato per i ragazzi disabili presenti in famiglia. Rimarca la necessità di un miglioramento della misura, ma ritiene che essa sia un primo passo verso forme di politiche attive a sostegno delle famiglie. In conclusione, annuncia il voto favorevole del proprio Gruppo.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) trova che la *ratio* del provvedimento sia condivisibile, pur riconoscendo la fondatezza delle perplessità espresse dalle senatrici Rizzotti e Binetti. Dichiara, ciò premesso, voto favorevole.

La senatrice [PIRRO](#) (*M5S*) annuncia il voto favorevole del proprio Gruppo.

Nessun altro chiedendo di intervenire, accertata la presenza del numero legale, la [PRESIDENTE](#) mette ai voti la proposta di parere favorevole, che risulta approvata.

IN SEDE REDIGENTE

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 30 giugno 2020.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) ritiene che il tema centrale sia il salto di qualità che entrambi i testi in discussione prefigurano in termini di prevenzione, appropriatezza e innovazione nelle attività

sanitarie e socio sanitarie nella medicina territoriale, di famiglia e scolastica.

Si tratta a suo avviso di affrontare normativamente il problema della costruzione della rete distrettuale dei medici e infermieri di famiglia, che vada a coadiuvare il medico di cure primarie negli interventi di prevenzione, assistenza e cura domiciliare dei fragili e cronici secondo parametri di medicina di prevenzione accreditata e a contratto.

Ritiene che si debba costruire una "architrave evolutiva" del testo con un mandato al relatore, ove questo percorso fosse condiviso, perché su un argomento di questo genere sarebbe auspicabile deliberare all'unanimità, con un approccio coerente alla messa in campo di un nuovo sistema di governo delle acuzie e della cronicità, incentrato sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Rileva che oltre il 75 per cento delle risorse economiche del bilancio per la Sanità sono destinate alla cronicità: senza un cambio di paradigma delle cure croniche non si affronta strutturalmente il problema della scarsità di risorse per la sostenibilità futura in chiave universalistica del sistema sanitario, in chiave di riduzione al minimo dell'ospedalizzazione e riconduzione delle risposte di salute al livello domiciliare e ambulatoriale. Precisa che, in tale ottica, la figura dell'infermiere di famiglia non può prescindere dall'istituzione della rete di medicina territoriale *one health* di promozione della salute, che comprende anche i medici di medicina generale e i pediatri di famiglia in stretto raccordo e integrazione con i medici di continuità assistenziale.

Ritiene che alcuni postulati fondamentali non possono non essere tenuti in considerazione normativamente: occorrono strumenti di integrazione dei dati e delle informazioni mediante la messa in rete delle banche dati assistite, la trasformazione del fascicolo sanitario elettronico in fascicolo socio sanitario elettronico, la messa a disposizione della strumentazione di primo inquadramento diagnostico agganciata a supporto specialistico "*SOS Second Opinion Supporting*", personale amministrativo e ausiliario a supporto dei medici di cure secondo *standard*/parametri definiti.

Sottolinea che occorrono nuovi principi regolatori legittimanti a LEA un modello di presa in carico basato sulla condivisione di azioni, obiettivi e risultati di prevenzione e cura nella forma di *team* o *microteam* con infermiere e assistente sanitario, privilegiando il rapporto di convenzione opportunamente adeguato e sviluppando i parametri fondamentali, assunti a Contenuto Minimo Assistenziale del nuovo sistema garanzia dei LEA di Prevenzione e Medicina Territoriale, in una Rete delle Cure Primarie che comprende anche lo specialista ambulatoriale 'interno', con presenze decentrate ambulatoriali e domiciliari non solo nei presidi territoriali ma anche utilizzando gli strumenti di telemedicina e collaborando al telemonitoraggio in una logica di vera integrazione del *microteam* anche sul versante sociale.

Per il perseguimento delle finalità di entrambi i provvedimenti reputa imprescindibile una disciplina di garanzia per la strutturazione della Rete territoriale dei medici e infermieri di famiglia.

Osserva che, in chiave sistematica, dovrebbero qualificarsi ruolo e compiti dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie.

Soggiunge alcune esemplificazioni del percorso prospettato, rappresentando che nell'ambito del settore delle cure primarie dovrebbe essere prevista l'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, inteso come professionista erogatore del servizio infermieristico e delle professioni sanitarie, in forma singola o associata, a disposizione del cittadino, dei medici di cure primarie e delle autonomie locali. I compiti di assistenza domiciliare in capo all'infermiere di famiglia e delle professioni sanitarie, a suo parere, si dovrebbero rinvenire in normazione di rango nazionale, e dovrebbero essere intesi quali compiti di assistenza sanitaria, alternativi al ricovero ospedaliero, erogati in collaborazione con il medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta presso il domicilio del paziente, in presenza di patologie trattabili a domicilio e che non richiedano il ricovero ospedaliero.

Fa cenno alla necessità del riconoscimento, con disciplina di rango nazionale, anche della figura dell'assistente familiare, richiamando quanto si ebbe a dedurre in sede di affare assegnato 456 come proposta congiunta di tutte le forze di minoranza. Anziché fare una sanatoria per i migranti, propone di finalizzare almeno una parte delle importanti risorse disponibili, cassa integrazione compresa, per creare lavoro strutturato e giustamente remunerato per i cittadini italiani, nell'ambito dell'assistenza e

cura al domicilio delle persone e delle famiglie, istituendo il ruolo professionale dell'assistente familiare non solo per la protezione dell'anziano fragile (marginalizzando i ricoveri in struttura) ma anche di disabili non autosufficienti e minori, con un innovativo riconoscimento del lavoro di assistenza e cura del *caregiver* familiare.

Ritiene che in questi due anni e nove mesi di legislatura si sia appurato che il reddito di cittadinanza non crea una prospettiva di riscatto individuale per una nuova occupazione lavorativa, non almeno nei termini attesi, al contrario delle misure alternative che si propone di implementare.

Osserva, infatti, che si potrebbero creare nuovi posti di lavoro strutturati che prevalentemente assorbano la schiera di lavoratori provenienti dai settori ad elevata interazione con il pubblico, a ciò destinando il cosiddetto reddito di emergenza in fase di adozione, condizionandolo allo svolgimento di un lavoro di comunità che privilegia la disponibilità all'accudimento socioassistenziale e socioeducativo di minori, disabili, anziani. Ciò - aggiunge - permetterebbe di avviare un percorso di riconoscimento non solo etico ma giuridico-economico e previdenziale al lavoro di cura 'dentro' e 'per' la famiglia, con percorso responsabilizzante per ogni beneficiario del reddito di emergenza accompagnato da corsi di formazione differenziati e con supporto a distanza nel progetto di presa in carico del fragile a domicilio in *team care* con gli infermieri di famiglia e con i medici di cure primarie, a garanzia di appropriata continuità assistenziale del paziente a domicilio.

È un intervento che a suo giudizio si inserirebbe nel processo di rafforzamento sostanziale della medicina territoriale.

Reputa che il ripensamento dell'istituzionalizzazione e la riduzione della pressione sulle RSA nella nuova Rete di Long Term Care parta strategicamente dal potenziamento dei servizi domiciliari di presa in carico di anziani, disabili, minori non autosufficienti, che con la formula proposta darebbe anche lavoro ai cittadini, con una visione che va ad incrociare la curva discendente dell'emergenza sanitaria con quella ascendente dell'emergenza economica e sociale.

Qualificare il lavoro degli assistenti familiari, contrastare il lavoro sommerso e irregolare, sostenere le famiglie e le persone assistite sia economicamente che attraverso il supporto di azioni di orientamento e consulenza: queste le direttrici fondamentali dell'iniziativa legislativa auspicata, che si inserisce in un disegno più ampio di strategie di riqualificazione del sistema sanitario 'non solo cure Covid'.

Osserva che si tratta di un modello innovativo di regolazione e della formazione di un nuovo *welfare* di lavoro e di sostegno alla domiciliarità, con LEA socio sanitari e socio assistenziali integrati di contrasto all'emergenza sociale anti e *post Covid*.

A risorse date, ritiene che si potrebbe indentificare quale *target* prioritario il 40 per cento di quelli più compromessi degli 1,2 milioni di anziani con problemi cognitivi e/o demenze.

Per il percorso relativo alla formazione al lavoro di assistente familiare, reputa che si possano prevedere brevi sessioni di addestramento del *caregiver* da parte dell'infermiere di famiglia (formatore e certificatore) sul monitoraggio e sui sistemi di allerta.

Inoltre, attraverso delle schede educazionali, si può a suo avviso verificare l'avvenuto raggiungimento della capacità di gestire in modo autonomo il sistema di tele monitoraggio/teleconsulto, che permette all'assistente familiare di raggiungere sempre l'infermiere, che valuterà la necessità di allertare il medico di medicina generale. Saggiunge che le competenze ulteriori, relative all'igiene della persona e alle norme di primo soccorso, potrebbero essere ugualmente verificate, attraverso delle schede di addestramento, da parte dell'infermiere di famiglia.

La senatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) osserva che i temi delle cure primarie e dell'infermiere di famiglia sono venuti drammaticamente all'attenzione proprio nel periodo di emergenza sanitaria, in cui una sanità territoriale forte avrebbe permesso una gestione preventiva delle malattie, limitando l'accesso alle strutture ospedaliere.

In tal senso, l'istituzione dell'infermiere di famiglia è a suo giudizio positiva: agevolerà il supporto familiare nella corretta gestione della salute e renderà possibile una presenza capillare sul territorio, soprattutto per raggiungere le aree più interne del Paese.

Con riferimento ai suggerimenti pervenuti durante le audizioni, si augura che essi possano essere presi

in considerazione per semplificare il processo di inclusione di questa figura professionale. Paventa tuttavia che il riconoscimento dell'infermiere di famiglia non sia sufficiente, tenuto conto della pluralità di professionalità sanitarie richieste per la gestione dei bisogni di salute. Domanda se l'introduzione di tale figura vada a sommarsi alle 22 professionalità già esistenti o si tratti di una specializzazione dell'infermiere, già iscritto all' Ordine delle Professioni Infermieristiche. Inoltre, chiede se l'inserimento dell'infermiere di famiglia negli ambiti di operatività previsti dal provvedimento in esame abbia carattere di esclusività oppure interferisca sull'operatività degli altri infermieri che esercitano in tali contesti.

Con riferimento al disegno di legge n. 1346, ritiene che le maggiori criticità siano contenute nell'articolo 4, per la sovrapposizione di alcune competenze della nuova figura con quelle proprie dell'assistente sanitario. Reputa inoltre che vengano a crearsi competenze sovrapponibili a quelle dell'infermiere *tout court* e stima pertanto necessario operare dei distinguo.

Nel preannunciare la volontà di tradurre in emendamenti le perplessità manifestate, ritiene fondamentale istituire una figura professionale concretamente operativa, che abbia una formazione adeguata alle diverse esigenze di cura.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) ricorda che nel decreto-legge "Rilancio" la figura dell'infermiere di famiglia è stata già delineata, e che occorre in questa sede definirne ruoli e funzioni. Fa presente che l'Organizzazione mondiale della sanità ha indicato le peculiarità di tale figura professionale e richiama le esperienze positive fatte in alcune Regioni in cui essa è operativa, che hanno dimostrato che può esistere una adeguata risposta sanitaria sul territorio. Segnala che l'istituzione delle USCA ha limitato gli accessi alle strutture ospedaliere.

Ritiene che l'infermiere di famiglia debba essere un professionista che, con adeguate competenze *post* laurea e formazione specifica, sia in grado di far attivare tutti i servizi necessari (anche psicologici e assistenziali) per affrontare le diverse esigenze del malato e della famiglia.

Concorda circa l'opportunità di prendere in considerazione i suggerimenti emersi durante le audizioni, così come trova utile tenere conto di alcune linee guida che le Regioni hanno già promosso. Rimarca, infine, che la figura dell'infermiere di famiglia rappresenta solo una parte di una *équipe* professionale, composta anche dal medico di base e dal pediatra di libera scelta, ed è funzionale allo sviluppo di una reale sanità di prossimità.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

[\(716\) ERRANI ed altri.](#) - *Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia*

[\(116\) DE POLI.](#) - *Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia*

[\(1219\) Paola BINETTI ed altri.](#) - *Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia*

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'8 luglio 2020.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che è in corso la fase di illustrazione degli emendamenti.

Si passa all'illustrazione degli emendamenti riferiti all'articolo 2.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) dà conto dell'emendamento 2.1.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 11,15.

1.3.2.1.10. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 239 (ant.) del 24/06/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
GIOVEDÌ 24 GIUGNO 2021
239^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,45.

SINDACATO ISPETTIVO

Interrogazioni

Il sottosegretario SILERI risponde all'interrogazione n. 3-02492 della senatrice Binetti, sulle misure di sostegno ai malati gravi non autosufficienti, ricordando che il Ministero della salute, negli ambiti della realizzazione degli obiettivi prioritari individuati nel Patto per la Salute 2019-2021, e collegati alle strategie della "Missione Salute" previste nel Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, sta attuando una serie di iniziative mirate ad implementare le forme dell'offerta socio-sanitaria a vantaggio delle persone anziane non autosufficienti e fragili, sia in ambito di assistenza residenziale sia tramite l'assistenza domiciliare. In particolare, riguardo al percorso di riforma delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), il Ministero della salute ha avviato un Gruppo di lavoro per la definizione dei criteri essenziali a fondamento delle RSA, nell'ambito del Tavolo tecnico nazionale per l'accreditamento, che ha il compito di definire i requisiti minimi di sicurezza e qualità delle RSA. Inoltre, è stata istituita la Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana, incaricata di formulare proposte a peculiari aspetti concernenti le attività socio-sanitarie destinate ai soggetti e pazienti anziani. Segnala altresì che nelle settimane scorse, nell'ambito della "Cabina di Regia" per l'attuazione degli obiettivi prioritari individuati nel citato Patto per la Salute 2019-2021 e collegati alle strategie della "Missione Salute", si sono insediati presso il Ministero 3 Gruppi di lavoro, composti da rappresentanti del Ministero della salute, di AGENAS, delle Regioni e Province Autonome, che si avvalgono di qualificati esperti. Inoltre, sono in fase di definizione i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari. Fa presente che con il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, è stato istituito il "Fondo di sostegno per le strutture semiresidenziali per persone con disabilità", con una dotazione per l'anno 2020 pari a 40 milioni di euro, per garantire misure di sostegno alle strutture semiresidenziali che, in conseguenza all'emergenza da COVID-19, devono affrontare gli oneri determinati dall'adozione di adeguati sistemi di protezione del personale e degli utenti. Tali somme sono state trasferite alle Regioni, avendo esse il compito di parametrare il loro ammontare, in funzione della natura

"convenzionale/accreditata" ovvero "autorizzata" delle singole strutture che insistono nel territorio, tra le quali sono ricomprese le strutture gestite da organizzazioni "non profit" o da pubbliche amministrazioni, mentre sono escluse le strutture che non rientrano nella categoria "senza fine di lucro".

Per quanto riguarda il sostegno delle persone non autosufficienti che vivono in famiglia, ricorda l'attenzione alle persone con disabilità nell'ambito del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, con stanziamenti pari ad oltre 6 miliardi di euro. In questo senso, la tematica è presente in molte delle "Missioni" del PNRR (barriere architettoniche, trasporti, luoghi della cultura), sino alla realizzazione di una "Legge quadro della disabilità", per la quale sono stati allocati nel complesso 800 milioni di euro per il triennio 2021-2023. Tale "Legge quadro" consentirà anche l'allineamento con i principi della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità. Da ultimo, rammenta che in data 8 maggio 2021 il Ministro della salute ha emanato un'ordinanza che ha consentito la visita di familiari ed altre persone ai degenti in tutte le strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*), ringraziato il Sottosegretario, fa presente che attualmente, per la cura delle persone anziane, l'alternativa data è tra la famiglia e le RSA. Lamenta la fragilità del sistema delle RSA, a suo avviso già evidente in epoca *pre-Covid*, che ha comportato in epoca pandemica un aggravamento delle condizioni sia mediche che psicologiche dei pazienti: la mancanza di un contatto diretto con la famiglia e con la realtà esterna ne ha spesso compromesso la salute. Ricordando che gli ospiti di tali strutture hanno un orizzonte temporale di vita molto limitato, chiede al Governo di accelerare il processo di riforma del sistema di assistenza ed essi dedicato. In conclusione, si dichiara soddisfatta della risposta, pur segnalando la mancanza di termini temporali certi entro cui realizzare l'attesa riforma in sede di attuazione del PNRR.

Il sottosegretario SILERI risponde, quindi, all'interrogazione n. 3-02522 del senatore Magorno, sul rischio di chiusura del reparto di anestesia e rianimazione dell'ospedale "Giannettasio" di Corigliano-Rossano (Reggio Calabria).

Fa presente che la Regione Calabria ha adottato il Documento di riordino della rete ospedaliera, della rete dell'emergenza urgenza e delle reti tempo dipendenti con la Delibera del Commissario *ad Acta* n. 64 del 5 luglio 2016. Ricorda che il Presidio ospedaliero di Corigliano-Rossano, con il ruolo di DEA di I livello, è articolato su 2 stabilimenti e svolge il ruolo di "Spoke", con Unità di terapia intensiva cardiologica-UTIC per la rete dell'Infarto Miocardico Acuto-IMA, "Stroke unit" I livello ed è Pronto soccorso traumatologico-PST nella rete trauma. Saggiunge che tutte le Aziende del servizio sanitario della Regione Calabria hanno provveduto ad adottare il Piano di fabbisogno di personale 2020-2022, ma, in occasione delle riunioni dei Tavoli di verifica del Piano di rientro, è emerso un costante ritardo da parte delle Aziende sanitarie nel procedere alle assunzioni, nonostante le autorizzazioni rilasciate dalla Struttura commissariale regionale. Fa presente che la Calabria è una delle poche regioni ove si registra un decremento di spesa per il personale, ancorché la normativa emergenziale abbia destinato importanti finanziamenti per tale settore. La regione, in particolare, risulta in ritardo con le assunzioni previste dai decreti legge COVID, in quanto non sono state attivate per tempo le procedure di reclutamento del personale. Inoltre, i predetti Tavoli hanno più volte chiesto alla Struttura commissariale di procedere, anche sollecitando le Aziende Sanitarie, al tempestivo reclutamento del personale necessario.

Assicura che il Ministero della salute, conscio delle criticità della regione, intende chiedere espressamente alla Struttura commissariale, in occasione della prossima riunione di verifica del Piano di rientro, aggiornamenti sullo stato delle assunzioni effettuate, nonché sollecitare quest'ultima a provvedere al tempestivo reclutamento del personale necessario per garantire l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza. Ribadisce altresì che sono in corso interlocuzioni con il Ministero dell'economia per valutare le iniziative necessarie al rilancio della sanità calabrese, a partire dalla problematica della approvazione dei bilanci delle ASP relativi agli esercizi pregressi, che rappresenta un adempimento per ripristinare la gestione ordinata delle aziende sanitarie. Da ultimo, fornisce

informazioni, acquisite dalla Struttura commissariale, sul personale sanitario in servizio.

Il senatore [MAGORNO](#) (*IV-PSI*) si dichiara insoddisfatto della risposta, evidenziando che le criticità della sanità calabrese vanno ben oltre quelle indicate dal rappresentante del Governo. Sottolinea che, nell'attesa che il Ministero della salute ponga rimedio a tali criticità, i cittadini calabresi sono costretti ad affrontare una vera e propria emigrazione sanitaria, non avendo sul proprio territorio un'offerta adeguata da parte del servizio sanitario regionale. Stigmatizza, da ultimo, l'operato del Commissario *ad acta*, che a suo giudizio non è riuscito ad affrontare adeguatamente la situazione.

La [PRESIDENTE](#), ringraziato il Sottosegretario, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

IN SEDE REDIGENTE

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 13 gennaio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che è in corso la discussione generale.

Il senatore [MARINELLO](#) (*M5S*) ricorda che il tema oggetto della discussione è da tempo all'attenzione della Commissione. Anche alla luce della propria esperienza lavorativa nell'area emergenza-urgenza, rimarca che è indispensabile l'istituzione dell'infermiere di famiglia, che permetterebbe di curare a domicilio, in raccordo col medico di medicina generale, pazienti che non necessitano di ospedalizzazione, evitando al contempo l'affollamento nei Pronto soccorso.

La senatrice [CASTELLONE](#) (*M5S*) si dichiara convinta dell'importanza dei provvedimenti in esame e ricorda che il Governo ha già iniziato a disciplinare la materia dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'ambito del "decreto rilancio". Invita a non replicare in proposito il modello del medico di medicina generale, specie per quanto attiene alla configurazione del rapporto col Servizio sanitario nazionale, e a dotare il sistema di assistenza primaria di figure idonee al lavoro in *team* multi professionali. Ritene che si debba operare una riforma dell'assistenza per renderla più vicina al paziente, passando da una medicina "di attesa" a una medicina "di iniziativa". Auspica che il Governo adotterà linee guida chiare in materia, onde assicurare una omogenea attuazione della riforma da parte delle Regioni.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*) - dopo aver ricordato che attualmente le famiglie, qualora necessitino di assistenza domiciliare, prendono contatti direttamente, e a proprie spese, con infermieri - esprime l'avviso che sia fondamentale individuare, per l'infermiere di famiglia, un modello organizzativo chiaro. In proposito, rammenta il paradigma delle cure palliative, sia in *hospice* che domiciliari, che è però focalizzato solo su una certa tipologia di pazienti. Atteso che oggi i percorsi formativi degli infermieri sono di alto livello, segnala l'opportunità di individuare un *team* di professionisti che prendano in carico la gestione dei singoli pazienti, nel cui ambito l'infermiere di famiglia potrebbe svolgere anche il ruolo di *case manager*. Invita a non ripetere gli errori commessi in passato nella configurazione del ruolo del medico di famiglia, il cui lavoro è ora difficile da valutare sia in termini di qualità che di produttività. Saggiunge, da ultimo, che i provvedimenti in esame anticipano in qualche modo la riforma del sistema della medicina generale.

Il senatore [ZAFFINI](#) (*FdI*) condivide le considerazioni formulate dalla senatrice Binetti e l'impianto generale dei provvedimenti, ritenendo necessario però operare un coordinamento con il progetto di riforma della sanità territoriale, che il Ministero della salute sta elaborando e sul quale la Commissione dovrebbe essere maggiormente informata e coinvolta. Evidenzia che l'infermiere di famiglia rappresenta un elemento di raccordo tra la sanità e la famiglia, di cui attualmente si avverte la mancanza. Concorda con la senatrice Castellone in merito alla figura del medico di medicina generale, che a suo avviso oggi è ridotto a una funzione meramente burocratica. Invita ad affrontare un'interlocuzione con i rappresentanti sindacali dei medici di assistenza primaria, onde individuare una riforma, possibilmente condivisa, che superi le criticità del rapporto convenzionale.

Non essendovi ulteriori richieste di intervento, la [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale e dà la parola al relatore e al rappresentante del Governo per le repliche.

Il relatore [Giuseppe PISANI](#) (*M5S*), riallacciandosi alle considerazioni svolte dalla senatrice Binetti, rammenta che già con l'istituzione del Servizio sanitario nazionale, nel 1978, si delineò una distinzione tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale. Rimarca che con l'istituzione dell'infermiere di famiglia e di comunità si andrebbe a colmare una lacuna del sistema, introducendo una figura di raccordo che, come è stato osservato nel corso del dibattito, allo stato manca. In conclusione, propone di adottare il disegno di legge n. 1346 quale testo base per la prosecuzione della discussione congiunta.

Il sottosegretario SILERI trova che sia opportuno, come suggerito dal senatore Zaffini, procedere ad un coordinamento delle riforme in gestazione sui diversi aspetti della sanità territoriale, atteso che il Ministero ha già intrapreso la fase istruttoria, e assicura che si adopererà in tal senso. Quanto alla proposta avanzata dal relatore riguardo al testo base, ricorda di avere a suo tempo sottoscritto il disegno di legge n. 1346.

La [PRESIDENTE](#), constatato l'unanime consenso della Commissione sulla proposta di adottare il disegno di legge n. 1346 quale testo base, suggerisce di stabilire il termine per la presentazione di emendamenti e ordini del giorno, fissandolo alle ore 12 del prossimo giovedì 8 luglio.

La Commissione conviene.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

SULLA PUBBLICAZIONE DI DOCUMENTI ACQUISITI NEL CORSO DELLE AUDIZIONI

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nel corso delle audizioni svolte in sede di Ufficio di Presidenza integrato dai rappresentanti dei Gruppi, nell'ambito dell'esame del disegno di legge n. [869](#) (prevenzione malattie cardiovascolari), è stata consegnata documentazione che, ove nulla osti, sarà resa disponibile per la pubblica consultazione sulla pagina *web* della Commissione, al pari dell'ulteriore documentazione che verrà eventualmente trasmessa in relazione a tale argomento.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 9,35.

1.3.2.1.11. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 241 (pom.) del 13/07/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 13 LUGLIO 2021
241^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,40.

IN SEDE REDIGENTE

(869) Sonia FREGOLENT ed altri. - Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta dell'8 luglio.

La senatrice **BOLDRINI** (PD) plaude alla *ratio* del provvedimento, a suo giudizio largamente condivisibile, che pone l'accento sulla prevenzione del rischio cardiovascolare. Preannuncia sin d'ora che il suo Gruppo presenterà alcune proposte emendative volte ad ampliare la tipologia di test da effettuare, inserendo tra i parametri anche la differenza di sesso. Ricorda che la medicina di genere permette di affrontare in maniera diversificata i medesimi rischi, permettendo così di proteggere uniformemente tutta la popolazione. Da ultimo, soggiunge che la prevenzione delle malattie cardiovascolari può essere attuata anche con un corretto stile di vita.

Non essendoci ulteriori richieste d'intervento, la **PRESIDENTE** dichiara conclusa la discussione generale e dà la parola al relatore e al rappresentante del Governo per lo svolgimento delle repliche. Il relatore **MARINELLO** (M5S) ringrazia la senatrice Fregolent, prima firmataria del provvedimento in esame, per aver assunto l'iniziativa in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari.

Dichiara di trovare condivisibili le considerazioni testé formulate dalla senatrice Boldrini. Sottolinea che le malattie cardiovascolari rappresentano la prima causa di morte al mondo e che la prevenzione deve essere accompagnata anche da un corretto stile di vita, adeguato all'età anagrafica. Ritiene che una forma di prevenzione di base debba essere effettuata dal medico di medicina generale, che conosce i propri pazienti e può indirizzarli verso corretti stili di vita. In conclusione, auspica che, dopo la sua approvazione, il provvedimento possa dare luogo a una modalità di prevenzione *standard* in tutto il Paese.

Il sottosegretario SILERI si associa alle considerazioni del relatore e ringrazia per il lavoro svolto sul provvedimento in discussione.

La **PRESIDENTE** propone di fissare il termine per la presentazione di emendamenti e ordini del giorno alle ore 12 del prossimo martedì 27 luglio.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 24 giugno.

La [PRESIDENTE](#) comunica che sono stati presentati emendamenti (pubblicati in allegato). Propone di svolgere la fase di illustrazione e discussione degli stessi nella seduta antimeridiana di domani, già convocata alle ore 8,30.

La Commissione concorda.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

(2255) Deputato Paolo RUSSO. - Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri

(146) DE POLI ed altri. - Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche neonatali obbligatorie

(227) Paola BINETTI e DE POLI. - Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché istituzione dell'Agenzia nazionale per le malattie rare

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 23 giugno.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che si è concluso oggi il ciclo di audizioni informali a suo tempo deliberato. Avverte che i soggetti che avevano richiesto di essere auditi dalla Commissione, al di fuori delle indicazioni dei Gruppi, sono stati invitati a far pervenire contributi scritti.

Dichiara quindi aperta la discussione generale.

Non essendoci richieste di intervento, il seguito della discussione è rinviato.

SUI LAVORI DELLA COMMISSIONE

La [PRESIDENTE](#) comunica che l'ordine del giorno della Commissione sarà integrato, a partire dalla seduta di giovedì prossimo, con l'esame in sede consultiva delle relazioni sulla partecipazione dell'Italia all'Unione europea (*Doc. LXXXVI, n. 4 - Doc. LXXXVII, n. 4*) e dei provvedimenti recanti rendiconto 2020 e assestamento 2021 (disegni di legge nn. [2308](#) e [2309](#)).

Prende atto la Commissione.

La seduta termina alle ore 15,55.

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1346](#)

Art. 1

1.1

[Boldrini](#)

Al comma 1, dopo le parole "dei servizi" inserire le seguenti ", anche a domicilio della persona e della

famiglia, nonché dei presidi distrettuali delle aziende sanitarie di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo n. 502 del 1992" e *sopprimere le parole* "territoriali di assistenza domiciliare".

1.2

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Al comma 1, dopo le parole: «dei servizi territoriali» aggiungere le seguenti: «e distrettuali di famiglia e comunità, elettivamente di prevenzione e».

Consequentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti «e comunità».

1.3

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Al comma 1 aggiungere in fine le seguenti parole: «, al fine di assicurarne la piena accessibilità, in condizioni di uguaglianza e appropriatezza, in attuazione degli articoli 3 e 32 della Costituzione.»

1.4

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo il comma 1, inserire il seguente: «1-bis. Per le finalità di cui alla presente legge nell'ambito del settore delle cure primarie secondo principi di organizzazione distrettuale territoriale, è istituita la figura dell'infermiere di famiglia e comunità inteso come professionista erogatore del servizio infermieristico di prevenzione, assistenza e cure domiciliari, in sinergia con la rete dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e di continuità assistenziale».

Consequentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti «e comunità».

1.5

[De Carlo](#), [Zaffini](#)

Dopo il comma 1, aggiungere il seguente comma:

2. La presente legge ha come ulteriore finalità di creare le condizioni per un rapporto proficuo tra il paziente e le istituzioni sanitarie e socio sanitarie.

Art. 2

2.1

[Boldrini](#)

Sostituire l'articolo 2 con il seguente:

«Art. 2

(Infermiere di famiglia e di comunità)

1. È istituita la funzione specialistica di infermiere di famiglia e di comunità con i seguenti compiti:

a) è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario, compreso quello familiare, operando in collaborazione con un'équipe multidisciplinare al fine di favorire la soddisfazione dei bisogni di salute degli individui e delle famiglie e di gestire le malattie e le disabilità croniche;

b) in autonomia e in collaborazione con altre figure professionali, fornisce consigli sugli stili di vita e sui fattori di rischio;

c) gestisce l'assistenza infermieristica alla persona con malattia cronica nelle diverse fasi di evoluzione della malattia, sostenendo la sua rete parentale e di *caregiving*;

d) si rende garante della presa in carico del paziente lungo l'intero percorso assistenziale e della continuità delle cure, promuovendo la cooperazione tra gli operatori coinvolti nel percorso di cura; effettua educazione terapeutica rendendosi altresì garante dell'adesione dei pazienti ai necessari controlli periodici, nonché della cura e della rilevazione, al loro insorgere, dei problemi sanitari delle famiglie attraverso la valutazione infermieristica precoce;

- e) identifica gli effetti dei fattori socio- economici sulla salute della famiglia e attiva l'intervento o l'inserimento nella rete dei servizi territoriali; è responsabile dell'assistenza infermieristica rivolta alle persone e alle famiglie in ambito comunitario, nonché dei modelli assistenziali proposti, con attenzione agli aspetti preventivi, curativi e riabilitativi clinico-assistenziali e psicoeducativi, in una prospettiva multidisciplinare;
- f) analizza i bisogni del paziente e della famiglia e garantisce sul territorio la continuità assistenziale contribuendo alla promozione della salute;
- g) è responsabile della gestione dei processi assistenziali sanitari e socio-sanitari nell'ambito della comunità, prendendo in carico la persona con i suoi bisogni assistenziali, definendo gli interventi in collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta o il consulente medico specialista, sostenendo l'integrazione delle attività di altri operatori sanitari e socio-sanitari, nonché occupandosi dell'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari;
- h) favorisce l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi e lo sviluppo di capacità di autocura nella gestione di malattie croniche con interventi educativi e di *counseling*;
- i) valuta l'efficacia degli interventi e delle iniziative messi in atto rapportandoli agli *standard* di qualità, migliorando l'efficacia e l'appropriatezza delle terapie, l'accesso ai servizi, l'*empowerment* del cittadino e la programmazione sanitaria stessa;
- j) agisce in stretta collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli altri componenti della rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, secondo strategie integrate.

2. La funzione specialistica dell'infermiere di famiglia e di comunità prevede una formazione *post lauream*, successiva alla laurea in professioni sanitarie infermieristiche, incentrata su obiettivi e programmi di tutela della salute e in grado di abilitare il professionista a svolgere funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità più complesse e specialistiche rispetto a quelle previste dal profilo professionale disciplinato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 739 .

3. Il rapporto di lavoro è in regime di dipendenza a tal fine sono stabilite dalla contrattazione collettiva il trattamento economico, le modalità lavorative dell'incarico di alta professionalità di infermiere di famiglia e di comunità, anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tal fine il lavoro per progetti e obiettivi.»

Conseguentemente, all'articolo 4, comma 1, lettera a), dopo le parole «di famiglia» inserire le seguenti «, in particolare degli infermieri di famiglia e di comunità».

2.2

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Sostituire il comma 1 con il seguente «1. L'infermiere di famiglia e comunità è il professionista dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario di riferimento ivi comprese le cure domiciliari del paziente».

Conseguentemente:

- *alla rubrica dell'articolo, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti «e comunità».*

- *al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti «e comunità».*

2.3

[Marinello](#), [Castellone](#), [Endrizzi](#), [Mautone](#), [Pirro](#)

Sostituire il comma 1 con il seguente:

«1. L'infermiere di famiglia o di comunità è il professionista in possesso della laurea in infermieristica, responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità della popolazione di uno specifico ambito distrettuale territoriale e comunitario di riferimento ivi comprese

le cure domiciliari del paziente».

2.4

IL RELATORE

Al comma 1, dopo le parole «infermiere di famiglia» inserire le seguenti «o di comunità».

Conseguentemente:

- a) *inserire, ovunque ricorrano, dopo le parole «infermiere di famiglia» le seguenti «o di comunità»;*
- b) *nel Titolo, dopo le parole «infermiere di famiglia» inserire le seguenti «o di comunità».*

2.5

[Unterberger](#), [Steger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#), [Bressa](#)

Apportare le seguenti modificazioni:

- a) *al comma 1 aggiungere, in fine, le seguenti parole: «e della continuità assistenziale.»;*
- b) *sostituire il comma 2 con il seguente: «2. Per cura domiciliare si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall'infermiere in autonomia o in collaborazione con altre professioni sanitarie e sociali, alternativa al ricovero ospedaliero o presso la residenza per anziani, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio volta a favorire la permanenza del paziente nel proprio ambiente.».*

2.6

[Zaffini](#)

Al comma 1, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «ed agisce in continuità assistenziale ed in coordinamento con gli altri settori del Sistema Sanitario Regionale».

2.7

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Sostituire il comma 2 con il seguente: «2. Per cure domiciliari assegnate all'infermiere di famiglia e comunità si intendono interventi di assistenza sanitaria, preventiva, alternativa o successiva al ricovero ospedaliero, erogata in collaborazione con il medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta presso il domicilio del paziente, in presenza di patologie trattabili a domicilio e che non richiedano il ricovero ospedaliero».

Conseguentemente:

- *alla rubrica dell'articolo, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*
- *al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti «e comunità».*

2.8

[Laniece](#), [Durnwalder](#), [Steger](#), [Unterberger](#), [Bressa](#)

Apportare le seguenti modifiche:

- a) *Alla rubrica, dopo le parole: «di famiglia» sono inserite le seguenti: «e di continuità»;*
- b) *Al comma 2, dopo le parole: «del paziente» sono inserite le seguenti: «e nelle strutture residenziali»;*

2.9

[Marinello](#), [Castellone](#), [Endrizzi](#), [Mautone](#), [Pirro](#)

Al comma 2, sostituire le parole «dall'infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa» con le seguenti «dall'infermiere di famiglia o di comunità in collaborazione con i medici di medicina generale e con gli altri professionisti che operano sul territorio, alternativa o successiva».

2.10

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Sopprimere il comma 3.

2.11

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo il comma 3, inserire il seguente:

«3-bis. Per le finalità di cui al presente articolo, gli infermieri di famiglia e comunità sono individuati tra i dipendenti delle aziende sanitarie o tra i professionisti convenzionati con l'azienda sanitaria. Il numero degli infermieri di famiglia e comunità è definito secondo standard di fabbisogno che tengono conto delle caratteristiche demografiche ed epidemiologiche del territorio.».

Conseguentemente:

- *alla rubrica dell'articolo, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

- *al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».*

2.12

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo il comma 3, inserire il seguente:

«3-bis. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, con la procedura di cui all'articolo 1, comma 554, della legge 28 dicembre 2015, n. 208, sono apportate le modifiche ai livelli essenziali di assistenza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 65 del 18 marzo 2017, al fine da adeguarli a quanto previsto dalla presente legge.».

2.13

[De Carlo](#), [Zaffini](#)

Dopo il comma 3, aggiungere il seguente comma:

4. L'infermiere di famiglia è responsabile della spesa farmaceutica inerente agli ausili e farmaci che vengono usati nelle cure domiciliari.

2.0.1

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 2-bis.

(Organizzazione e struttura del sistema di assistenza infermieristica domiciliare)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, negli atti di programmazione sanitaria, definiscono gli assetti organizzativi e gestionali del sistema di assistenza domiciliare, su base regionale, interprovinciale o di provincia autonoma, nel rispetto dei seguenti principi:

a) appropriatezza, uniformità e qualità delle cure domiciliari erogate sull'intero territorio regionale;

b) gestione integrata delle condizioni di cronicità in piena collaborazione con i medici di medicina generale e gli altri professionisti della sanità al fine di garantire la condivisione dei protocolli di cura;

c) coordinamento dell'organizzazione delle cure domiciliari rispetto alle esigenze complessive del territorio.

2. Il sistema di assistenza infermieristica domiciliare è organizzato per ambiti territoriali, sulla base degli standard minimi normativi nazionali di riferimento, degli indirizzi e della programmazione regionale, sulla base della densità abitativa.».

2.0.2

[Parente](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 2-bis

(Osservatorio permanente)

1. È istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, presso il Ministero della salute, un osservatorio permanente per monitorare lo stato di attuazione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità.

2. L'Osservatorio svolgerà le seguenti funzioni:

a) rilevare il livello d'implementazione e di sviluppo dell'infermiere di famiglia e di comunità anche in rapporto alla ristrutturazione più complessiva dell'assistenza territoriale socio-sanitaria, alla costituzione di team multi professionali e ai bisogni di formazione delle professioni infermieristiche;

b) rilevare eventuali criticità e proporre relative azioni di miglioramento da implementare.

3. L'Osservatorio riferisce alle Camere, con cadenza almeno annuale, i risultati della propria attività e formula osservazioni e proposte sugli effetti, sui limiti e sull'eventuale necessità di adeguamento della legislazione vigente inerente l'infermiere di famiglia e di comunità.

4. L'Osservatorio è costituito attraverso un Decreto del Ministro della Salute entro 60 giorni dalla pubblicazione della presente Legge ed è composto da rappresentanti del Ministero della Salute, dell'Istituto Superiore di Sanità, dell'Agenas, della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, dell'ANCI e della Federazione Nazionale Ordini professioni infermieristiche ed è presieduto dal Ministro della Salute o da un suo delegato. Ai componenti dell'Osservatorio non spetta alcun compenso, indennità, gettone di presenza, rimborso spese o emolumento comunque denominato. L'attuazione delle disposizioni di cui al presente articolo non deve comportare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica ed è assicurata con le risorse finanziarie, umane e strumentali previste a legislazione vigente.»

Art. 3

3.1

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Al comma 1, dopo le parole: «degli infermieri di famiglia», ovunque ricorrano, inserire le seguenti: «e comunità».

Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: «infermieri di famiglia» inserire le seguenti: «e comunità».

3.0.1

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 3-bis.

(Integrazione tra infermiere di famiglia e comunità, medico di famiglia e comunità, rete ospedaliera e territorio)

1. Anche in previsione di emergenze epidemiologiche e nel quadro degli investimenti realizzati in attuazione del Programma nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), ai sensi del regolamento (UE) n. 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 12 febbraio 2021, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adeguano la rete dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e di continuità assistenziale in integrazione distrettuale con le prestazioni rese dall'infermiere di famiglia e comunità attraverso la Centrale Operativa Territoriale con protocolli nazionali cure domiciliari adottate dal Ministero della salute, su proposta dell'Istituto superiore di sanità e sentita l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel quadro del piano nazionale di sorveglianza attiva e genomica e di monitoraggio delle interazioni con il sistema immunitario e con i farmaci, da aggiornare con cadenza annuale per la prevenzione di eventuali pandemie e corrispondendo alla necessità di:

a) garantire un servizio di continuità delle cure domiciliari con copertura oraria dalle 8 alle 20;

b) rafforzare l'integrazione operativa tra le aggregazioni funzionali territoriali della medicina generale e il sistema di assistenza infermieristica domiciliare attraverso la condivisione di piattaforme informatiche o telematiche e la realizzazione di ambulatori anche mobili, secondo le specificità territoriali, per potenziare il filtro diagnostico e ridurre gli accessi inappropriati ai pronto soccorso ospedalieri;

c) creare un servizio *Second Opinion Supporting* (SOS) di teleassistenza e supporto consulenziale tra infermiere di famiglia e comunità, medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialisti ospedalieri e di IRCCS.».

Conseguentemente:

- alla rubrica dell'articolo, dopo le parole: "infermieri di famiglia" inserire le seguenti: "e comunità".

- al titolo del disegno di legge, dopo le parole: "infermieri di famiglia" inserire le seguenti: "e comunità".

Art. 4

4.1

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Al comma 1 apportare le seguenti modificazioni:

a) alla lettera a), aggiungere in fine le seguenti parole «e comunità»;

b) alla lettera b), capoverso «1-bis»:

1) all' alinea, dopo le parole «all'infermiere di famiglia» aggiungere le seguenti «e comunità»;

2) sostituire la lettera b) con la seguente: «b) garantire l'erogazione dell'assistenza infermieristica alle famiglie e alle comunità che necessitano di interventi specifici»;

3) alla lettera f) dopo le parole «partecipare alle attività di prevenzione» aggiungere le seguenti «ai diversi livelli primaria, secondaria e terziaria».

4) alla lettera g) dopo le parole «formazione continua.» aggiungere il periodo "La formazione dell'infermerie di famiglia e comunità si sviluppa a livello accademico, in percorsi post-laurea abilitante."

Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: »infermieri di famiglia« inserire le seguenti: »e comunità«.

4.2

[Unterberger](#), [Steger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#), [Bressa](#)

Apportare le seguenti modificazioni:

a) al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, sostituire la lettera a) con la seguente: «a) identificare e valutare lo stato di salute, i rischi e i bisogni sanitari e socio-sanitari degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità attraverso un accertamento precoce ed un approccio di sanità di iniziativa;»;

b) al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, sopprimere la lettera g);

c) al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, dopo la lettera h), inserire la seguente: «h-bis) favorire la dimissione anticipata di persone dall'ospedale garantendone la presa in carico a domicilio;»;

d) al comma 1, lettera b), capoverso 1-bis, sostituire la lettera i) con la seguente: «i) elaborare, svolgere e partecipare a percorsi di ricerca, elaborando dati epidemiologici, sociodemografici e clinici in relazione a specifici obiettivi conoscitivi e assistenziali e rendendone disponibili i risultati.»

4.3

[Marinello](#), [Castellone](#), [Endrizzi](#), [Mautone](#), [Pirro](#)

Al comma 1, lettera b, capoverso «1-bis», sostituire la lettera a) con la seguente:

«a) identificare e valutare lo stato di salute e i bisogni degli individui in collaborazione con i

medici di medicina generale e con gli altri professionisti che operano sul territorio».

4.4

[Laniece](#), [Durnwalder](#), [Steger](#), [Unterberger](#), [Bressa](#)

Al comma 1, capoverso 1-bis, lettera a), le parole: «lo stato di salute» sono sostituite dalle seguenti: «i bisogni assistenziali»;

4.5

[De Carlo](#), [Zaffini](#)

Al comma 1, lettera b), capoverso comma 1-bis, lettera h), dopo le parole: «alle famiglie» aggiungere le parole: «alle scuole».

4.6

[De Carlo](#), [Zaffini](#)

Al comma 1, lettera b), capoverso comma 1-bis, aggiungere le seguenti lettere:

l) provvedere ad una eventuale presenza e impiego di infermieri di comunità nei plessi scolastici e la reintroduzione del medico scolastico, che potranno agire pro-attivamente e non solo su chiamata per formare e verificare la corretta applicazione delle misure anti-COVID19, mettendo anche a disposizione la propria professionalità per la salute e i bisogni assistenziali degli alunni e del personale docente e collaboratori scolastici anche non COVID19, allertando e attivando in caso di necessità il medico del dipartimento di prevenzione a cui il plesso scolastico fa riferimento.

m) programmare la creazione di un *team* medico/sanitario comunale, formato dai PLS, Medici di medicina generale e infermieri di comunità, al fine di avere un quadro territoriale completo in termini di prevenzione, tutela sanitaria e gestione sanitaria.

n) rendere, a tutte le studentesse e studenti, obbligatoria la formazione, in termini di sanità, dalle classi quarte primarie, in merito a corsi di primo soccorso *ad hoc*, e BLS, dalla classe prima secondaria BLSD.

4.7

[De Carlo](#), [Zaffini](#)

Al comma 1, lettera b, capoverso 1-bis, aggiungere, infine, le seguenti lettere:

l) collabora con le strutture sanitarie e socio sanitarie nell'accompagnamento del paziente durante un percorso di ricovero o di inserimento in una struttura protetta per quanto riguarda terapie somministrate domiciliari o prescritte dai Medici di Base o Pediatri di libera Scelta.

m) verifica con il medico di base se gli ausili sono adatti al paziente per una migliore risposta terapeutica o sociale.

4.0.1

[Unterberger](#), [Steger](#), [Durnwalder](#), [Laniece](#), [Bressa](#)

Dopo l'articolo, aggiungere i seguenti:

«Art. 5

(Formazione ed esperienza lavorativa)

1. L'infermiere di famiglia è in possesso di una formazione specifica post laurea e di un'esperienza lavorativa di almeno 2 anni in ospedale e sul territorio.

2. Con le competenze avanzate acquisite l'infermiere di famiglia è in grado di farsi carico dell'individuo e della sua famiglia nella gestione della malattia, delle disabilità croniche e delle situazioni di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a domicilio a diretto contatto con la persona e la sua famiglia.

3. L'acquisizione di conoscenze nell'ambito della Sanità pubblica e dell'area del sociale compresi i servizi, permette a questo professionista di riconoscere gli effetti dei fattori socio-economici sulla salute della famiglia indirizzando quest'ultima verso i servizi/le strutture più adatte.

4. Attraverso la formazione continua l'infermiere di famiglia provvede a un costante aggiornamento e allo sviluppo personale e professionale.

Art. 6

(Modello organizzativo)

1. L'infermiere di famiglia è inserito all'interno dei servizi distrettuali e garantisce la sua presenza coerentemente con l'organizzazione regionale e territoriale (case della comunità, sedi ambulatoriali, cure intermedie, domicilio, ecc.).

2. L'infermiere di famiglia agisce nell'ambito delle strategie dell'Azienda Sanitaria e dell'articolazione aziendale a cui afferisce, opera in stretta sinergia con la medicina generale, il servizio sociale e i tutti professionisti coinvolti nei *setting* di riferimento in una logica di riconoscimento delle specifiche autonomie ed ambiti professionali e di interrelazione ed integrazione multiprofessionale.

3. Lo standard di personale prevede massimo 8 infermieri di famiglia ogni 50.000 abitanti in aggiunta alle risorse di personale già presenti sul territorio.»

4.0.2

[Marin](#), [Fregolent](#), [Cantù](#), [Doria](#), [Lunesu](#)

Dopo l'articolo 4, inserire il seguente:

«Art. 4-bis

(Attività libero-professionale del personale sanitario infermieristico)

1. In considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e della necessità di sopperire alla carenza del personale sanitario infermieristico, nell'ambito dell'introduzione della nuova figura dell'infermiere di famiglia e comunità e della realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, in via sperimentale, per il periodo 2021-2026, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il personale sanitario infermieristico di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, inquadrato con rapporto di lavoro a tempo pieno e indeterminato nelle strutture sanitarie pubbliche, può esercitare l'attività libero-professionale, in forma singola o associata, al di fuori dell'orario di servizio purché non sussista un comprovato e specifico conflitto di interessi con le attività istituzionali.

2. Il personale infermieristico dipendente pubblico, che intenda esercitare l'attività libero-professionale, è tenuto a comunicarlo alla propria azienda sanitaria locale od ospedaliera prima dell'inizio di tale attività. In caso di cessazione dell'attività libero-professionale, il lavoratore è altresì tenuto a darne comunicazione al medesimo ente pubblico.

3. Al personale infermieristico si applica la normativa vigente in materia di attività libero-professionale.

4. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto-legge, disciplinano le modalità di esercizio dell'attività libero-professionale di cui al comma 1.

5. Il Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro del lavoro e delle politiche sociali e con il Ministro della salute, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, disciplina, con proprio decreto, il regime fiscale, assistenziale e previdenziale relativamente ai proventi dell'attività libero-professionale esercitata ai sensi del presente articolo.»

4.0.3

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 4-bis.

(Modalità di finanziamento)

1. Con decreto del Ministro della salute, adottato previa intesa in sede di Conferenza permanente

per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sentita l'Agenzia per i servizi sanitari regionali, sono definiti a regime i criteri per il finanziamento *pro capite* dei livelli essenziali delle cure domiciliari qualificate dalla figura dell'infermiere di famiglia e comunità e della domiciliazione tecnologicamente assistita delle cure, della continuità assistenziale domiciliare integrata con la medicina territoriale e il *second opinion supporting* specialistico, basati su adeguati *standard* qualitativi uniformi a livello nazionale.

2. In coerenza con l'ambito di intervento M6C1 - Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale - del Piano nazionale di ripresa e resilienza, con specifico riferimento all'investimento 1.2 Casa come primo luogo di cura e telemedicina per il periodo 2021-2026, per il periodo 2021-2026, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano assicurano l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, ivi inclusi quelli in tema di assistenza infermieristica domiciliare di cui alla presente legge, nel quadro delle risorse assegnate in ragione del livello del finanziamento netto del fabbisogno sanitario nazionale *standard*, così come definito a normativa vigente, e comunque per un importo non inferiore a 2.000 euro *pro capite*.

3. Relativamente alle risorse di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano possono utilizzare in maniera flessibile quota parte delle risorse medesime, nel rispetto delle finalità previste dalla presente legge, creando un centro di costo appositamente rendicontato.»

Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: "infermieri di famiglia" inserire le seguenti: "e comunità".

4.0.4

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 4-bis.

(Formazione continua)

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano individuano le rispettive esigenze formative e di aggiornamento specifiche per il profilo professionale dell'infermiere di famiglia e comunità e ne danno comunicazione al Ministero della salute ai fini della programmazione delle iniziative per la formazione professionale continua, in conformità agli obiettivi formativi di interesse nazionale individuati in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano.

2. Tenuto conto delle indicazioni di cui al comma 1, con decreto del Ministro della salute, da adottare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e sulla base degli indirizzi espressi dalla Commissione nazionale per la formazione continua, di cui all'articolo 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono individuati i criteri minimi per la formazione e l'aggiornamento dell'infermiere di famiglia e comunità al fine di garantire l'uniformità dei percorsi formativi mediante piattaforme di corsi *online* aperti e di massa (*Massive Open Online Course - MOOC*) nelle regioni e nelle province autonome di Trento e di Bolzano, ferma restando la facoltà delle medesime regioni e province autonome di prevedere iniziative specifiche adeguate e funzionali alle realtà locali, nel rispetto dei criteri minimi individuati.»

Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: "infermieri di famiglia" inserire le seguenti: "e comunità".

4.0.5

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 4-bis.

(Accesso ai corsi di laurea di primo livello di formazione del personale sanitario infermieristico)

1. In considerazione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e della necessità di sopperire

alla mancanza di personale sanitario infermieristico, nell'ambito della realizzazione dei traguardi e degli obiettivi stabiliti dal Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, di cui al regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, in via sperimentale, per il periodo 2021-2026, in deroga alle disposizioni di cui alla legge 2 agosto 1999, n. 264, in materia di accesso ai corsi universitari, l'accesso ai corsi di laurea di primo livello di formazione del personale sanitario infermieristico ai sensi dell'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, non è soggetto a programmazione a livello nazionale, limitatamente alle quote aggiuntive che ogni singolo Ateneo, previa valutazione dei propri organi di governo, è in grado di assicurare in ragione della propria capacità formativa.».

Conseguentemente, al titolo del disegno di legge, dopo le parole: "infermieri di famiglia" inserire le seguenti: "e comunità".

4.0.6

Lannutti

Dopo l' articolo , inserire il seguente:

«Art. 4-bis.

(Istituzione della figura del farmacista di famiglia)

1. È istituita la figura del farmacista di famiglia come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini. Ogni cittadino è tenuto a scegliere il proprio farmacista di famiglia alla Asl competente della propria residenza.

2. Al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini al farmacista di famiglia garantisce attività assistenziale a:

a) pazienti deospedalizzati, prendendosi in carico la terapia medica assegnata dal medico specialista e verificando l'aderenza terapeutica del paziente;

b) malati cronici, a cui si prenderà in carico la terapia medica da seguire assegnata dal medico specialista e verificando l'aderenza terapeutica del paziente;

c) i servizi relativi alle prestazioni analitiche di prima istanza, come telemedicina e campagne di *screening*, interagendo col medico di famiglia scelto dal paziente.

3. È istituito, presso il Ministero della salute, un elenco nazionale dei farmacisti di famiglia. Entro sessanta giorni dalla entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, il Ministro della salute, con proprio decreto, disciplina i criteri e la procedura per l'iscrizione all'elenco nazionale.

4. Con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'istruzione, è istituito, entro trenta giorni dalla entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto legge, un corso di specializzazione per farmacisti di famiglia.

5. I requisiti per esercitare la professione di farmacista di famiglia sono:

a) essere iscritto all'elenco di cui al comma 3;

b) aver partecipato al corso di specializzazione di cui al comma 4;

c) essere dipendenti di una farmacia, proprietari di una farmacia senza dipendenti, farmacisti iscritti all'elenco non dipendenti né proprietari di una farmacia.

6. Un farmacista proprietario dipendente può prendere in carico massimo 750 pazienti. Un farmacista non dipendente né proprietario può arrivare fino a 1.500. Per ogni assistito al farmacista di famiglia la Asl di riferimento eroga 1 euro al mese.

7. Le farmacie i cui proprietari detengono di più di due farmacie possono ospitare al massimo un farmacista di famiglia, sia che sia un dipendente o che collabori senza vincolo di subordinazione. Le farmacie private possono avere anche tutti i loro dipendenti iscritti all'elenco dei farmacisti di famiglia di cui al comma 3, ma al massimo un collaboratore esterno come farmacista di famiglia. Le farmacie comunali possono avere tutti i loro dipendenti iscritti all'elenco dei farmacisti di famiglia e non hanno un vincolo numerico con riferimento ai collaboratori senza vincolo di subordinazione.

8. Il farmacista di famiglia non dipendente della farmacia:

a) ha la facoltà di iscriversi all'elenco dei farmacisti di famiglia;

b) può collaborare con una farmacia senza vincolo di subordinazione;

c) non può svolgere compiti nella farmacia al di fuori di quelle strettamente connesse a quelle di farmacista di famiglia.

9. Le aziende sanitarie attingono dall'elenco dei farmacisti di famiglia al fine di assegnare l'iscritto alla farmacia in base alle esigenze del territorio.

10. Per due anni dal licenziamento del dipendente di una farmacia il datore di lavoro non può collaborare o assumere nessun soggetto che ricopra la figura di farmacista di famiglia.

11. Gli orari e i turni del farmacista di famiglia non dipendente della farmacia vengono stabiliti dalla Asl di riferimento e non dalla farmacia dove il professionista collabora».

4.0.7

[Laniece](#), [Durnwalder](#), [Steger](#), [Unterberger](#), [Bressa](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art.4-bis.

(Clausola di salvaguardia)

1. Sono fatte salve le competenze delle regioni a statuto speciale e delle province autonome di Trento e di Bolzano».

4.0.8

[Cantù](#), [Fregolent](#), [Doria](#), [Lunesu](#), [Marin](#)

Dopo l'articolo, inserire il seguente:

«Art. 4-bis.

(Valutazione e monitoraggio delle cure domiciliari)

1. Entro trenta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, con decreto del Ministro della salute, è affidato all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali l'incarico di sviluppare, in via sperimentale, per il periodo 2021-2026, un sistema unico integrato Stato-regioni di valutazione e monitoraggio dei soggetti erogatori delle cure domiciliari e delle relative premialità e penalità del sistema di assistenza domiciliare e di valutazione, monitoraggio e verifica dell'efficienza, dell'efficacia e della qualità delle cure domiciliari erogate.

2. Il sistema di valutazione e monitoraggio di cui al comma 1 si fonda sui seguenti principi:

a) efficacia e appropriatezza clinica, in termini di tutela della salute e garanzia dei livelli di cura domiciliare e infermieristica domiciliare;

b) efficienza organizzativa, in termini di appropriatezza dell'impiego delle risorse economico-finanziarie;

c) sicurezza delle cure domiciliari, in termini di garanzia della sicurezza dei cittadini sottoposti alle cure;

d) tutela dei diritti garantendo la soddisfazione dei pazienti e la partecipazione dei cittadini;

e) equità, in termini di contrasto delle diseguaglianze territoriali in tema di cure domiciliari e assistenza infermieristica domiciliare.

2. Il sistema di valutazione e monitoraggio di cui al comma 1 prevede altresì il monitoraggio e la valutazione dei percorsi di assistenza domiciliare, tenuto conto delle specifiche categorie di bisogni o condizioni di salute, della misura della qualità percepita e dell'umanizzazione delle cure.».

1.3.2.1.12. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 242 (ant.) del 14/07/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12ª)
MERCOLEDÌ 14 LUGLIO 2021
242ª Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,40.

IN SEDE REDIGENTE

[\(1346\)](#) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

[\(1751\)](#) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta di ieri.

Si passa alla fase di illustrazione e discussione degli emendamenti (pubblicati in allegato al resoconto della predetta seduta).

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az), nell'illustrare gli emendamenti 1.2 e 1.3, chiarisce la *ratio* complessiva delle proposte di modifica presentate.

I restanti emendamenti all'articolo 1 sono dati per illustrati.

Si passa agli emendamenti riferiti all'articolo 2.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) illustra gli emendamenti 2.2, 2.7, 2.10, 2.11, 2.12 e 2.0.1, soffermandosi sulla strategia complessiva ad essi sottesa.

Il senatore [ZAFFINI](#) (FdI) illustra il complesso degli emendamenti della sua parte politica, evidenziandone le finalità principali. Segnala che, nell'emendamento 2.6, la parola "settori" deve intendersi sostituita dalla parola "attori" (emendamento 2.6 CORR, pubblicato in allegato).

Il senatore [MARINELLO](#) (M5S) dà conto degli emendamenti 2.3 e 2.9.

La senatrice [BINETTI](#) (*FIBP-UDC*), traendo spunto dagli emendamenti concernenti l'articolo 2, esprime l'avviso che occorra predisporre una proposta emendativa condivisa, finalizzata a delineare l'organizzazione complessiva della sanità territoriale.

La senatrice [BOLDRINI](#) (*PD*) illustra l'emendamento 2.1, interamente sostitutivo dell'articolo.

La [PRESIDENTE](#) dà conto dell'emendamento aggiuntivo 2.0.2.

I restanti emendamenti all'articolo 2 sono dati per illustrati.

Si passa agli emendamenti riferiti all'articolo 3.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) illustra l'emendamento 3.1 e l'emendamento aggiuntivo 3.0.1.

In considerazione dell'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea, il seguito della discussione è rinviato.

La seduta termina alle ore 9,15.

EMENDAMENTO AL DISEGNO DI LEGGE

N. [1346](#)

Art. 2

2.6 (CORR)

[Zaffini](#)

Al comma 1, aggiungere, in fine, le seguenti parole: «ed agisce in continuità assistenziale ed in coordinamento con gli altri attori del Sistema Sanitario Regionale».

1.3.2.1.13. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 245 (ant.) del 21/07/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MERCLEDÌ 21 LUGLIO 2021
245^a Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 8,45.

IN SEDE REDIGENTE

[\(Doc. XXII, n. 2\)](#) Maria RIZZOTTI ed altri - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale*

[\(Doc. XXII, n. 13\)](#) AUDDINO ed altri - *Istituzione della Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio sanitario nazionale e sulle cause dei disavanzi sanitari regionali*

[\(Doc. XXII, n. 14\)](#) IANNONE - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sul funzionamento e sulla gestione del servizio sanitario in Campania*

[\(Doc. XXII, n. 16\)](#) SILERI ed altri - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*

[\(Doc. XXII, n. 19\)](#) ZAFFINI, CIRIANI - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulle cause dei disavanzi sanitari regionali e sulla inadeguata erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)*

[\(Doc. XXII, n. 31\)](#) ZAFFINI ed altri - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, nonché sulle cause e la gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2*

[\(2194\)](#) FARAONE ed altri. - *Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla diffusione dell'epidemia da COVID-19, la gestione dell'emergenza pandemica, nonché sulle misure adottate per prevenire e contrastare la diffusione del virus e le conseguenze derivanti al Sistema sanitario nazionale*

(Seguito della discussione congiunta dei Doc. XXII, nn. 2, 13, 14, 16 e 19 e rinvio.
Congiunzione con la discussione del Doc. XXII, n. 31 e del disegno di legge n. 2194 e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'11 novembre 2020.

La [PRESIDENTE](#) comunica che sono stati assegnati alla Commissione in sede redigente, su materie affini a quelle trattate dai Documenti XXII, n. 2 e connessi, un nuovo Documento a prima firma del senatore Zaffini (XXII, n. 31, recante "Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta

sull'efficacia e l'efficienza del Servizio Sanitario Nazionale, nonché sulle cause e la gestione dell'epidemia da virus SARS-CoV-2") e un disegno di legge a prima firma del senatore Faraone (A.S. n. 2194, recante "Istituzione di una Commissione parlamentare di inchiesta sulla diffusione dell'epidemia da COVID-19, la gestione dell'emergenza pandemica, nonché sulle misure adottate per prevenire e contrastare la diffusione del virus e le conseguenze derivanti al Sistema sanitario nazionale").

Propone che i predetti provvedimenti di recente assegnazione siano dati per illustrati e, stante la rilevata affinità di materia, che la discussione degli stessi proceda congiuntamente al seguito della discussione dei Doc. XXII, n. 2 e connessi.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

Il relatore [ENDRIZZI](#) (M5S) ringrazia il senatore Zaffini per avere presentato il Documento XXII, n. 31, che a suo avviso valorizza il lavoro di sintesi e integrazione svolto in precedenza sui provvedimenti già oggetto di discussione congiunta, sfociato nella predisposizione di uno schema di testo unificato. Poiché gli risulta presentato un ulteriore disegno di legge su materia affine, ravvisa l'opportunità di attendere il deferimento dello stesso per poi riprendere la riflessione in ordine all'adozione del testo base.

La [PRESIDENTE](#) conferma che risulta presentato un ulteriore provvedimento che tratta materia affine a quella del disegno di legge 2194 e del Documento XXII n. 31: si tratta dell'Atto Senato n. 2193 (Romeo e altri), recante "Istituzione di una Commissione bicamerale di inchiesta sul piano pandemico in Italia".

In attesa del deferimento di tale disegno di legge, accedendo all'orientamento del Relatore, propone di rinviare il seguito della discussione congiunta.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 14 luglio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che sono stati illustrati e discussi gli emendamenti riferiti agli articoli da 1 a 3.

Si passa agli emendamenti all'articolo 4.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) illustra diffusamente il complesso delle proposte di modifica da lei presentate, evidenziando la strategia di fondo ad esse sottesa e i nessi sistematici con gli emendamenti riferiti agli altri articoli, in precedenza trattati.

La [PRESIDENTE](#) osserva che l'intervento della senatrice Cantù ha avuto una durata superiore a 10 minuti e fa notare che tale circostanza rileva ai sensi dell'articolo 100, comma 9 del Regolamento. Quindi, constatato che non vi sono altre richieste di intervento da parte degli aventi titolo, dichiara conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(2255) Deputato Paolo RUSSO. - Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani, approvato dalla Camera dei deputati in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri

(146) DE POLI ed altri. - Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, per l'istituzione di un fondo a ciò destinato nonché per l'estensione delle indagini diagnostiche neonatali obbligatorie

(227) Paola BINETTI e DE POLI. - Disposizioni in favore della ricerca sulle malattie rare, della loro prevenzione e cura, nonché istituzione dell'Agenzia nazionale per le malattie rare

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 13 luglio.

La **PRESIDENTE** comunica che il Direttore generale dell'Agenzia italiana del farmaco ha chiesto di essere audito dalla Commissione. Si riserva di sottoporre detta richiesta all'Ufficio di Presidenza e propone di soprassedere, per il momento, all'avvio della discussione generale.

Non essendovi obiezioni, così rimane stabilito.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 9,10.

1.3.2.1.14. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 284 (pom.) del 15/02/2022

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 15 FEBBRAIO 2022
284^a Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 14,35.

IN SEDE REDIGENTE

(1748) MAUTONE. - *Istituzione della Giornata nazionale per la donazione del midollo osseo*
(Discussione e rinvio)

La relatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) illustra il provvedimento in titolo, manifestando l'auspicio di un passaggio alla sede deliberante.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

(1969) Valeria ALESSANDRINI ed altri. - *Disposizioni in materia di consegna di medicinali per il trattamento degli stati di tossicodipendenza da oppiacei da parte delle strutture pubbliche o private autorizzate ai pazienti in trattamento*

(Discussione e rinvio)

Il relatore [MAUTONE](#) (M5S) illustra il provvedimento in titolo.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

(1325) MAUTONE ed altri. - *Istituzione della Giornata nazionale per la promozione dell'allattamento al seno*

(Discussione e rinvio)

La relatrice [LUNESU](#) (L-SP-PSd'Az) illustra il provvedimento in titolo.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

(1980) CAMPARI ed altri. - *Modifiche alla legge 14 agosto 1991, n. 281, in materia di animali di*

affezione e prevenzione del randagismo

(Discussione e rinvio)

Il relatore [MARINELLO](#) (M5S) illustra il provvedimento in titolo.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

(716) ERRANI ed altri. - Disposizioni concernenti il riconoscimento della guarigione e la piena cittadinanza delle persone con epilessia

(116) DE POLI. - Disposizioni per il riconoscimento dei diritti delle persone affette da epilessia

(1219) Paola BINETTI ed altri. - Disposizioni in favore delle persone affette da epilessia

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'8 aprile 2021.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti a suo tempo presentati.

Dopo aver dato atto che non è ancora stata completata l'acquisizione dei prescritti pareri, comunica che sono stati presentati: da parte della relatrice Pirro, le riformulazioni 1.6 (testo 2) e 2.12 (testo 2), nonché i nuovi emendamenti 3.100, 5.100, 5.200, 5.300 e 5.400; da parte della senatrice Binetti, il testo 2 dell'emendamento 4.1; da parte del senatore Faraone, il testo 2 dell'emendamento 5.5 (emendamenti e riformulazioni anzidetti pubblicati in allegato).

Dopo un intervento incidentale della relatrice [PIRRO](#) (M5S), la [PRESIDENTE](#) propone di fissare il termine per la presentazione di eventuali subemendamenti - riferiti agli emendamenti 3.100, 5.100, 5.200, 5.300 e 5.400, che sono dati per illustrati - alle ore 12 di domani.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 24 giugno 2021.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti. Avverte che non sono ancora pervenuti i prescritti pareri delle Commissioni 1a e 5a, rammentando che quest'ultima ha chiesto formalmente al Governo, in data 13 luglio 2021, la relazione tecnica.

Il sottosegretario SILERI riferisce di aver sollecitato la predisposizione della relazione tecnica.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

IN SEDE CONSULTIVA

Affare assegnato sul Documento CCLXIII, n. 1: "Prima relazione sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), riferita all'anno 2021" ([n. 1055](#))
(Parere alle Commissioni 5ª e 14ª riunite. Esame e rinvio)

La relatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*) riferisce sul documento in titolo.

Si tratta della prima relazione governativa sullo stato di attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR), nell'ambito delle relazioni semestrali previste dalla relativa disciplina nazionale. Il documento concerne in modo particolare gli obiettivi e i traguardi previsti per la fine dell'esercizio 2021, oggetto della rendicontazione alla Commissione europea ai fini del riconoscimento della prima rata di finanziamento. Nel documento si precisa che, a partire dal 2022, le relazioni saranno trasmesse al Parlamento entro la prima metà di aprile ed entro la fine di settembre e che, di conseguenza, ciascuna relazione recherà sia le indicazioni conclusive sulla rata semestrale di finanziamento oggetto della precedente rendicontazione (effettuata alla Commissione europea) sia lo stato di avanzamento degli interventi oggetto della successiva rata semestrale.

Le valutazioni sull'attuazione del Piano sono condotte sulla base di indicatori associati a ciascuna riforma o investimento, strutturati in traguardi (relativi alle fasi dell'attuazione delle misure) e obiettivi (indicatori misurabili dello stato di attuazione delle misure).

La prima rata semestrale è prevista in relazione a 51 traguardi od obiettivi (da conseguire entro il 31 dicembre 2021); tale prima rata consiste in un contributo finanziario di 11,5 miliardi e in un prestito di 12,6 miliardi, per un totale di 24,1 miliardi; da tali valori deve essere detratta una quota del prefinanziamento già corrisposto all'Italia; l'importo complessivo della prima rata, al netto del prefinanziamento, è pari a 21 miliardi di euro.

Secondo quanto rappresentato dalla relazione in esame, l'Italia ha conseguito i 51 obiettivi e traguardi richiesti entro il 31 dicembre 2021.

Il documento ricorda che il Piano nazionale di ripresa e resilienza ha posto, per la scadenza del 31 dicembre 2021, un unico traguardo di competenza del Ministero della salute, consistente nell'adozione del piano di riorganizzazione delle strutture sanitarie per l'emergenza pandemica. Il traguardo in oggetto è iscritto nella missione 6, componente 2, rubricata "Innovazione, ricerca e digitalizzazione del servizio sanitario nazionale", all'interno dell'investimento n. 1.1, relativo all'ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Tale investimento è articolato nei due distinti sub-investimenti, denominati rispettivamente "digitalizzazione" - al quale è riconducibile il traguardo in parola - e "grandi apparecchiature".

Il traguardo deve considerarsi raggiunto, secondo quanto riportato dal Governo, in virtù dell'approvazione del piano di riorganizzazione volto a rafforzare la capacità delle strutture ospedaliere del Servizio sanitario nazionale di affrontare adeguatamente le emergenze pandemiche grazie all'incremento del numero di posti letto di terapia intensiva e semi-intensiva.

La spesa complessiva per tale investimento è pari a 4,05 miliardi di euro. Al sub-investimento "digitalizzazione", sono destinati 2,86 milioni, comprensivi di 1,41 milioni inerenti a progetti già avviati dal Ministero della salute, relativi al rafforzamento strutturale del Servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero predisposti per fronteggiare l'emergenza da COVID-19, di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 34 del 2020 (convertito dalla legge n. 77 del 2020).

Riguardo ad ulteriori profili del documento, per quanto di interesse della 12ª Commissione, rileva anche il traguardo (di competenza della Presidenza del Consiglio dei ministri - Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità) dell'entrata in vigore della legge quadro per rafforzare l'autonomia delle persone con disabilità (legge n. 227 del 2021, in vigore dal 31 dicembre 2021).

La relazione in esame fornisce, inoltre, elementi di sintesi relativi alle iniziative adottate dalle amministrazioni titolari degli interventi per conseguire i traguardi e gli obiettivi fissati per il periodo successivo al 2021.

Tra le principali iniziative di competenza del Ministero della salute, il documento ricorda la definizione della ripartizione programmatica delle risorse destinate agli interventi, riconducibili alla

missione n. 6, aventi come soggetti attuatori le regioni e le province autonome. Si tratta di risorse per complessivi 8,04 miliardi di euro, di cui 6,59 a valere sul PNRR e 1,45 a valere sul Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC). In sede di Conferenza Stato-Regioni è stata sancita l'intesa (nella seduta del 12 gennaio 2022) sullo schema di decreto ministeriale di riparto delle summenzionate risorse tra le regioni e le province autonome.

Gli interventi oggetto del predetto riparto a valere sulle risorse del PNRR relative alla componente 1 ("Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale") della missione 6 sono i seguenti:

§ Investimento 1.1: Casa della comunità e presa in carico della persona (importo: 2 miliardi; *target*: almeno 1.350 Case della comunità entro giugno 2026);

§ Investimento 1.2: Casa come primo luogo di cura. Sub-investimento 1.2.2: Centrali Operative Territoriali - COT, a sua volta articolato negli interventi di realizzazione delle COT, di interconnessione aziendale, di fornitura di *device* a supporto degli operatori e dei pazienti (importo: 204,52 milioni; *target*: almeno 600 COT entro giugno 2024);

§ Investimento 1.3: Rafforzamento dell'assistenza sanitaria intermedia e delle sue strutture - Ospedali di comunità (importo: un miliardo; *target*: almeno 400 Ospedali di comunità entro giugno 2026).

Gli interventi oggetto del riparto a valere sulle risorse del PNRR e, con riferimento al solo investimento 2.2, sulle risorse del PNC relative alla menzionata componente 2 della missione 6 sono i seguenti:

§ Investimento 1.1: Ammodernamento del parco tecnologico e digitale ospedaliero. Sub-investimento 1.1.1: Digitalizzazione dipartimenti emergenza e accettazione - DEA di primo e secondo livello (importo: 1,45 miliardi; *target*: 280 strutture digitalizzate entro il 2025). Sub-investimento 1.1.2:

Grandi apparecchiature (importo: 1,19 miliardi; *target*: 3.100 apparecchiature entro il 2024);

§ Investimento 1.2: Verso un ospedale sicuro e sostenibile (importo: 638,85 milioni a valere sul PNRR e 1,45 miliardi a valere sul PNC; *target*: 109 interventi antisismici entro giugno 2026, con le risorse PNRR; 220 interventi antisismici entro dicembre 2026, con le risorse PNC);

§ Investimento 1.3: Rafforzamento dell'infrastruttura tecnologica e degli strumenti per la raccolta, l'elaborazione, l'analisi dei dati e la simulazione. Sub-investimento 1.3.2: Infrastruttura tecnologica del Ministero della salute, analisi dei dati e modello predittivo per garantire i LEA italiani e la sorveglianza e vigilanza sanitaria. Sub-misura: adozione da parte delle regioni e province autonome di quattro flussi informativi nazionali (importo: 30,3 milioni; *target*: tutte le regioni e province autonome adottano flussi per riabilitazione e cure primarie entro giugno 2023 e flussi per ospedali di comunità e consultori entro giugno 2025);

§ Investimento 2.2: Sviluppo delle competenze tecniche, professionali, digitali e manageriali del personale del sistema sanitario. Sub-misura: corso di formazione in infezioni ospedaliere (importo 80,02 milioni; *target*: 293.386 dipendenti formati).

Le regioni e province autonome sono chiamate a presentare i piani regionali (contenenti i piani di azione, per ciascuna linea di investimento, volti al raggiungimento dei traguardi e degli obiettivi) entro il 28 febbraio 2022. Tali piani regionali costituiscono parte integrante del Contratto istituzionale di sviluppo (CIS) che dovrà essere sottoscritto, tra il Ministero della salute e l'ente territoriale, entro il 31 maggio 2022, a pena di revoca delle risorse assegnate.

In conclusione, la relatrice ricorda che le risorse del dispositivo di ripresa e resilienza - ovvero le risorse attivabili in virtù dell'approvazione (in sede europea) del PNRR - destinate al settore della salute ammontano complessivamente a 15,63 miliardi di euro. A queste si aggiungono: 1,71 miliardi di euro, derivanti dalle risorse del programma europeo complementare REACT-EU e dei quali il PNRR tiene comunque conto (nell'ottica di un approccio integrato); 2,89 miliardi di euro, derivanti dalle risorse relative al suddetto PNC (di cui 2,39 miliardi di competenza del Ministero della salute).

La [PRESIDENTE](#) comunica che, come convenuto in sede di Ufficio di Presidenza, l'esame proseguirà dopo l'audizione del Ministro della salute, che dovrebbe essere svolta - previa autorizzazione del Presidente del Senato - in sede di Commissioni riunite 5a, 12a e 14a.

La relatrice [RIZZOTTI](#) (*FIBP-UDC*), intervenendo sull'ordine dei lavori, formula l'auspicio che il Ministro dedichi all'audizione innanzi alle Commissioni riunite un tempo congruo, sì da assicurare ai Gruppi spazi d'intervento adeguati.

Il seguito dell'esame è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 15,10.

EMENDAMENTI AL DISEGNO DI LEGGE

N. [716](#)

Art. 1

1.6 (testo 2)

La Relatrice

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Art. 1

(Finalità e riconoscimento della guarigione delle persone affette da epilessia)

1. La presente legge ha la finalità di consentire e di assicurare la piena inclusione e il miglioramento della qualità di vita delle persone con epilessia, attraverso un'efficace assistenza socio-sanitaria, diagnosi precoci e terapie adeguate. In presenza di una certificazione rilasciata da un medico specialista in neurologia o in disciplina equipollente, ai sensi del decreto del Ministro della salute 30 gennaio 1998, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 14 febbraio 1998, n. 37, o affine che, in coerenza con le Linee Guida nazionali e internazionali e secondo criteri definiti e acquisiti nella letteratura scientifica nelle sue evoluzioni, attesti che la persona è clinicamente guarita, decadono tutte le limitazioni derivanti dal precedente stato patologico e gli eventuali benefici alla stessa già concessi in dipendenza da quest'ultimo.

Art. 2

2.12 (testo 2)

La Relatrice

Apportare le seguenti modificazioni:

a) *al comma 5, dopo le parole "epilessia farmaco-resistenti" aggiungere le seguenti "con perdita di contatto con l'ambiente o capacità di agire";*

b) *al comma 6, dopo le parole "epilessia farmaco-resistenti" aggiungere le seguenti "con perdita di contatto con l'ambiente o capacità di agire";*

Art. 3

3.100

La Relatrice

Al comma 1, sostituire le parole "e determina un ragionevole accomodamento, ai sensi dell'articolo 2 della Convenzione" con le seguenti ", anche in tal caso, bisogna promuovere l'inserimento lavorativo della persona con epilessia garantendo ad essa la possibilità di mantenere una condizione lavorativa autosufficiente".

Art. 4

4.1 (testo 2)

[Binetti](#), [Siclari](#), [Stabile](#), [Rizzotti](#), [Fregolent](#), [Zaffini](#)

Sostituire l'articolo con il seguente:

«Articolo 4

(Osservatorio nazionale permanente per l'epilessia)

1. È istituito, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio Nazionale Permanente per l'Epilessia, con il compito di tutelare il diritto delle persone con epilessia a non essere discriminate in ragione della loro malattia e ad avere su tutto il territorio nazionale adeguati livelli di inclusione sociale e assistenza sociosanitaria uniformi e omogenei.

2. L'Osservatorio propone:

a) al Governo gli indirizzi programmatici riguardanti le epilessie, ai fini della definizione del Piano Sanitario Nazionale (PSN), del Piano Nazionale della Cronicità (PNC), del piano di formazione per la gestione delle epilessie in ambito scolastico; (uguale ad emendamento Relatrice 4.6 lettera a-bis))

b) l'adozione da parte delle regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano delle iniziative a favore delle persone con epilessia proponendo, ove necessario, gli interventi ritenuti opportuni per il conseguimento degli obiettivi alle quali esse sono preordinate;

c) alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano l'adozione di percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali (PDTA) di presa in carico delle persone con epilessia e ove già adottati, ne valuta l'idoneità;

d) la revisione e l'aggiornamento della tabella di cui al decreto del Ministro della Sanità 5 febbraio 1992, pubblicato nel supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale n. 47 del 26 febbraio 1992;

e) l'adozione di Linee Guida sul trattamento delle epilessie in tutte le età della vita, sulla base dell'evoluzione delle conoscenze fisiopatologiche e terapeutiche derivanti dalla letteratura scientifica e dalle buone pratiche nazionali e internazionali;

f) l'aumento dei posti disponibili e l'adeguata distribuzione sul territorio nazionale dei corsi di perfezionamento post-laurea per la prevenzione e la cura dell'epilessia;

g) le azioni necessarie al superamento di ogni pregiudizio sull'epilessia e all'inclusione sociale delle persone con epilessia nonché a promuovere la ricerca, l'assistenza e la cura delle epilessie.

3. L'Osservatorio nazionale permanente per le epilessie, per il raggiungimento dei suoi fini istituzionali può chiedere che suoi rappresentanti vengano sentiti dai Ministeri competenti, dall'AIFA, dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano.

4. L'Osservatorio nazionale è composto, oltre che da tre esperti indicati dal Ministero della salute, da tre membri indicati dalle associazioni delle persone con epilessia, da tre specialisti indicati dalle società scientifiche di riferimento per l'epilessia. Il Presidente è eletto dai membri dell'Osservatorio tra i tre esperti nominati dal Ministero della salute. A seguito della prima convocazione l'Osservatorio adotta un regolamento per il proprio funzionamento.»

Art. 5

5.100

La Relatrice

Sopprimere il comma 1.

5.200

La Relatrice

Al comma 3, sostituire le parole "direttiva 2009/112/CE" con le seguenti "direttiva 2009/113/CE".

5.5 (testo 2)

[Faraone](#), [Parente](#)

Al comma 3, lettera a), sopprimere il punto 3).

5.300

La Relatrice

Al comma 3, lettera a), sostituire il punto 2) con il seguente:

"2) dopo il secondo periodo è inserito il seguente:" La persona con epilessia a cui il medico specialista in neurologia o disciplina affine certifica l'idoneità alla guida di ogni tipo di veicolo, a seguito dell'accertamento obbligatorio effettuato dalla competente commissione medica, ha diritto al rilascio o al rinnovo della patente ordinaria di guida per tutte le categorie di veicoli."

Conseguentemente, sopprimere il comma 4.

5.400

La Relatrice

Dopo il comma 4, inserire il seguente:

"4-bis. La patente nautica per la navigazione entro 12 miglia dalla costa è rilasciata o convalidata alle persone con epilessia che non presentino crisi comiziali o le presentino esclusivamente in sonno da almeno un anno. Tale condizione è verificata dalla competente commissione medico legale di cui all'articolo 4 della legge 5 febbraio 1992, n. 104, sulla base di certificazione, di data non anteriore a trenta giorni, redatta dal medico specialista in neurologia o disciplina affine. La validità di tale patente nautica deve essere oggetto di attenta valutazione da parte della Commissione medica locale finché l'interessato non abbia trascorso un periodo di cinque anni senza crisi epilettiche. La patente nautica per la navigazione senza alcun limite dalla costa o per navi da diporto non è rilasciata né convalidata ai soggetti con epilessia in atto affetti o che abbiano sofferto in passato di manifestazioni epilettiche ripetute, se non a fronte di riconoscimento di guarigione."

1.3.2.1.15. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 302 (pom.) del 03/05/2022

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 3 MAGGIO 2022
302^a Seduta

Presidenza della Presidente
PARENTE

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,15.

ESAME DI PROGETTI DI ATTI LEGISLATIVI DELL'UNIONE EUROPEA

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/953 su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per agevolare la libera circolazione delle persone durante la pandemia di COVID-19 ([n. COM\(2022\) 50 definitivo](#))

Proposta di regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio che modifica il regolamento (UE) 2021/954 su un quadro per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificati interoperabili di vaccinazione, di test e di guarigione in relazione alla COVID-19 (certificato COVID digitale dell'UE) per i cittadini di Paesi terzi regolarmente soggiornanti o residenti nel territorio degli Stati membri durante la pandemia di COVID-19 ([n. COM\(2022\) 55 definitivo](#))

(Seguito dell'esame congiunto e rinvio)

Prosegue l'esame congiunto, sospeso nella seduta del 26 aprile.

La [PRESIDENTE](#), dopo aver ricordato che è stata dichiarata aperta la discussione generale, comunica che i pareri delle Commissioni consultate non sono ancora pervenuti.

Prende atto la Commissione.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az) osserva che l'esame congiunto degli atti in titolo dovrebbe essere un'occasione per riflettere sui ritardi maturati in materia di fruibilità dei dati di monitoraggio dei rischi endemici e pandemici. In particolare, rileva che i dati sulla copertura vaccinale individuale e collettiva sono la base di una corretta Anagrafe vaccinale, che consentirebbe di evitare nuove certificazioni digitali e i correlati costi economici e sociali, salvaguardando il traguardo della libera circolazione delle persone in sicurezza, posto che i dati di interesse potrebbero essere inseriti nel sistema TEAM (Tessera Sanitaria - Tessera Europea di Assicurazione Malattia). Invita a trarre dalla disciplina

transitoria in esame uno stimolo per intervenire normativamente, sia a livello nazionale che europeo, allo scopo di rafforzare la rete di programmazione, valutazione e controlli in materia di sorveglianza epidemiologica e immunoprofilassi di massa, così da dare una risposta concreta alle emergenze sanitarie di livello globale. Ciò a suo avviso potrebbe avvenire mediante l'adozione di un piano di governo dei rischi endemici e pandemici, a partire dal livello nazionale, a fini di prevenzione e contrasto sistemico di nuove ondate: non si può prescindere dall'accertare con precisione l'estensione e la circolazione dell'infezione nella popolazione e l'andamento delle coperture davvero necessarie con aggancio a sistemi analitici ed informativi sulle caratteristiche epidemiologiche e sierologiche del *virus*, per ottimizzare le reti di sorveglianza e monitoraggio (non solo vaccinale). Rimarca che a tutt'oggi non esiste un'efficiente Anagrafe vaccinale: se ci fosse stata, avrebbe evitato il *green pass*, grazie alla possibilità di avere dati traslati sulla tessera sanitaria e utilizzabili alla bisogna, come per l'accesso in luoghi sensibili e per tutelare i fragili in strutture come ospedali e in RSA. Auspica che le riflessioni svolte possano essere condivise e trasfuse nella risoluzione della Commissione sugli atti in esame.

Il seguito dell'esame congiunto è, quindi, rinviato.

La [PRESIDENTE](#) dispone la sospensione della seduta.

La seduta, sospesa alle ore 15,25, riprende alle ore 15,40.

IN SEDE REDIGENTE

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 15 febbraio.

La [PRESIDENTE](#), dopo aver ricordato che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti, avverte che non sono ancora pervenuti i pareri della Commissione bilancio su testo ed emendamenti, mentre sono stati acquisiti i pareri delle Commissioni 1a e per le Questioni regionali.

Prende atto la Commissione.

Nessuno chiedendo di intervenire, il seguito della discussione congiunta è rinviato.

(179) Maria RIZZOTTI ed altri. - Disciplina del riconoscimento della professione di autista soccorritore

(1127) MARINELLO ed altri. - Riconoscimento della figura e del profilo professionale di autista soccorritore

(2535) Maria Cristina CANTU' ed altri. - Disposizioni per la promozione e la valorizzazione delle figure del soccorritore e del soccorritore autista

(Seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 179 e 1127, congiunzione con la discussione del disegno di legge n. 2535 e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta dell'8 marzo.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che i disegni di legge in titolo, già congiunti ad altri provvedimenti di portata più ampia sul sistema di emergenza-urgenza sanitaria, in data 8 marzo 2022 sono stati disabbinati dagli stessi ai fini della trattazione separata del tema dell'autista soccorritore. Quindi, avverte che è stato assegnato alla Commissione, in sede redigente, il disegno di legge n. 2535, recante disposizioni per la promozione e la valorizzazione delle figure del soccorritore e del soccorritore autista.

Dopo aver illustrato, in qualità di relatrice, il disegno di legge anzidetto, ne propone *ratione materiae* l'abbinamento ai disegni di legge n. 179 e 1127, ai fini di un seguito di trattazione congiunto, riservandosi di avanzare nel prosieguo dell'*iter* una proposta in ordine al testo base.

Conviene la Commissione sulla proposta di abbinamento.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) preannuncia un disegno di legge a sua firma in materia di autista soccorritore.

La [PRESIDENTE](#) assicura che, una volta assegnato, il disegno di legge annunciato sarà prontamente preso in considerazione nella prospettiva dell'abbinamento. Quindi, segnala l'opportunità, prima di avviare il dibattito sul merito, di svolgere un breve ciclo di audizioni ad integrazione degli elementi di conoscenza già acquisiti.

Poiché non vi sono osservazioni in senso contrario, propone di fissare il termine per la presentazione delle proposte di audizione, nel numero massimo di due per Gruppo, alle ore 12 del prossimo martedì 10 maggio.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 15,45.

1.3.2.1.16. 12^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 315 (pom.) del 12/07/2022

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

IGIENE E SANITA' (12^a)
MARTEDÌ 12 LUGLIO 2022
315^a Seduta

Presidenza della Presidente
[PARENTE](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

La seduta inizia alle ore 15,30

IN SEDE CONSULTIVA

(2668) Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 maggio 2022, n. 50, recante misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina
(Esame. Parere alla 5a Commissione. Parere favorevole)

La [PRESIDENTE](#) comunica che, nella seduta odierna della Sottocommissione pareri, è stata chiesta la rimessione alla sede plenaria dell'esame in sede consultiva del disegno di legge in titolo.

La relatrice [BOLDRINI](#) (PD) riferisce sul provvedimento, premettendo che esso reca misure urgenti in materia di politiche energetiche nazionali, produttività delle imprese e attrazione degli investimenti, nonché in materia di politiche sociali e di crisi ucraina.

Si sofferma, quindi, sulle disposizioni che investono materie di competenza della Commissione.

L'articolo 39-*bis* riconosce un contributo di 2 milioni di euro per il 2022 in favore delle associazioni di volontariato per l'acquisto di materiali connessi allo svolgimento delle attività istituzionali collegate all'ambito trasfusionale.

L'articolo 40 introduce una misura per far fronte ai maggiori costi a carico degli enti del SSN dovuti all'aumento dei prezzi delle fonti energetiche, prevedendo l'incremento, per l'anno 2022, del livello del finanziamento corrente del Servizio sanitario nazionale cui concorre lo Stato per un importo di 200 milioni di euro.

Il riparto di queste maggiori risorse è previsto a beneficio di tutte le Regioni, incluse quelle a statuto speciale, e delle province autonome.

L'articolo 44 estende l'ambito di applicazione delle misure di assistenza e accoglienza in favore delle persone provenienti dall'Ucraina, già adottate in attuazione del decreto-legge n. 21 del 2022. Tra l'altro, la disposizione integra, nel limite di 27 milioni di euro per l'anno 2022, il contributo in favore delle regioni per l'erogazione dell'assistenza sanitaria ai cittadini provenienti dall'Ucraina richiedenti e titolari della protezione temporanea (commi 1 e 2).

L'articolo 48-*ter* dispone l'estensione a rifugiati e migranti delle disposizioni in materia di agricoltura

sociale, per consentire loro di usufruire di livelli adeguati di assistenza socio-sanitaria, educativa e di supporto all'inserimento socio-lavorativo.

L'articolo 51-ter reca alcune modifiche dei termini temporali e delle procedure sanzionatorie in materia di obblighi di vaccinazione contro il COVID-19. Le novelle, in primo luogo, differiscono dal 1° febbraio 2022 al 15 giugno 2022 il termine di riferimento per le varie fattispecie di obbligo, ai fini dell'applicazione della sanzione amministrativa pecuniaria già prevista, pari a cento euro; in secondo luogo, viene differito da centottanta a duecentosettanta giorni il termine - decorrente dalla trasmissione da parte dell'azienda sanitaria locale dell'attestazione dell'inadempimento - entro il quale l'Agenzia delle entrate-Riscossione provvede alla notifica dell'avviso di addebito, con valore di titolo esecutivo. L'articolo 53, infine, autorizza l'apertura di apposita contabilità speciale intestata al Commissario straordinario per l'emergenza della peste suina africana, nella quale confluiscono le risorse assegnate allo scopo di contrastare la malattia.

Nessuno chiedendo di intervenire, la [PRESIDENTE](#) invita la relattrice ad avanzare la sua proposta di parere.

La relattrice [BOLDRINI](#) (PD) propone, per quanto di competenza della Commissione, l'espressione di un parere favorevole.

La senatrice [PIRRO](#) (M5S) annuncia che il suo Gruppo, in linea con la condotta già osservata alla Camera, non parteciperà al voto, per ragioni che esulano dalle disposizioni testé illustrate.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) ritiene che il decreto-legge in esame debba essere prontamente e responsabilmente convertito. Sottolinea che sarebbe stato opportuno, nondimeno, poter disporre di tempi d'esame più ampi e si duole della prassi, ormai invalsa, del monocameralismo alternato. Ciò posto, dichiara il voto favorevole del proprio Gruppo.

Il senatore [RICHETTI](#) (Misto-+Eu-Az) annuncia il voto favorevole del suo Gruppo, sottolineando che le disposizioni illustrate dalla relattrice meritano una valutazione senz'altro positiva.

La senatrice [CANTU'](#) (L-SP-PSd'Az), nel dichiarare il voto favorevole della sua parte politica, osserva che il provvedimento in esame, con l'articolo 40, muove un primo importante passo a sostegno del servizio sanitario nazionale, nella direzione indicata da ultimo con l'ordine del giorno G1 (testo 2) approvato nella seduta dell'Assemblea n. 449 del 6 luglio scorso.

Il senatore [MAUTONE](#) (Ipf-CD) annuncia il voto favorevole del proprio Gruppo, esprimendo particolare apprezzamento per la misura in favore delle associazioni di volontariato introdotta dall'articolo 39-bis .

Non essendoci altre richieste d'intervento, previa verifica del numero legale, la proposta di parere formulata dalla relattrice è posta ai voti e approvata.

IN SEDE DELIBERANTE

(2641) Maria Cristina CANTU' e altri. - Istituzione della Giornata nazionale per la prevenzione veterinaria

(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 7 luglio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che la relattrice Stabile ha già illustrato il provvedimento e che si è convenuto di rinunciare allo svolgimento di audizioni e di fissare il termine per la presentazione di

eventuali emendamenti e ordini del giorno alle ore 11 del prossimo venerdì 15 luglio.

Dichiara quindi aperta la discussione generale.

La senatrice [SBRANA](#) (*UpC-CAL-Alt-PC-AI-Pr.SMART-IdV*) trova opportuna l'istituzione della Giornata per la prevenzione veterinaria, considerato che i cittadini, per lo più, non hanno contezza dei molteplici risvolti dell'attività del veterinario e di come quest'ultima garantisca, tra l'altro, la qualità degli alimenti di origine animale. Sottolinea l'importanza dell'approccio *One Health*.

La senatrice [BITI](#) (*PD*) si associa alla precedente oratrice, rimarcando che l'operato dei veterinari è cruciale per assicurare la sicurezza negli allevamenti e la fruizione di alimenti di qualità.

Il senatore [MAUTONE](#) (*Ipf-CD*) si sofferma sulle disposizioni recate dall'articolo 3, in tema di educazione e promozione della salute, che rivestono a suo avviso grande importanza.

La senatrice [CANTU'](#) (*L-SP-PSd'Az*) premette che la *ratio* del disegno di legge in esame è la promozione della cultura della prevenzione veterinaria, secondo il principio *One Health*: l'obiettivo è promuovere capillarmente la sensibilizzazione dei cittadini attraverso l'istituzione di una Giornata dedicata ad approfondire e divulgare il tema. Sottolinea che le attività dei medici veterinari non sono infatti sufficientemente conosciute e tenute in considerazione. Invita a considerare che una sana zootecnia - ispirata anche a principi di benessere animale - condiziona positivamente la qualità dei prodotti destinati al consumo umano, il che va inevitabilmente ad influire sulla salute dei consumatori e sulla crescita del prodotto interno lordo. Si tratta di principi di educazione civica che, a suo avviso, andrebbero anche inseriti nei programmi scolastici. Evidenzia l'importanza della prevenzione e della vigilanza predittiva per fronteggiare e soprattutto per evitare l'insorgenza di malattie animali. Ricorda che il 25 gennaio 1924 venne firmato l'accordo internazionale istitutivo dell'Organizzazione mondiale della sanità animale e fa rilevare che, andando ad istituire nel 2023 la Giornata, si pongono le premesse per preparare per una degna celebrazione del centenario, nonché per imprimere una forte spinta culturale e informativa, di educazione e di promozione della prevenzione veterinaria.

Non essendovi altre richieste d'intervento, la [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

(1748) MAUTONE. - *Istituzione della Giornata nazionale per la donazione del midollo osseo*
(Seguito della discussione e rinvio)

Prosegue la discussione, sospesa nella seduta del 15 febbraio.

La [PRESIDENTE](#), riepilogato lo stato dell'*iter*, dichiara aperta la discussione generale.

Il senatore [MAUTONE](#) (*Ipf-CD*) preannuncia un emendamento volto a prevedere che la Giornata nazionale sia celebrata il 13 maggio di ogni anno, in quanto in tale data venne istituita l'Associazione donatori di midollo osseo (ADMO).

La [PRESIDENTE](#) propone di stabilire sin da ora il termine per la presentazione di eventuali emendamenti e ordini del giorno, fissandolo alle ore 11 del prossimo martedì 19 luglio.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

(2649) Sonia FREGOLENT e altri. - Istituzione della Giornata nazionale di sensibilizzazione sul tumore alla mammella

(Discussione e rinvio)

La relattrice [IORI](#) (PD) riferisce sul disegno di legge in titolo.

Si apre la discussione generale.

La senatrice [BINETTI](#) (FIBP-UDC) rimarca l'importanza della sensibilizzazione su aspetti cruciali come la prevenzione del tumore alla mammella. Rileva che si dovrebbe diffondere la giusta consapevolezza su temi come l'autopalpazione e come il ricorso ai test, specie nei casi di familiarità con la malattia. Sottolinea che non si tratta peraltro di problematiche annoverabili nella medicina di genere, in quanto il tumore della mammella è patologia che può colpire anche pazienti di sesso maschile.

La senatrice [PIRRO](#) (M5S) fa proprie le considerazioni della senatrice Binetti riguardo all'importanza della promozione della prevenzione.

Si sofferma quindi sull'articolo 5, in tema di percorsi diagnostici-terapeutici, facendo rilevare che esso potrebbe essere ridondante, in quanto nell'ordinamento vigente sono già previste e operanti le cosiddette *breast unit*. Auspica al riguardo un approfondimento.

La senatrice [BOLDRINI](#) (PD) si associa alle considerazioni già svolte sull'importanza della prevenzione e segnala la necessità di assicurare adeguati supporti psicologici anche per il superamento della paura della diagnosi, specie nei casi di familiarità con la patologia.

Sottolinea altresì il rilievo delle iniziative di sensibilizzazione nell'ambito delle scuole, ribadendo che si tratta di un tema di interesse anche maschile.

Dopo aver fatto proprie le riserve della senatrice Pirro sull'articolo 5, esprime apprezzamento per la prevista istituzione di uno sportello oncologico *ad hoc*, che a suo giudizio dovrebbe essere preferibilmente ubicato all'interno delle case della comunità.

La senatrice [MARIN](#) (L-SP-PSd'Az) rimarca a sua volta che il tumore alla mammella è patologia di non esclusivo interesse femminile: come si evince dai dati scientifici, ne sono colpiti anche gli uomini, sia pure meno frequentemente rispetto alle donne. Osserva che occorre evitare diagnosi tardive legate alla mancanza di sensibilizzazione sul tema ed auspica pertanto che le campagne informative siano rivolte anche agli uomini.

Non essendovi altri iscritti a parlare, la [PRESIDENTE](#) dichiara conclusa la discussione generale. Propone di fissare il termine per la presentazione di eventuali ordini del giorno ed emendamenti alle ore 11 del prossimo giovedì 21 luglio.

Conviene la Commissione.

Il seguito della discussione è, quindi, rinviato.

IN SEDE REDIGENTE

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(1751) Paola BOLDRINI ed altri. - Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

(Seguito della discussione congiunta e rinvio)

Prosegue la discussione congiunta, sospesa nella seduta del 3 maggio.

La [PRESIDENTE](#) ricorda che si è conclusa la fase di illustrazione e discussione degli emendamenti a suo tempo presentati.

Avverte che non sono ancora pervenuti i pareri della Commissione bilancio su testo ed emendamenti. Informa altresì che il relatore sta svolgendo interlocuzioni per individuare alcune possibili riformulazioni, d'intesa col Governo e con i presentatori degli emendamenti.

Prende atto la Commissione.

Il seguito della discussione congiunta è, quindi, rinviato.

La seduta termina alle ore 16,20

1.4. Trattazione in consultiva

1.4.1. Sedute

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 1346
XVIII Legislatura

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza
infermieristica domiciliare

Trattazione in consultiva

Sedute di Commissioni consultive

Seduta

1^a Commissione permanente (Affari Costituzionali)

[N. 156 \(pom.\)](#)

15 febbraio 2022

Sottocomm. pareri

5^a Commissione permanente (Bilancio)

[N. 424 \(pom.\)](#)

13 luglio 2021

Commissione parlamentare questioni regionali

20 luglio 2021

(pom.)

1.4.2. Resoconti sommari

1.4.2.1. 1[^] Commissione permanente (Affari Costituzionali)

1.4.2.1.1. 1ª Commissione permanente (Affari Costituzionali) - Seduta n. 156 (pom., Sottocomm. pareri) del 15/02/2022

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

AFFARI COSTITUZIONALI (1ª)
Sottocommissione per i pareri

MARTEDÌ 15 FEBBRAIO 2022
156ª Seduta

Presidenza del Presidente della Commissione
[PARRINI](#)

La seduta inizia alle ore 14,05.

[\(2356\)](#) CALIENDO ed altri. - Modifiche all'articolo 11 del decreto legislativo 7 settembre 2012, n. 155, in materia di proroga dell'applicazione delle modifiche inerenti le circoscrizioni giudiziarie de L'Aquila e di Chieti

(Parere alla 2ª Commissione. Esame. Parere non ostativo)

Il presidente [PARRINI](#) (PD), relatore, dopo aver illustrato il disegno di legge in titolo, propone di esprimere per quanto di competenza, parere non ostativo.

La Sottocommissione conviene.

[\(2367\)](#) NENCINI ed altri. - Disposizioni per la promozione dei cammini come itinerari culturali. Delega al Governo in materia di cammini

(Parere alla 7ª Commissione su ulteriori emendamenti. Esame. Parere non ostativo)

Il presidente [PARRINI](#) (PD), relatore, dopo aver illustrato gli emendamenti 3.6 (testo2) e 5.4 (testo corretto) riferiti al disegno di legge in titolo, propone di esprimere per quanto di competenza, parere non ostativo.

La Sottocommissione conviene.

[\(2414\)](#) Disposizioni per la celebrazione dell'ottavo centenario della morte di San Francesco d'Assisi

(Parere alla 7ª Commissione su testo ed emendamenti. Esame. Parere non ostativo)

Il presidente [PARRINI](#) (PD), relatore, dopo aver illustrato il disegno di legge in titolo propone di esprimere, per quanto di competenza, parere non ostativo.

Esaminati altresì gli emendamenti riferiti al disegno di legge in titolo, propone di esprimere per quanto di competenza, parere non ostativo.

La Sottocommissione conviene.

[\(869\)](#) *Sonia FREGOLENT ed altri. - Norme in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari*

(Parere alla 12ª Commissione su testo ed emendamenti. Esame. Parere non ostativo)

Il presidente [PARRINI](#) (PD), relatore, illustra il disegno di legge in titolo proponendo di esprimere, per quanto di competenza, parere non ostativo.

Esaminati altresì gli emendamenti riferiti al disegno di legge in titolo, propone di esprimere per quanto di competenza, parere non ostativo.

La Sottocommissione conviene.

[\(1346\)](#) *MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare*

(Parere alla 12ª Commissione su testo ed emendamenti. Esame. Parere non ostativo con osservazioni sul testo. Parere non ostativo sugli emendamenti)

Il presidente [PARRINI](#) (PD), relatore, illustra il disegno di legge in titolo proponendo di esprimere, per quanto di competenza, parere non ostativo, con la seguente osservazione:

- trattandosi di un provvedimento che interviene in una materia di competenza legislativa concorrente, si reputa opportuno introdurre una fase di attuazione dello stesso, che preveda il coinvolgimento della Conferenza Stato-regioni.

Esaminati altresì gli emendamenti riferiti al disegno di legge in titolo, propone di esprimere per quanto di competenza, parere non ostativo.

La Sottocommissione conviene.

[\(1131\)](#) *FERRAZZI ed altri. - Misure per la rigenerazione urbana*

[\(1302\)](#) *Luisa ANGRISANI ed altri. - Modificazioni alla legge 6 ottobre 2017, n. 158, in materia di sostegno e valorizzazione dei piccoli comuni e di riqualificazione e recupero dei centri storici dei medesimi comuni*

[\(1943\)](#) *Paola NUGNES. - Misure e strumenti per la rigenerazione urbana*

[\(1981\)](#) *BRIZIARELLI ed altri. - Norme per la rigenerazione urbana*

[\(2292\)](#) *Disposizioni in materia di conservazione, rigenerazione e residenzialità di centri, nuclei e complessi edilizi storici*

[\(2297\)](#) *Nadia GINETTI. - Misure per la tutela e la valorizzazione delle mura di cinta dei borghi e dei centri storici e relative fortificazioni, torri e porte*

(Parere alla 13ª Commissione su ulteriori emendamenti al nuovo testo unificato. Esame. Parere non ostativo)

Il presidente [PARRINI](#) (PD), relatore, illustra gli emendamenti 12.2 (testo 2) e 6.17 (testo 2), riferiti al nuovo testo unificato in titolo, proponendo di formulare, per quanto di competenza, parere non ostativo.

La seduta termina alle ore 14,15.

1.4.2.2. 5[^] Commissione permanente (Bilancio)

1.4.2.2.1. 5ª Commissione permanente (Bilancio) - Seduta n. 424 (pom.) del 13/07/2021

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

BILANCIO (5ª)
MARTEDÌ 13 LUGLIO 2021
424ª Seduta

Presidenza del Presidente
[PESCO](#)

Interviene il sottosegretario di Stato per l'economia e le finanze Alessandra Sartore.

La seduta inizia alle ore 14,10.

IN SEDE CONSULTIVA

(2255) Deputato Paolo RUSSO. - Disposizioni per la cura delle malattie rare e per il sostegno della ricerca e della produzione dei farmaci orfani, approvato dalla Camera dei deputati, in un testo risultante dall'unificazione dei disegni di legge d'iniziativa dei deputati Paolo Russo; Fabiola Bologna ed altri; De Filippo ed altri; Maria Teresa Bellucci; Panizzut ed altri
(Parere alla 12a Commissione. Esame e rinvio)

Il presidente [PESCO](#) (M5S), in qualità di relatore, illustra il disegno di legge in titolo segnalando, per quanto di competenza, in relazione all'articolo 4 (Piano diagnostico terapeutico assistenziale personalizzato e livelli essenziali di assistenza per le malattie rare), nel prendere atto che le prestazioni indicate nel comma 2 sono a carico del Servizio sanitario nazionale se già inserite nei livelli essenziali di assistenza (LEA) o se qualificate come salvavita, la necessità di verificare se la predisposizione di un Piano terapeutico personalizzato possa tradursi, per la sua organicità, in un maggior flusso di prestazioni sanitarie a favore dei pazienti affetti da malattie rare, con conseguenti riflessi sulla finanza pubblica. Rileva che andrebbe poi acquisito un chiarimento sugli eventuali effetti finanziari onerosi del primo periodo del comma 3 che pone a carico del Servizio sanitario nazionale i dispositivi medici e i presidi sanitari presenti nei piani diagnostici terapeutici assistenziali personalizzati. In linea generale, inoltre, richiede l'acquisizione di dati circa il costo medio delle prestazioni sanitarie e dei dispositivi medici garantiti ai soggetti affetti da malattie rare, nonché un'indicazione circa l'ampiezza della platea in questione.

Con riguardo all'articolo 6 (Istituzione del Fondo di solidarietà per le persone affette da malattie rare), osserva che sarebbe opportuno acquisire dati ed elementi di quantificazione per poter valutare la congruità dello stanziamento rispetto alle finalità previste.

Relativamente all'articolo 8 (Istituzione del Comitato nazionale per le malattie rare), chiede conferma dell'effettiva possibilità per le strutture ministeriali di cui al comma 2 di svolgere le attività di supporto al Comitato a valere sulle risorse disponibili a legislazione vigente.

Per quanto riguarda l'articolo 11 (Finanziamento della ricerca sulle malattie rare e dello sviluppo dei

farmaci orfani), ferma restando la necessità di acquisire l'aggiornamento della relazione tecnica, rileva che sarebbe comunque opportuno un supplemento di istruttoria in merito alle possibili variazioni finanziarie a titolo di imposta regionale sulle attività produttive (IRAP). Infatti, l'eventuale deducibilità dalla base imponibile IRAP dei versamenti delle imprese farmaceutiche in favore del Fondo nazionale farmaci orfani darebbe luogo ad un minor gettito: in tale caso, andrebbero quantificate le minori entrate, nonché i maggiori oneri erariali posti a ristoro dei minori incassi degli enti territoriali cui l'imposta in argomento è destinata.

Circa l'articolo 12 (Incentivi fiscali), suggerisce di valutare, in via prudenziale - con riguardo al credito di imposta in favore dei soggetti che svolgono attività di ricerca sulle malattie rare e sulla produzione di farmaci orfani - i possibili riflessi finanziari in meri termini di cassa, verosimilmente molto lievi, ascrivibili all'eliminazione del limite di utilizzabilità annua del credito d'imposta maturato, di cui all'articolo 53, comma 1, della legge n. 244 del 2007. Osserva, inoltre, che andrebbe valutata l'opportunità, al fine di escludere incertezze applicative, di specificare l'anno in cui vengono sostenute le spese per l'avvio e per la realizzazione dei progetti di ricerca, atteso che il credito in parola decorre dal 2022 ed è fruibile dal 1° gennaio dell'anno successivo a quello in cui sono state effettuate le spese (pertanto, per il primo anno, dal 2023).

Relativamente all'articolo 15 (Disposizioni finanziarie), preso atto che il fondo per le esigenze indifferibili in corso di gestione utilizzato a copertura di cui al comma 1 presenta, per il biennio 2022-2023, le occorrenti disponibilità e che ha carattere permanente, chiede conferma della sussistenza delle necessarie risorse a decorrere dal 2024 (circa 4,3 milioni di euro annui).

In relazione alla copertura di cui al comma 2, preso atto che l'accantonamento del fondo speciale di conto capitale inciso presenta le occorrenti disponibilità, osserva che non vi sono osservazioni da formulare; tuttavia, per quanto riguarda la natura della spesa, rileva che andrebbero acquisiti chiarimenti sul credito di imposta di cui all'articolo 12, onde assicurare che sia considerato in conto capitale, in modo da evitare una dequalificazione della spesa.

Pertanto, al fine di verificare i profili di ordine finanziario sopra illustrati, fa presente che risulta necessario acquisire la relazione tecnica aggiornata, ai sensi dell'articolo 17, comma 8, della legge di contabilità e finanza pubblica.

Per ulteriori osservazioni e approfondimenti, rinvia alla Nota n. 227 del Servizio del bilancio.

A quest'ultimo riguardo, rappresenta l'opportunità di acquisire dal Governo rassicurazioni in merito al rilievo sollevato dal Servizio del bilancio sull'articolo 2 del disegno di legge, per quanto attiene alla compatibilità della definizione delle malattie rare recata dal disegno di legge con l'elenco di cui all'allegato 7 del dPCm 12 gennaio 2017, onde escludere un ampliamento del novero delle malattie rare, con effetti sulla finanza pubblica, in termini di prestazioni erogate a carico del Servizio sanitario nazionale.

La senatrice [FAGGI](#) (*L-SP-PSd'Az*) concorda circa l'opportunità di acquisire un elenco aggiornato e completo delle malattie rare.

Il senatore [ERRANI](#) (*Misto-LeU-Eco*) osserva come il disegno di legge rechi una definizione sia delle malattie rare che delle malattie ultra rare. Ne consegue che, in caso di entrata in vigore della legge, l'elenco di tali patologie contenuto in un dPCm dovrà essere aggiornato e adeguato alle nuove fonti normative primarie.

Il sottosegretario Alessandra SARTORE, nel rammentare le difficoltà emerse anche nel corso dell'esame presso la Camera dei deputati, fa presente che la relazione tecnica aggiornata è in corso di predisposizione.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

[\(2272\)](#) Conversione in legge del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il

rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia
(Parere alle Commissioni 1a e 2a riunite sugli emendamenti. Esame e rinvio)

Il relatore [PRESUTTO](#) (M5S) illustra gli emendamenti riferiti al disegno di legge in titolo, segnalando, per quanto di competenza, che, con riferimento agli emendamenti riferiti all'articolo 1, comportano maggiori oneri le proposte 1.1, identica a 1.2 e 1.3, 1.4, identica a 1.5, 1.8, identica a 1.9 e 1.10, 1.11, identica a 1.12 e 1.13, nonché 1.14. Segnala che occorre valutare i profili finanziari dell'emendamento 1.15, che limita l'ambito della giusta causa di recesso dal contratto di collaborazione per mancato conseguimento degli obiettivi. Richiede la relazione tecnica sull'emendamento 1.16. Sulla proposta 1.17, analoga all'emendamento 1.44, fa presente che occorre valutare gli effetti finanziari derivanti dalla conservazione del posto per i dipendenti pubblici per la durata del contratto a tempo determinato. Osserva che comportano poi maggiori oneri gli analoghi emendamenti 1.25 e 1.26. Relativamente alle analoghe proposte 1.32, 1.33 e 1.34, occorre acquisire la relazione tecnica. Determinano maggiori oneri le proposte 1.61 e 1.63. Occorre inoltre valutare gli effetti finanziari degli analoghi emendamenti 1.64, 1.65, 1.66 e 1.67, che disapplicano gli obblighi di utilizzo del personale in mobilità. Segnala quindi che comportano maggiori oneri le analoghe proposte 1.71, 1.72, 1.73 e 1.74. Richiede la relazione tecnica per gli emendamenti 1.77 e 1.81. Osserva poi che occorre valutare se la proposta 1.91, che aggiunge la riserva di posti introdotta dal provvedimento in esame a quella già prevista in precedenza, possa determinare oneri aggiuntivi per la finanza pubblica. La proposta 1.92 determina maggiori oneri. Rileva che occorre valutare gli analoghi emendamenti 1.94 e 1.95. Fa quindi presente che si rende necessario acquisire la relazione tecnica per gli analoghi emendamenti 1.98 e 1.99. Osserva che le proposte 1.100, 1.102 e 1.103 comportano maggiori oneri. Comporta maggiori oneri altresì la proposta 1.101, mentre sulla riformulazione 1.101 (testo 2) si richiede la relazione tecnica. Per l'emendamento 1.104, segnala che risulta necessario acquisire una relazione tecnica verificata. Comporta maggiori oneri la proposta 1.105.

Appaiono suscettibili di comportare maggiori oneri gli analoghi emendamenti 1.0.2 e 1.0.3, nella parte in cui consentono per gli enti ivi previsti di incrementare gli uffici dirigenziali mediante disposizioni diverse da norme legislative di rango primario. Fa infine presente che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 1.

In relazione agli emendamenti riferiti all'articolo 2, rileva che occorre avere conferma della sussistenza delle risorse utilizzate a copertura dell'emendamento 2.9. Non vi sono invece osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 2.

In relazione agli emendamenti riferiti all'articolo 3, segnala che comportano maggiori oneri le proposte 3.1 e 3.20. Fa poi presente che occorre valutare i profili finanziari degli emendamenti 3.22 e 3.25, al fine di determinare se comportino un'accelerazione della spesa. Richiede la relazione tecnica sull'emendamento 3.23, recante l'abrogazione di una serie di vincoli in tema di salario accessorio. Comportano maggiori oneri gli emendamenti 3.24, 3.26, identico a 3.27 e 3.28, nonché 3.29, identico a 3.30, 3.31, 3.32 e 3.33. Per quanto riguarda l'emendamento 3.50, richiede la relazione tecnica. Rileva che occorre valutare eventuali profili finanziari della proposta 3.52, recante misure di adeguamento delle prove di concorso per i soggetti con DSA. Occorre poi valutare i profili finanziari della proposta 3.56, che prevede la soppressione del tempo di permanenza minimo dopo l'assunzione. Rileva che derivano maggiori oneri dagli emendamenti 3.62, 3.73 e 3.74. Per le proposte 3.72 e 3.81, occorre acquisire la relazione tecnica. Segnala poi che occorre valutare la disponibilità delle risorse poste a copertura dell'emendamento 3.86. Le proposte 3.92 e 3.93 comportano maggiori oneri. Richiede la relazione tecnica sugli analoghi emendamenti 3.95 e 3.96. Fa poi presente che occorre valutare la proposta 3.97, che interviene sulle procedure di stabilizzazione dei precari della pubblica amministrazione. L'emendamento 3.100 comporta maggiori oneri per la finanza pubblica. Rileva quindi che occorre valutare la disponibilità delle risorse poste a coperture dell'emendamento 3.103. Richiede la relazione tecnica per le proposte 3.106 e 3.107. La proposta 3.108 comporta maggiori oneri. Osserva poi che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sull'emendamento 3.0.1.

Occorre valutare i profili finanziari degli analoghi emendamenti 3.0.2, 3.0.3 e 3.0.4 laddove prevedono, al comma 2, la non applicazione dei limiti assunzionali. Segnala che comportano maggiori oneri le analoghe proposte 3.0.6, 3.0.7, 3.0.8 e 3.0.9, nonché gli analoghi emendamenti 3.0.10, 3.0.11, 3.0.13, 3.0.102 e 3.0.14. Risulta necessario acquisire la relazione tecnica sugli emendamenti 3.0.12 e 3.0.19. Determinano maggiori oneri le proposte 3.0.20 e 3.0.21, identica a 3.0.22, 3.0.23 e 3.0.24. Richiede la relazione tecnica sull'emendamento 3.0.25. Comporta maggiori oneri l'emendamento 3.0.26. Chiede inoltre conferma della disponibilità delle risorse poste a copertura dell'emendamento 3.0.27. Segnala che occorre valutare gli eventuali profili finanziari della proposta 3.0.28, in tema di collocamento a riposo d'ufficio dei direttori medici. Richiede la relazione tecnica sull'emendamento 3.0.29, in tema di autorizzazione all'attività libero professionale per alcune categorie di dipendenti sanitari. Fa poi presente che occorre avere conferma della disponibilità delle risorse poste a copertura dell'emendamento 3.0.30. Richiede la relazione tecnica per l'emendamento 3.0.31. Rileva che comporta maggiori oneri la proposta 3.0.32. Fa, infine, presente che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti, ivi compresa la proposta 3.82 (testo corretto), riferiti all'articolo 3. In relazione agli emendamenti riferiti all'articolo 4, fa presente che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sugli analoghi emendamenti 4.0.1, 4.0.2 e 4.0.3, che istituiscono un ruolo dirigenziale per i ricercatori nell'ambito degli IRCCS. Osserva poi che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 4.

In relazione agli emendamenti riferiti all'articolo 5, segnala che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sull'emendamento 5.1, con particolare riguardo al capoverso 2-*bis*, che istituisce il ruolo unico dei docenti a tempo indeterminato della Scuola superiore dell'Amministrazione, senza peraltro quantificare esattamente gli oneri. Comporta invece maggiori oneri l'emendamento 5.0.2. Segnala che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 5.

In relazione agli emendamenti riferiti all'articolo 6, osserva che occorre valutare gli eventuali profili finanziari della proposta 6.26, nella parte in cui prevede l'assegnazione di ulteriori funzioni ai centri autorizzati di assistenza agricola. Deve valutarsi altresì l'emendamento 6.27, nella parte in cui limita l'applicazione agli enti di ricerca della disciplina in tema di misurazione e valutazione della *performance*. Con riguardo alla proposta 6.40, che prevede l'attivazione da parte della Funzione pubblica di un portale dedicato allo scambio di buone pratiche, chiede conferma che ciò possa avvenire a invarianza di oneri. Osserva poi che comportano maggiori oneri le analoghe proposte 6.42, 6.43, 6.44 e 6.45. Comportano inoltre maggiori oneri gli analoghi emendamenti 6.0.1, 6.0.23 e 6.0.2, nonché la proposta 6.0.3. Richiede la relazione tecnica sugli emendamenti 6.0.4 e 6.0.5. Osserva che risulta necessario acquisire la relazione tecnica altresì sulla proposta 6.0.7, valutando in ogni caso la riformulazione della copertura finanziaria come previsione di spesa. Occorre valutare i profili finanziari dell'emendamento 6.0.8, con particolare riguardo alla riduzione degli oneri a 1 milione di euro anche a decorrere dal 2022. Richiede la relazione tecnica sulla proposta 6.0.9, che sospende per gli esercizi finanziari 2021-2023 la limitazione delle spese per l'acquisto di beni e servizi. Sulla proposta 6.0.10, segnala che occorre valutare la portata normativa e finanziaria della riduzione dell'aliquota di prelievo, che appare conforme a quanto già previsto a legislazione vigente. Chiede conferma dell'assenza di oneri dell'emendamento 6.0.12, in tema di composizione delle commissioni mediche dell'INPS, nonché della proposta 6.0.13, in materia di priorità di assunzione nell'ambito dell'internalizzazione del call center INPS. Richiede la relazione tecnica sull'emendamento 6.0.14, per la quantificazione degli oneri derivanti dalla riduzione della durata dei corsi per l'accesso nei ruoli del Corpo dei Vigili del fuoco. Osserva poi l'opportunità di valutare i profili finanziari della proposta 6.0.15, che prevede lo scorrimento delle graduatorie per assunzioni ordinarie e straordinarie nel Corpo dei Vigili del fuoco. Occorre valutare inoltre la sostenibilità della clausola di invarianza nell'emendamento 6.0.16, che riduce la durata del corso iniziale di formazione per la carriera prefettizia. Fa presente che comporta maggiori oneri l'emendamento 6.0.17. Risulta inoltre necessario acquisire la relazione tecnica sulla proposta 6.0.18. Comporta maggiori oneri l'emendamento 6.0.19. Rileva poi che occorre valutare i profili finanziari delle proposte 6.0.20, 6.0.21 e 6.0.22, che intervengono sull'inquadramento e sul finanziamento dei contratti collettivi per i dirigenti

amministrativi, tecnici e professionali del Servizio sanitario nazionale. Fa presente, infine, che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 6.

In relazione agli emendamenti riferiti all'articolo 7, rileva che comportano maggiori oneri le analoghe proposte 7.1 e 7.2. Richiede la relazione tecnica sugli analoghi emendamenti 7.4 e 7.5, che istituiscono il ruolo separato dei ricercatori e dei tecnologi presso il Ministero delle Infrastrutture, nonché un Centro per l'innovazione e la sostenibilità presso lo stesso MIMS. Fa poi presente che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sull'emendamento 7.0.1, che prevede l'assunzione di 150 unità di personale presso il MEF (di cui va comunque valutata la configurazione della quantificazione come previsione e non tetto di spesa), l'incremento di 10 unità di personale, dal 2021 al 2027, per i relativi uffici di diretta collaborazione, nonché il rafforzamento finanziario della società Sogei. Richiede la relazione tecnica sull'emendamento 7.0.2, che prevede assunzioni presso il Consiglio per la ricerca in agricoltura (di cui va peraltro valutata l'esclusione della qualifica di dipendenti pubblici per gli assunti e la formulazione della copertura come previsione di spesa), nonché sulla proposta 7.0.4, che incrementa la dotazione organica del MIPAAF. Rileva che occorre valutare la portata finanziaria dell'emendamento 7.0.3, sulle procedure di stabilizzazione degli addetti ai servizi ausiliari presso le istituzioni scolastiche siciliane. Fa quindi presente che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 7.

Per quanto riguarda gli emendamenti riferiti all'articolo 8, osserva che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sulla proposta 8.1 per verificare la corretta quantificazione degli oneri connessi al comma 2-bis (incremento del 25 per cento della retribuzione di posizione di parte variabile in godimento ai direttori delle Ragionerie territoriali dello Stato) e la congruità della copertura di cui al comma 2-quater (incremento dei fondi per il trattamento accessorio del personale del Ministero dell'economia e delle finanze). Rileva che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sulla proposta 8.0.1 sul reclutamento di personale presso l'Ispettorato nazionale del lavoro, per verificare sia la corretta quantificazione degli oneri sia la congruità della copertura. Richiede, altresì, la relazione tecnica sugli analoghi emendamenti 8.0.2, 8.0.3, 8.0.4, 8.0.5, 8.0.6, 8.0.7 e 8.0.8 che autorizzano procedure di scorrimento delle graduatorie di concorso e di reclutamento di personale dirigenziale di seconda fascia in favore dell'Agenzia delle entrate e del Ministero dell'economia e delle finanze.

Per quanto riguarda gli emendamenti riferiti all'articolo 9, fa presente che occorre valutare gli effetti finanziari degli identici emendamenti 9.2 e 9.3 che, in luogo del conferimento di incarichi di collaborazione, consentono assunzioni a tempo determinato di un numero massimo complessivo di mille persone a supporto dei procedimenti amministrativi connessi all'attuazione del PNRR. Osserva poi che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sull'emendamento 9.10. Rileva che occorre valutare gli effetti finanziari dell'emendamento 9.0.15 (già 9.15) che consente ai comuni, in determinate circostanze, di procedere all'integrazione delle risorse destinate al trattamento economico accessorio del personale. Occorre, altresì, valutare il carattere in conto capitale dell'autorizzazione di spesa dell'emendamento 9.0.1 sul potenziamento dei sistemi di contrasto della criminalità organizzata e del terrorismo internazionale, al fine di verificare la correttezza della copertura. Risulta necessario acquisire la relazione tecnica sugli identici emendamenti 9.0.2, 9.0.3 e 9.0.4, che disciplinano la mobilità del personale proveniente dal disciolto Corpo forestale dello Stato. Osserva che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti all'articolo 9.

Per quanto riguarda gli emendamenti riferiti all'articolo 10, fa presente che comportano maggiori oneri le identiche proposte 10.1 e 10.2. Segnala che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sulla proposta 10.3. Rileva che comportano maggiori oneri gli identici emendamenti 10.0.1 e 10.0.2.

Per quanto riguarda gli emendamenti riferiti all'articolo 11, rileva che occorre valutare la proposta 11.0.1, che consente la definizione agevolata delle controversie tributarie in cui l'Agenzia delle entrate sia parte soccombente, nei casi in cui la relativa pronuncia giurisdizionale sia stata pronunciata e deliberata (invece che depositata, come previsto dalla normativa vigente). Fa presente che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sulla proposta 11.0.2. Rileva che occorre valutare gli effetti finanziari dell'emendamento 11.0.3 che aumenta il numero dei componenti del consiglio e

della giunta delle Camere di commercio nei territori ove è presente la minoranza linguistica slovena. Segnala che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 11.

Rileva poi che non vi sono osservazioni sugli emendamenti riferiti all'articolo 13.

In relazione agli emendamenti riferiti all'articolo 14, segnala che occorre valutare l'inserimento di una clausola di invarianza negli emendamenti 14.8 e 14.300, in tema di reclutamento e gestione del personale amministrativo per l'ufficio del processo relativo al distretto della Corte d'appello di Trento. Rileva che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 14.

Osserva che non vi sono osservazioni sugli emendamenti riferiti all'articolo 15.

In relazione agli emendamenti riferiti all'articolo 17, segnala che comporta maggiori oneri la proposta 17.4. Richiede poi la relazione tecnica sugli emendamenti 17.0.1 e 17.0.2, sulla proroga delle circoscrizioni giudiziarie di L'Aquila e Chieti, nonché sulla proposta 17.0.3, sull'istituzione di una sezione distaccata del tribunale di Potenza a Melfi. Osserva poi che risulta necessario acquisire la relazione tecnica sull'emendamento 17.0.5, recante agevolazioni contributive per l'assunzione di donne vittime di reati da "codice rosso", valutando la congruità della copertura come tetto di spesa. Segnala che comportano maggiori oneri le proposte 17.0.6 e 17.0.8. Rileva poi la necessità di valutare l'inserimento di una clausola di invarianza finanziaria nell'emendamento 17.0.7, che consente il trattenimento in servizio per i dipendenti pubblici in situazioni di fragilità, valutando altresì l'ambito applicativo della misura. Osserva che non vi sono osservazioni sui restanti emendamenti riferiti all'articolo 17.

Fa, infine, presente che non vi sono osservazioni sugli emendamenti riferiti all'articolo 18.

La rappresentante del GOVERNO si riserva di acquisire i necessari elementi di risposta.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

(2272) Conversione in legge del decreto-legge 9 giugno 2021, n. 80, recante misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionali all'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l'efficienza della giustizia (Parere all'Assemblea sugli emendamenti. Esame e rinvio)

Il relatore [PRESUTTO](#) (M5S) illustra gli emendamenti trasmessi dall'Assemblea, riferiti al disegno di legge in titolo, richiamando stante la coincidenza delle proposte emendative, le considerazioni già svolte in sede di esame degli emendamenti per il parere alle Commissioni di merito. Sull'emendamento 3.0.500, presentato solo in Assemblea, fa presente che risulta necessario acquisire la relazione tecnica.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

(1571) Disposizioni per il recupero dei rifiuti in mare e nelle acque interne e per la promozione dell'economia circolare ("legge SalvaMare"), approvato dalla Camera dei deputati (Parere alla 13a Commissione sugli ulteriori emendamenti. Esame. Parere non ostativo)

La relatrice [GALLICCHIO](#) (M5S) illustra gli ulteriori emendamenti riferiti al disegno di legge in titolo, segnalando, per quanto di competenza, che non vi sono osservazioni da formulare sulle ulteriori proposte emendative 2.1 (testo 2), 2.8 (testo 2), 2.18 (testo 3), 2.100 (testo 2) e 5.0.1 (testo 4).

Il sottosegretario Alessandro SARTORE esprime un avviso conforme a quello della relatrice.

Non essendovi richieste di intervento, la relatrice [GALLICCHIO](#) (M5S) illustra quindi la seguente proposta di parere: "La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli ulteriori emendamenti 2.1 (testo 2), 2.8 (testo 2), 2.18 (testo 3), 2.100 (testo 2) e 5.0.1 (testo 4), relativi al

disegno di legge in titolo, esprime, per quanto di propria competenza, parere non ostativo.".

La Commissione approva.

(1228) LA PIETRA ed altri. - Modifica all'articolo 2 della legge 20 dicembre 2012, n. 238, per il sostegno e la valorizzazione del Pistoia Blues Festival

(Parere alla 7a Commissione sul testo e sugli emendamenti. Esame e rinvio)

La relatrice [BOTTICI](#) (M5S) illustra il disegno di legge in titolo ed i relativi emendamenti, segnalando, per quanto di competenza, che, in relazione al testo, risulta necessario aggiornare la decorrenza temporale dell'onere. Altresì, occorre acquisire conferma dell'effettiva disponibilità delle risorse utilizzate a copertura allocate sul Fondo unico per lo spettacolo (FUS). Per quanto concerne gli emendamenti, rileva che occorre valutare l'emendamento 1.1 che, comunque, sostituendo interamente l'articolo 2 della legge n. 238 del 2012, sembrerebbe determinare, nell'immediato, economie di spesa. Non vi sono osservazioni sulla proposta 1.2 (ferma restando la necessità di fare riferimento allo stato di previsione del Ministero dell'economia e delle finanze per l'anno 2021). Con riguardo agli emendamenti sostanzialmente identici 1.3 e 1.5, segnala che occorre acquisire conferma dell'effettiva disponibilità delle risorse utilizzate a copertura presso il Fondo per far fronte ad esigenze indifferibili in corso di gestione. In merito agli emendamenti 1.4 (che riduce il contributo al *Pistoia Blues Festival* a 500 mila euro annui) e 1.0.1 (che dispone un contributo di un milione di euro annui per la realizzazione del festival internazionale *Time in Jazz*), fa presente che occorre verificare l'effettiva disponibilità presso il FUS delle risorse utilizzate a copertura.

Il sottosegretario Alessandra SARTORE si riserva di acquisire gli elementi di risposta.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

(1346) MARINELLO ed altri. - Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

(Parere alla 12a Commissione sul testo e sugli emendamenti. Esame del testo e rinvio. Rinvio dell'esame degli emendamenti. Richiesta relazione tecnica sul testo)

Il relatore [DELL'OLIO](#) (M5S) illustra il testo del disegno di legge in titolo segnalando, per quanto di competenza, che risulta necessario richiedere formalmente la relazione tecnica, ai sensi dell'articolo 76-bis, comma 3, del Regolamento, per verificare gli effetti finanziari del provvedimento e, conseguentemente, individuare una copertura finanziaria adeguata.

La rappresentante del GOVERNO concorda con la richiesta del relatore.

La Commissione conviene quindi di richiedere formalmente la relazione tecnica, ai sensi dell'articolo 76-bis, comma 3, del Regolamento.

Il seguito dell'esame è quindi rinviato.

(2169) Disposizioni per l'adempimento degli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea - Legge europea 2019-2020, approvato dalla Camera dei deputati

(Parere Parere alla 14a Commissione sugli emendamenti. Seguito e conclusione dell'esame. Parere in parte non ostativo e in parte contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione)

Prosegue l'esame sospeso nella seduta del 6 luglio.

La relatrice [GALLICCHIO](#) (*M5S*) illustra gli emendamenti riferiti al disegno di legge, accantonati nella seduta del 6 luglio 2021, nonché un'ulteriore riformulazione, segnalando, per quanto di competenza, che, relativamente agli emendamenti riferiti all'articolo 17, è opportuno richiedere, per verificare la correttezza delle quantificazioni, la congruità delle coperture finanziarie e la sostenibilità delle clausole di invarianza ivi dedotte, la relazione tecnica sugli emendamenti 17.0.1 (testo 2), 17.0.1 (testo 3), 17.0.2 (testo 2), 17.0.2 (testo 3), 17.0.3 e 17.0.4, nonché sugli analoghi 17.0.3 (testo 2) e 17.0.4 (testo 2) (questi ultimi peraltro recanti, in relazione al credito d'imposta previsto dai commi 5 e 6, profili di onerosità), tutti in materia di videosorveglianza a tutela dei soggetti fragili.

In riferimento all'articolo 30, chiede la relazione tecnica, anche al fine di verificare la sostenibilità della relativa clausola di invarianza, sull'emendamento 30.0.1 (testo 3), che prevede l'istituzione di sedi dell'Osservatorio euro-mediterraneo anche nelle città di Roma e Napoli.

Per quanto concerne gli emendamenti riferiti all'articolo 36, rileva che occorre acquisire la relazione tecnica sulle proposte 36.0.2 (testo 4) sul rafforzamento e la riorganizzazione interna della Corte dei conti, e 36.0.2 (testo 5), sullo sviluppo della funzione consultiva e la razionalizzazione del controllo preventivo della medesima Corte, anche al fine di verificare la sostenibilità della clausola di invarianza finanziaria ivi prevista.

Il sottosegretario Alessandra SARTORE ribadisce l'avviso contrario già espresso sugli emendamenti relativi all'articolo 17, rilevando come non sia pervenuta da parte dei Ministeri competenti la necessaria relazione tecnica.

La senatrice [RIVOLTA](#) (*L-SP-PSd'Az*) manifesta il proprio stupore per il fatto che non si riesca ad uscire da questa situazione di stallo.

A fronte di una realtà caratterizzata da episodi aberranti che si verificano negli asili e nelle residenze sanitarie assistenziali e che, purtroppo, non si limitano a pochi casi isolati, va constatata l'incapacità di offrire soluzioni legislative ad un problema annoso, impedendo che strutture di cura, di assistenza e di educazione si tramutino in trappole a scapito dei soggetti più indifesi.

Auspica, quindi, che si riescano a superare le divisioni politiche, ritenendo paradossale come, in tre anni di legislatura, non si sia riusciti a fornire una soluzione concreta e definitiva.

Il presidente [PESCO](#) esprime un forte rammarico in merito alla tematica sollevata dalla senatrice Rivolta, registrando tuttavia che la Commissione ha concesso molto tempo alle amministrazioni di settore per approfondire i profili finanziari degli emendamenti in esame.

Il sottosegretario Alessandra SARTORE comprende le considerazioni svolte dalla senatrice Rivolta e, ferma restando la valutazione al momento contraria, per assenza di relazione tecnica, sugli emendamenti in esame, si impegna a promuovere un incontro tra le amministrazioni interessate, per cercare di agevolare il prosieguo del testo unificato del disegno di legge 897 e connessi sulla videosorveglianza.

Successivamente, esprime un avviso contrario sull'emendamento 30.0.1 (testo 3), per mancanza di relazione tecnica.

La senatrice [CONZATTI](#) (*IV-PSI*) chiede chiarimenti circa l'avviso contrario espresso su quest'ultimo emendamento.

La rappresentante del GOVERNO osserva come non sia prevenuta una relazione tecnica adeguata da parte del Ministero degli esteri.

Per quanto riguarda l'emendamento 36.0.2 (testo 4), ribadisce una valutazione contraria per assenza di relazione tecnica, mentre rileva l'assenza di profili di onerosità circa l'emendamento 36.0.2 (testo 5).

La senatrice [FERRERO](#) (*L-SP-PSd'Az*) fa presente come nell'emendamento 36.0.2 (testo 5) sia stato in

effetti espunto il comma recante profili di onerosità.

Alla luce del dibattito svoltosi, la relatrice [GALLICCHIO](#) (M5S) illustra la seguente proposta di parere: "La Commissione programmazione economica, bilancio, esaminati gli emendamenti precedentemente accantonati riferiti al disegno di legge in titolo e le ulteriori riformulazioni, esprime, per quanto di competenza, parere contrario, ai sensi dell'articolo 81 della Costituzione, sulle proposte 17.0.1 (testo 2), 17.0.1 (testo 3), 17.0.2 (testo 2), 17.0.2 (testo 3), 17.0.3, 17.0.3 (testo 2), 17.0.4, 17.0.4 (testo 2), 30.0.1 (testo 3) e 36.0.2 (testo 4). Il parere è non ostativo sull'emendamento 36.0.2 (testo 5).".

La Commissione approva.

SCONVOCAZIONE DELLA SEDUTA ANTIMERIDIANA DI DOMANI

Il PRESIDENTE avverte che la seduta antimeridiana già convocata per domani, mercoledì 14 luglio 2021, alle ore 9, non avrà luogo.

La Commissione prende atto.

La seduta termina alle ore 14,45.

