



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 1751

Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

18/12/2022 - 04:31

Indice

1. DDL S. 1751 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 1751	4
1.3. Trattazione in Commissione	8
1.3.1. Sedute	9
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. 138 (pom.) del 30/06/2020	12
1.3.2.1.2. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 145 (pom.) del 30/06/2020	13
1.3.2.1.3. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 139 (pom.) del 07/07/2020	19
1.3.2.1.4. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 195 (ant.) del 13/01/2021	20
1.3.2.1.5. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 239 (ant.) del 24/06/2021	27
1.3.2.1.6. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 241 (pom.) del 13/07/2021	31
1.3.2.1.7. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 242 (ant.) del 14/07/2021	44
1.3.2.1.8. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 245 (ant.) del 21/07/2021	46
1.3.2.1.9. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 284 (pom.) del 15/02/2022	49
1.3.2.1.10. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 302 (pom.) del 03/05/2022	56
1.3.2.1.11. 12 ^a Commissione permanente (Igiene e sanita') - Seduta n. 315 (pom.) del 12/07/2022	59

1. DDL S. 1751 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

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

Disegni di legge
Atto Senato n. 1751
XVIII Legislatura

Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

Iter

12 luglio 2022: in corso di esame in commissione

Successione delle letture parlamentari

S.1751

in corso di esame in commissione

Iniziativa Parlamentare

[Paola Boldrini](#) ([PD](#))

Cofirmatari

[Valeria Fedeli](#) ([PD](#)), [Vanna Iori](#) ([PD](#)), [Alessandro Alfieri](#) ([PD](#)), [Gianni Pittella](#) ([PD](#)), [Franco Mirabelli](#) ([PD](#)), [Dario Stefano](#) ([PD](#)), [Francesco Giacobbe](#) ([PD](#)), [Tatjana Rojc](#) ([PD](#)), [Daniele Manca](#) ([PD](#)), [Mauro Antonio Donato Laus](#) ([PD](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **4 marzo 2020**; annunciato nella seduta n. 198 del 4 marzo 2020.

Classificazione TESEO

INFERMIERI , ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Articoli

PERSONE CON DISABILITA' (Art.1), MALATI (Art.1), FARMACOLOGIA E TERAPIA (Art.1)

Relatori

Relatore alla Commissione Sen. [Giuseppe Pisani](#) ([M5S](#)) (dato conto della nomina il 30 giugno 2020) .

Assegnazione

Assegnato alla [12ª Commissione permanente \(Igiene e sanità\)](#) in sede redigente il 12 maggio 2020.

Annuncio nella seduta n. 216 del 12 maggio 2020.

Pareri delle commissioni 1ª (Aff. costituzionali), 5ª (Bilancio), 11ª (Lavoro), Questioni regionali

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 1751

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

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 1751

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa dei senatori **BOLDRINI**, **FEDELI**, **IORI**, **ALFIERI**, **PITTELLA**, **MIRABELLI**, **STEFANO**, **GIACOBBE**, **ROJC**, **MANCA** e **LAUS**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 MARZO 2020

Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

Onorevoli Senatori. - Con un annuncio dello scorso 30 gennaio, il direttore generale Tedros Adhanom Ghebreyesus e l'*executive board* dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) hanno reso pubblica la designazione dell'anno 2020 come « anno dell'infermiera/e », prevedendo iniziative celebrative in tutto il mondo.

È un'occasione importante non solo per far conoscere l'impegno di questa professione, ma anche per verificare quali azioni gli Stati possono adottare per valorizzarla al fine di renderla in grado di essere coprotagonista nell'affrontare le sfide sanitarie del XXI secolo.

L'OMS ha indicato, tra l'altro, anche l'obiettivo « Sviluppare le risorse umane per la salute », secondo il quale tutti gli Stati membri devono assicurare che i « professionisti della salute » acquisiscano conoscenze, attitudini e capacità adeguate a proteggere e promuovere la salute, riferendosi agli infermieri, alle ostetriche, alle altre professioni sanitarie e ai medici che lavorano nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, riconoscendoli quali « perno della rete dei servizi richiesti » per raggiungere gli obiettivi della politica sanitaria.

Il professionista della salute, nel proprio ambito di competenza, deve pertanto svolgere un ruolo efficiente ed efficace promuovendo la salute degli individui delle famiglie e delle comunità; gestendo l'assistenza in ambito domiciliare, compresa quella delegata ad altro personale di supporto; identificando e valutando lo stato di salute e i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto; lavorando da soli o in seno ad un'*équipe*, gestendo il cambiamento.

In molti Stati membri dell'OMS la collaborazione tra il medico, l'infermiere e gli altri professionisti della salute nell'ambito delle cure primarie, in particolare nella medicina generale, è esperienza ormai consolidata e valida, da almeno trent'anni: nel nostro Paese essa è, invece, un processo ancora da sviluppare e da implementare. Nei sistemi sanitari del nord Europa, sulla scia della consolidata esperienza anglosassone, si è dato vita da tempo a questo modello operativo interprofessionale rendendosi conto delle potenzialità in termini di qualità di vita e di benessere sociale derivanti dall'avvio e dallo sviluppo di questo nuovo modello organizzativo territoriale.

È evidente che questo modello ha effetti benefici anche nei confronti della spesa sanitaria, in quanto con l'intervento proattivo di professionisti della salute sulla prevenzione, dalle campagne sugli stili di vita migliori da adottare, agli *screening* e diagnosi precoci, ad azioni di *counseling* individuale e familiare, si può contrarre e far decrescere a medio - lungo termine la stessa spesa sanitaria nazionale in quanto, evitando stati morbosi e gestendo più adeguatamente le cronicità, si riducono ricoveri, uso e abuso di farmaci, utilizzo di presidi e diagnostiche non necessarie.

Il servizio sanitario italiano, sin dall'inizio, si è posto l'obiettivo, non ancora compiutamente raggiunto, della propria razionalizzazione mediante tagli di posti letto e conseguente potenziamento dei servizi territoriali. Centrale e strategica, per raggiungere quest'obiettivo, è l'implementazione dell'assistenza domiciliare pluriprofessionale e pluridisciplinare, prevedendo, se del caso, degenze brevi per far fronte

ai problemi di salute legati all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione delle malattie croniche, anche in ospedali di comunità.

Com'è noto, negli ultimi anni, in Italia, si è assistito al duplice fenomeno sia dell'aumento della vita media e sia del tasso di crescita uguale a zero, con la conseguenza della prevalenza numerica della popolazione anziana su quella (e non solo) adolescente e della maggiore incidenza di malattie a prognosi infausta (soprattutto oncologiche), il cui esito negativo peraltro oggi si sposta sempre più avanti nel tempo. Inoltre, insieme all'invecchiamento della popolazione bisogna tener conto degli effetti iatrogeni dell'impatto ambientale causato dagli insediamenti produttivi nonché delle dipendenze vecchie e nuove.

Si producono, quindi, nuovi bisogni di salute tra i cittadini che per essere soddisfatti abbisognano di una diversificazione dell'utilizzo delle risorse; per l'OMS l'infermiere di famiglia e di comunità, e gli altri professionisti della salute sono il futuro dell'assistenza sul territorio, migliorando le prestazioni e abbattendo i costi.

Per quanto riguarda la legislazione italiana, già con la legge n. 833 del 1978 era stato istituito il distretto, destinato al coordinamento dell'assistenza sanitaria al cittadino. Questa legge è poi stata modificata dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, dove si parla ancora di distretto, il quale diventa il punto di riferimento territoriale per l'assistenza sanitaria di base e per l'assistenza territoriale domiciliare. Con il suddetto decreto legislativo si conferma la definizione di distretto quale sede d'accesso ai servizi sanitari e socio-sanitari per le cure domiciliari, le prestazioni specialistiche, l'assistenza integrativa e protesica in un quadro di continuità assistenziale.

Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, noto anche come « decreto-legge Balduzzi », ha dato un assetto più innovativo alle cure primarie, prevedendo l'organizzazione del distretto in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e in unità complesse di cure primarie (UCCP): le prime come reti monoprofessionali, le seconde come reti multiprofessionali con la partecipazione di altri professionisti della salute, compreso il servizio sociale; e ovviamente un ruolo fondamentale all'interno dell'UCCP è svolto proprio dall'infermiere di famiglia e di comunità.

Il rimodellamento delle cure primarie previsto dal suddetto decreto-legge produce un'organizzazione dell'assistenza sempre più integrata, multidisciplinare e multiprofessionale in grado di attuare la reale presa in carico del cittadino, in particolare se affetto da una, ma sempre più, patologie croniche portando, quindi, sul territorio l'assistenza sanitaria e socio-sanitaria e lasciando ai presidi ed aziende ospedaliere la prevalente gestione delle acuzie.

Inoltre, alle cure primarie sul territorio spetta anche il compito di promuovere la salute della popolazione di riferimento attraverso il passaggio dalla « medicina di attesa » alla « medicina di iniziativa », mediante un sistema di controllo informatizzato che permetta di verificare l'appropriatezza, la qualità e la sostenibilità dei percorsi di cura: per questo è fondamentale l'infermiere di famiglia nel suo ruolo di *manager* o *care manager*.

Il futuro della sanità italiana si gioca quindi sul territorio: questo è l'ambito dove, nei prossimi anni, si svolgerà gran parte delle attività assistenziali che oggi afferiscono, in maniera impropria, agli ospedali. Questa è appunto la *mission* dei distretti, come sanciscono il decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, ed il Patto per la salute: in questa prospettiva la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, assume ancora più rilievo.

È bene sempre ricordare che l'infermiere di famiglia e di comunità è un professionista laureato sanitario che, a seguito di una specifica formazione *post lauream*, preferibilmente universitaria, si occupa di assistenza in collaborazione con il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta, operando possibilmente al loro fianco in un'area ben definita quale un quartiere di una grande città, un paese o una piccola comunità.

L'infermiere di famiglia e di comunità assiste malati cronici, ma anche malati in fase acuta che non richiedono tuttavia cure intensive o praticabili esclusivamente in ospedale, persone appena dimesse dall'ospedale che necessitano di medicazioni o trattamenti farmacologici, o pazienti che praticano dialisi peritoneale; al malato sarà quindi possibile essere assistito da un professionista sanitario

direttamente presso il proprio domicilio.

L'infermiere di famiglia e di comunità potrà, in prospettiva, contribuire a ridurre gli accessi in pronto soccorso, ridurre le degenze ospedaliere e diminuire le riammissioni, operando in collaborazione con il medico di famiglia o il pediatra di libera scelta e gli altri servizi territoriali, come filtro per gli eventi patologici gestibili con successo o addirittura con maggiore efficacia a livello domiciliare.

Gli infermieri di famiglia e di comunità sono pertanto professionisti sanitari che progettano, attuano e valutano interventi di promozione e prevenzione, assistenza ai pazienti ed alla famiglia, educazione e formazione, e che danno *l'input* ad interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità e in ambito familiare promuovendo le azioni di correzione dei fattori di rischio e lo sviluppo organizzativo in area di sanità pubblica ottimizzando l'uso delle risorse.

Ne consegue che l'infermiere di famiglia e di comunità, con le sue reali responsabilità professionali, garante dei risultati e con una formazione complementare specifica, può diventare protagonista sul territorio, ovviamente insieme ai medici, contribuendo alla promozione del benessere sanitario dei cittadini con strategie assistenziali, conferenze nelle scuole sulla salute infantile, programmi di prevenzione ed educazione sessuale, sicurezza del bambino, tossicodipendenze, delinquenza giovanile, violenza, incidenti.

Come già le esperienze più avanzate dimostrano, in parallelo all'istituzione dell'assistenza infermieristica a domicilio, è l'attivazione all'interno delle attività distrettuali di ambulatori infermieristici che, analogamente alle attività delle altre professioni sanitarie, è destinata a produrre la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni, la riduzione dei ricoveri ospedalieri e delle giornate di ricovero, la riduzione delle richieste di intervento, la riduzione degli accessi in pronto soccorso, la riduzione delle riammissioni ospedaliere oltre ad essere un punto di riferimento concreto per la popolazione bisognosa di informazioni, di sicurezze e di una risposta sanitaria adeguata.

Per ora le aziende sanitarie locali che sono state in grado di attuare quanto sopra, qualora non siano state in grado di avvalersi di personale dipendente, si sono avvalse di professionisti con un rapporto di lavoro collegato alle cosiddette cooperative o ad altre forme di intermediazione della forza lavoro oppure con un rapporto di lavoro flessibile con le stesse aziende sanitarie: si tratta in prevalenza di personale perlopiù sottopagato, con pochi diritti, facilmente ricattabile e in assenza di un rapporto continuo con il territorio ove opera.

Ai fini di cui al presente disegno di legge, le aziende sanitarie dovrebbero accreditare direttamente il singolo professionista sanitario instaurando con lui un rapporto convenzionale o di tipo orario o uno specifico progetto di assistenza diretta su un determinato numero di scelte di cittadini cronici e di una specifica parte di territorio.

È una scelta di rapporto di lavoro che presenta una convenienza economica per le aziende sanitarie per il fatto che verrebbe meno la componente del profitto della struttura di intermediazione di forza lavoro, assicurando finalmente al professionista non solo la giusta retribuzione, ma soprattutto i giusti apprezzamento e dignità professionali: quindi un vero professionista della salute di prossimità con uno vero legame con il territorio.

Questo è quanto il Parlamento nel 2020, che tra l'altro coincide con i 200 anni dalla nascita di Florence Nightingale, la fondatrice dell'infermieristica, potrebbe portare come uno dei suoi risultati valorizzanti la professione infermieristica per l'anno dell'infermiera e dell'infermiere promosso dall'OMS.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

1. È istituita la figura professionale dell'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 associazione con altre figure professionali, fornisce consigli sugli stili di vita e sui fattori di rischio;

- c) 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;
- d) 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 psico-educativi, in una prospettiva multidisciplinare;
- e) analizza i bisogni del paziente e della famiglia e garantisce sul territorio la continuità assistenziale contribuendo alla promozione della salute;
- f) è responsabile della gestione dei processi assistenziali sanitari e socio-sanitari nell'ambito della comunità, prendendo in carico il paziente 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;
- g) agisce in stretta collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli altri componenti della rete dei servizi sanitari, secondo strategie integrate.
2. La figura 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 può essere in regime di dipendenza o, previa stipulazione di uno specifico accordo nazionale unico ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in regime di libera professione. Sono stabilite dalla contrattazione collettiva il trattamento economico, le modalità lavorative dell'infermiere di famiglia e di comunità, anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tal fine il lavoro per progetti e obiettivi.
4. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le aziende sanitarie prevedono, all'interno dei distretti sanitari di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, gli incarichi di infermiere di famiglia e di comunità che afferiscono al servizio per l'assistenza infermieristica di cui all'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251. La direzione generale dell'azienda sanitaria di riferimento definisce numero e obiettivi degli incarichi di cui al primo periodo, da raggiungere in coerenza con lo stato demografico ed epidemiologico del territorio assegnato e con gli obiettivi di salute definiti.

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. 1751
XVIII Legislatura

Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

Trattazione in Commissione

Sedute di Commissione primaria

Seduta

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

[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. 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](#)

1.3.2.1.2. 12ª 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' (12ª)
MARTEDÌ 30 GIUGNO 2020
145ª 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.

1.3.2.1.3. 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](#)

1.3.2.1.4. 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. Ritene 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 agganciato 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.

1.3.2.1.5. 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.

1.3.2.1.6. 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. Dichiaro 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.»

Consequentemente, 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.»

Consequentemente, 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.».

1.3.2.1.7. 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)
MERCLEDÌ 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».

1.3.2.1.8. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 245 (ant.) del 21/07/2021

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

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

1.3.2.1.9. 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 relattrice [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."

1.3.2.1.10. 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.

1.3.2.1.11. 12ª Commissione permanente (Igiene e sanità) - Seduta n. 315 (pom.) del 12/07/2022

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

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

