



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 85

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

240^a seduta: giovedì 8 luglio 2021

Presidenza del presidente PARENTE

I N D I C E**INTERROGAZIONI**

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 8
ANGRISANI (<i>Misto-l'A.c'è-LPC</i>)	8
BOLDRINI (<i>PD</i>)	5
SILERI, <i>sottosegretario di Stato per la salute</i>	3, 6

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

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

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 9, 12
BINETTI (<i>FIBP-UDC</i>)	9
CANTÙ (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	9
FREGOLENT (<i>L-SP-PSd'Az</i>)	10
ALLEGATO (<i>contiene i testi di seduta</i>)	13

Sigle dei Gruppi parlamentari: Forza Italia Berlusconi Presidente-UDC: FIBP-UDC; Fratelli d'Italia: FdI; Italia Viva-P.S.I.: IV-PSI; Lega-Salvini Premier-Partito Sardo d'Azione: L-SP-PSd'Az; MoVimento 5 Stelle: M5S; Partito Democratico: PD; Per le Autonomie (SVP-PATT, UV): Aut (SVP-PATT, UV); Misto: Misto; Misto-IDEA e CAMBIAMO: Misto-IeC; Misto-Italia dei Valori: Misto-IdV; Misto-l'Alternativa c'è-Lista del Popolo per la Costituzione: Misto-l'A.c'è-LPC; Misto-Liberi e Uguali-Ecosolidali: Misto-LeU-Eco; Misto-Movimento associativo italiani all'estero: Misto-MAIE; Misto-+Europa – Azione: Misto-+Eu-Az; Misto-Potere al Popolo: Misto-PaP.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,35.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca lo svolgimento di interrogazioni.

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-02366, presentata dalla senatrice Boldrini e da altri senatori.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, ringrazio i senatori interroganti.

Il Patto per la salute 2019-2021, approvato con intesa in sede di Conferenza permanente Stato-Regioni in data 18 dicembre 2019, ha previsto la definizione di linee di indirizzo per introdurre parametri di riferimento per disciplinare in maniera uniforme nel territorio nazionale la figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità. Inoltre, il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, ha introdotto nell'ordinamento la figura dell'infermiere di famiglia o di comunità per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da Covid-19, anche coadiuvando le unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4.

Tale comma prevede che le Regioni e le Province autonome, per garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, qualora non lo abbiano già fatto, incrementano e indirizzano le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché, per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale

per tutte le situazioni di fragilità tutelate ai sensi del capo IV del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017.

Come ho già detto, il Patto per la salute 2019-2021, alla scheda n. 8 recante «Sviluppo dei servizi di prevenzione e tutela della salute. Sviluppo delle reti territoriali. Riordino della medicina generale», aveva stabilito la necessità di definire linee di indirizzo che, al fine di conseguire una maggiore omogeneità e accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria, garantendo l'integrazione con i servizi socio-assistenziali, promuovano il «processo di riordino della medicina generale e della pediatria di libera scelta, favorendo l'integrazione con la specialistica ambulatoriale convenzionata interna e con tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia/comunità, per garantire la completa presa in carico integrata delle persone», nonché «la valorizzazione delle professioni sanitarie, in particolare quella infermieristica, finalizzato alla copertura dell'incremento dei bisogni di continuità dell'assistenza, di aderenza terapeutica, in particolare per i soggetti più fragili, affetti da multi-morbilità».

Il Piano nazionale della prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con intesa in Conferenza Stato-Regioni, ha fatto riferimento, per la prima volta, alla figura dell'infermiere di famiglia o di comunità affermando, nelle sezioni sulla visione e i principi e sulla efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo, che per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come, ad esempio, l'infermiere di famiglia e di comunità, ovvero professionisti che abbiano come *setting* privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio-sanitari.

In sede di Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, in data 10 settembre 2020, è stato approvato un documento recante linee di indirizzo infermiere di famiglia/comunità, in cui si delineano orientamenti organizzativi e formativi in ordine alla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità.

All'infermiere di famiglia/comunità sono attribuite competenze di natura clinico-assistenziale e di ambito comunicativo-relazionale; lo stesso è previsto all'interno dei servizi e delle strutture del distretto e garantisce la sua attività in coerenza con l'organizzazione regionale e territoriale, in base a uno *standard* di otto unità di personale ogni 50.000 abitanti, introdotto dalla citata legge n. 77 del 2020.

Ciò premesso, dall'analisi dei dati che settimanalmente le Regioni trasmettono al Ministero della salute in ordine al potenziamento delle risorse umane reclutate per effetto delle diverse misure emergenziali per fronteggiare la pandemia, emerge che ancora c'è da fare perché si giunga alla piena implementazione di tale figura su tutto il territorio nazionale. Infatti, da tali dati risulta che la percentuale di infermieri di famiglia o di comunità effettivamente inseriti nei servizi è ancora di molto inferiore rispetto a quella prevista dalla normativa (circa 1.380 al 25 giugno 2021,

rispetto ai 9.552 previsti), peraltro con una disomogenea distribuzione a livello nazionale.

Occorre considerare che lo sviluppo di tale figura troverà una spinta decisiva nell'ambito delle sfide del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR). Come noto, la missione 6 del PNRR prevede un forte investimento rivolto a rafforzare le prestazioni erogate sul territorio nazionale, grazie al potenziamento e alla creazione di strutture e presidi territoriali (case comunità, ospedali di comunità, centrali operative territoriali), al rafforzamento dell'assistenza domiciliare, allo sviluppo della telemedicina e anche a una efficace integrazione con tutti i servizi socio-sanitari, ammodernando al contempo le strutture tecnologiche e digitali esistenti e completando il Fascicolo sanitario elettronico (FSE). Allo stesso tempo dovrà essere garantita una migliore capacità di erogazione e monitoraggio dei Livelli essenziali di assistenza (LEA); non da ultimo, anche il potenziamento della formazione del personale.

In particolare, viene attribuito un ruolo di primo piano all'infermiere di famiglia/comunità, sia negli ambiti delle case della comunità sia nel sistema dell'assistenza domiciliare.

Concludo segnalando che, in data 2 luglio 2021, il gruppo di lavoro sull'assistenza territoriale ha esposto alla cabina di regia del Patto della salute la bozza di un documento concernente modelli e *standard* per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Sistema sanitario nazionale. In tale documento assume un particolare rilievo l'infermiere di famiglia/comunità: la sostenibilità economico-finanziaria del relativo *standard* di personale, è quantificato in un infermiere di comunità ogni 2.000/2.500 abitanti. La questione è attualmente in corso di valutazione del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze.

BOLDRINI (PD). Signor Sottosegretario, la ringrazio di questa analisi. A dire il vero, in parte ne ero già a conoscenza perché l'interrogazione serviva proprio a far emergere in maniera preponderante il mancato raggiungimento degli obiettivi che ci si era prefissati. Siamo infatti ancora molto al di sotto della percentuale che si prevede necessaria per far funzionare – lo dice benissimo nella sua risposta – l'architettura dell'assistenza domiciliare così come è stata prevista, anche in riferimento alle funzioni degli infermieri di famiglia.

Intanto, emerge la disomogeneità dell'applicazione della norma: basti pensare che, dei 1.380, almeno 300 sono sul mio territorio. So per certo che hanno fatto partire un corso di formazione specifico di infermiere di famiglia, quindi, non voglio dire – e mi dispiace – che le Regioni ancora una volta siano responsabili *in primis*, ma resta il fatto che comunque serve anche il personale da formare perché, come sappiamo, è una formazione aggiuntiva.

Anche da questo punto di vista, credo che bisognerà annotare il fatto che, nel periodo in cui dovremo applicare e cercare di far funzionare il PNRR, considerato che per un infermiere servono i tre anni di corso oltre alla formazione, dovremo inevitabilmente richiedere anche un allarga-

mento delle iscrizioni a questa professione. Non possono certo diventare surrogati di infermieri persone che non hanno questo tipo di professionalità.

Mi ritengo parzialmente soddisfatta per quanto ho detto poiché credo che bisognerà lavorare molto di più, anche da parte nostra, ponendo in essere tutte le azioni necessarie per poter incrementare il numero degli infermieri. D'altra parte, come emerge in tutti i documenti, compresa la cabina di regia che lei stesso ha citato, signor Sottosegretario, è necessario che il fattore umano sia prevalente rispetto agli intenti emersi. Tutto l'impianto dell'assistenza domiciliare, insieme a tante altre professioni, non può che passare inevitabilmente attraverso questa figura. Auspico che, con il lavoro che stiamo facendo, andremo avanti spediti perché anche questo è un segnale importante per fare avanzare maggiormente questa figura.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02514, presentata dalla senatrice Angrisani.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, con riguardo alle questioni poste con la interrogazione in esame, la Giunta regionale della Campania ha trasmesso i dati acquisiti presso l'Azienda sanitaria locale di Salerno, concernenti le misure adottate a livello territoriale negli ambiti delle strutture ospedaliere indicate.

In merito al servizio di emodinamica inserito nella rete IMA, operante nel presidio ospedaliero Umberto I di Nocera Inferiore, l'Azienda-ASL Salerno ha precisato che tale servizio è attivo nelle ventiquattr'ore ed è organizzato su turni in presenza di dodici ore, con reperibilità notturna e nei giorni festivi e prefestivi.

Malgrado la presenza di soli quattro dirigenti medici, il servizio ha un volume di circa 1.200 prestazioni l'anno, di cui circa 600 angioplastiche coronariche, 200 angioplastiche primarie in corso di infarto e 50-60 casi di interventistica strutturale cardiaca.

I lavori per la realizzazione di due sale di emodinamica sono terminati in data 5 febbraio 2021: effettuati i collaudi delle apparecchiature, si sta potenziando il personale del comparto con infermieri e tecnici di radiologia.

L'ordine di servizio disposto in data 7 aprile 2021 intendeva sopperire alla carenza di medici nel pronto soccorso del presidio ospedaliero, in attesa dell'espletamento dell'avviso di selezione pubblica a tempo indeterminato indetto dall'ASL Salerno l'8 gennaio 2021 per sei dirigenti medici per la medicina e chirurgia di accettazione e d'urgenza, nonché per l'avviso di selezione pubblica a tempo determinato indetto il 12 aprile 2021.

Il pronto soccorso dell'Umberto I serve un bacino di utenza di circa 400.000 abitanti, oltre ai pazienti provenienti dalle zone limitrofe dell'area Sud del napoletano.

In considerazione dei circa 70.000 accessi annui al pronto soccorso, viene assicurato un modello organizzativo congruo ed appropriato, sia riguardo ai dirigenti dell'area medica sia a quelli dell'area chirurgica, con la

presenza di almeno quattro medici per ciascun turno di servizio e il supporto del personale infermieristico e degli operatori sociosanitari. Pertanto, le disposizioni di servizio adottate per garantire tale organizzazione hanno una valenza di carattere temporaneo e saranno revocate non appena verranno completate le procedure concorsuali per l'integrazione del personale medico. C'è poi un piano di ristrutturazione e riqualificazione delle seguenti unità operative: ginecologia/ostetricia; chirurgia ed oculistica; neurochirurgia e terapia intensiva cardiologica. Sono altresì in corso le procedure rivolte alla realizzazione di nuovi ambulatori, di moduli di terapia intensiva per casi di Covid-19 per otto posti letto, nonché di un modulo per le vaccinazioni. Di recente è stato inaugurato il nuovo reparto di ortopedia.

L'ASL Salerno sottolinea che il già citato ordine di servizio del 7 aprile 2021 non ha, pertanto, inteso prefigurare ipotesi di depotenziamento, limitazione e chiusura delle attività assistenziali erogate dal presidio ospedaliero di Pagani. Al contrario, nel 2020 è stato approvato il finanziamento per l'istituzione del servizio di radioterapia presso questo ospedale.

Il presidio ospedaliero di Pagani è una struttura ad indirizzo oncologico, per cui oltre al completamento del progetto esecutivo dell'unità operativa complessa (UOC) di oncologia e l'esecuzione della progettazione dell'UOC di ematologia, presso tale presidio ospedaliero insistono anche altre attività: unità operativa complessa di anatomia ed istologia; chirurgia generale e oncologica, in regime di ricovero ordinario, *day surgery* ed attività ambulatoriali, con un modulo di senologia; dermatologia a indirizzo oncologico, con attività in *day hospital* e ambulatoriale; ematologia, in regime di ricovero ordinario, *day surgery* e attività ambulatoriale; oncologia, nelle medesime modalità, con erogazione di termo ablazione e radiofrequenza.

Sono operanti presso il presidio ospedaliero di Pagani le unità operative semplici di anestesia e rianimazione, di terapia del dolore e di diagnostica ematologica. Sono presenti, inoltre, i servizi di laboratorio, con un centro TAO, di cardiologia e di radiologia, ed è attivo ventiquattr'ore al giorno un punto di primo intervento.

Pertanto, non sussiste alcun depotenziamento, strutturale o organizzativo, né vi sono chiusure o limitazioni a discapito delle prestazioni erogate. Al contrario, la volontà espressa dalla direzione strategica dell'ASL di Salerno è quella di proseguire nelle procedure di potenziamento e ampliamento di detto presidio.

Per quanto riguarda il presidio ospedaliero «Mauro Scarlato» di Scafati, l'ASL di Salerno ha precisato che tale struttura, in epoca *pre Covid* era a indirizzo pneumologico. Dal marzo 2020 è stato individuato come polo Covid e le attività erogate sono state riconvertite e rimodulate per la presa in carico dei pazienti affetti da Sars-Cov2.

In esito ai lavori strutturali, sono stati individuati 14 posti letto per pneumologia, 18 posti letto per malattie infettive, sei posti letto per terapia intensiva e sei posti letto per terapia semi intensiva (sempre in riferimento

al Covid). Inoltre, sono stati attivati i seguenti servizi: pronto soccorso Covid, servizio di dialisi per pazienti Covid positivi, servizio di laboratorio e radiologia Covid.

In merito al presidio ospedaliero «Martiri di Villa Malta» di Sarno, il direttore medico del presidio ha segnalato che, nonostante il proprio impegno a dirigere due strutture ospedaliere situate a circa 200 chilometri di distanza l'una dall'altra, all'interno della struttura «Martiri di Villa Malta» sono state implementate alcune attività: attivazione del reparto di lungodegenza, con 10 posti letto in regime di ricovero ordinario, attivazione di quattro posti letto in regime di ricovero ordinario nella Unità operativa semplice dipartimentale di otorinolaringoiatria, con sedute operatorie settimanali; attivazione di sei posti letto di assistenza semi intensiva negli ambiti delle attività della Unità operativa complessa (UOC) di medicina; attivazione di quattro posti letto per osservazione breve intensiva in pronto soccorso; attivazione del servizio di foniatria; attivazione di un servizio ambulatoriale di oncologia, in collaborazione con la UOC di oncoematologia del presidio ospedaliero di Pagani; attivazione presso la UOC di ostetricia e ginecologia di corsi di accompagnamento alla nascita, nonché di un servizio per la riabilitazione del pavimento pelvico, e acquisizione delle apparecchiature per esami di urodinamica; configurazione di un punto vaccinale anti-Covid di riferimento per gli abitanti nei territori di Sarno, Pagani, San Marzano e San Valentino Torio.

Riguardo alle procedure concorsuali per la copertura dei posti di direttore delle UOC di medicina generale dei presidi ospedalieri di Nocera, Sarno, Battipaglia ed Eboli, tuttora *in itinere*, come pure le procedure concorsuali per il conferimento di incarichi di direttore di UOC facenti funzione, il direttore generale dell'ASL di Salerno ha precisato che l'emergenza sanitaria causata dalla SARS-COV-2 ha determinato un rallentamento di talune attività e la finalizzazione di ogni sforzo organizzativo e programmatico al contrasto e alla gestione della pandemia.

Al momento attuale, le citate procedure concorsuali sono state riattivate.

ANGRISANI (*Misto-l'A.c'è-LPC*). Signor Sottosegretario, posso ritenermi parzialmente soddisfatta perché penso che si possa sempre fare di meglio, anche perché le procedure concorsuali sono andate eccessivamente a rilento, a discapito dei servizi sanitari offerti ai cittadini. Resta il fatto che veniamo da un commissariamento durato dal 2009 al 2020, quindi la Regione è ancora sottoposta a un piano di rientro.

Penso che l'obiettivo di tutti livelli governativi – a livello centrale come periferico – sia il miglioramento dei servizi forniti ai cittadini, per cui a questo dobbiamo puntare.

PRESIDENTE. Lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno è così esaurito.

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

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

(Seguito della discussione e rinvio)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione del disegno di legge n. 869 in materia di prevenzione delle malattie cardiovascolari, sospesa nella seduta del 23 giugno scorso.

Ricordo che, dopo l'esposizione introduttiva del relatore Marinello, è stato svolto un ciclo di audizioni informali. Inoltre, come concordato in sede di Ufficio di Presidenza, è stato chiesto l'invio di contributi scritti a diversi esperti, a suo tempo indicati dai Gruppi. I contributi pervenuti sono stati trasmessi a tutti i componenti della Commissione e pubblicati.

Ricordo altresì che nella scorsa seduta è stata aperta la discussione generale.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, l'importanza di questo disegno di legge risiede nel poter incontrare – investendo in prevenzione – i bisogni latenti dei cittadini a potenziale rischio cardiovascolare. Ciò valorizzando non solo gli approcci diagnostici tradizionali dedotti a *screening*, ma anche *device* innovativi che, grazie al 5G, garantiscono monitoraggio continuo mediante algoritmi dedicati, che verificano lo *score* fra condizioni di benessere palese e condizioni potenzialmente critiche. Il tutto da remoto, grazie ad apparecchi biomedicali indossabili perché funzionalizzati con sensori polimerici tessili in capi di abbigliamento tecnici accessoriati.

Questa è la nuova frontiera dell'evoluzione tecnologica, in grado di verificare anomalie significative di tutti i parametri vitali, quali capacità di respirazione, frequenza del battito cardiaco e pressione del sangue, in un periodo di tempo dato, così da consentire di attivare la continuità assistenziale per la definizione di uno *screening* mirato, in integrazione ospedale-territorio, ovviamente privilegiando l'approfondimento specialistico.

Suggerirei di valutare un *upgrading* emendativo in tal senso, anche per coordinare a livello di sistema sanitario la salvaguardia del governo dei dati, che è un tema di estrema delicatezza.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, devo fare una piccola premessa: quando parla la collega Cantù, resto sempre sorpresa e spiazzata dall'orizzonte assolutamente avveniristico che lei riesce a dischiudere.

Anch'io conosco episodi – perché ho partecipato a selezioni – relativi alle indicate magliette super avventuristiche, super accessoriate, che permettono di registrare tutti i dati. Hanno partecipato anche studenti, giovani ingegneri biomedici che conosco, e mi rendo conto che è una finestra ap-

passionante di futuro. Mi chiedo quando queste realtà saranno disponibili sul mercato, quando saranno utilizzabili con frequenza, quando avranno costi accessibili per la persona e per il sistema.

Sullo stesso fronte degli obiettivi posti dalla collega vorrei segnalare un sistema forse un po' più tradizionale, ma al quale siamo molto legati in quest'Aula, in una comune battaglia che in particolare portiamo avanti con la collega Castellone – che in questo momento non c'è – che sarà oggetto anche del convegno di domani pomeriggio.

Come si fa a fare una prevenzione che raggiunga anche quella situazione di particolare interesse, ovvero quella presintomatica? Come si fa, cioè, a fare davvero una prevenzione di tipo cardiovascolare, cardiorespiratoria e cardiocircolatoria in modo da venire incontro ai bisogni del paziente prima che questi esplodano in una sintomatologia conclamata?

Se la collega ha dischiuso un panorama a 5G, che speriamo che il nuovo Ministero per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale renda accessibile – e sono sicura che si va anche in questa direzione – c'è, però, anche un'altra direzione, che è quella che a noi sta particolarmente a cuore: la riqualificazione intensa, costante, con una disponibilità rinnovata da parte dei medici cosiddetti di famiglia o medici di base o di medicina generale, comunque li si voglia chiamare.

Questi dovrebbero essere inseriti in una prospettiva di formazione che lascia un po' indietro certe abitudini consolidate finora, che leggo soprattutto in due chiavi: la ridotta disponibilità e la ridotta competenza ad affrontare in termini anticipatori di futuro i bisogni dei pazienti. Una formazione che valorizzi le figure dei medici specialisti di medicina di comunità e delle cure primarie perché siano capaci, non solo in termini di tecnologia, ma anche in termini di qualità personale, intensificata su questo doppio binario, che si chiama competenza e disponibilità, di venire incontro davvero alle necessità dei pazienti.

Non c'è dubbio che dobbiamo anticipare la diagnosi, perché quanto più anticipiamo la diagnosi, tanto più riduciamo i costi per il Sistema sanitario nazionale – che è anche un obiettivo – ma soprattutto cambiamo radicalmente le prospettive di vita dei pazienti.

Mi auguro che, accanto a questa visione di medicina ad alta tecnologia, si vada altresì riscoprendo, valorizzando, anche abbattendo un certo numero di steccati, di muri, di incomprensioni, che fanno da filtro tra la figura del medico, sia esso il medico di medicina generale, di famiglia, e il paziente, o, come diciamo noi, anche il medico delle cure primarie, che è colui che riceve un *training* formativo all'urgenza-emergenza da portare al paziente il più rapido e il più competente possibile.

FREGOLENT (*L-SP-PSd'Az*). Signor Presidente, ringrazio le colleghe per i contributi che hanno dato, sempre particolarmente interessanti e sicuramente migliorativi di un disegno di legge che parte da un'esperienza che ho conosciuto personalmente in Regione Veneto, che è stata la capofila, nonché esempio di *best practice* per altri Stati europei, e non solo.

Le malattie cardiovascolari attualmente restano ancora il primo fattore di morte in Europa, e l'Italia è sicuramente un Paese che si contraddistingue per l'età non più giovanissima della propria popolazione. Il disegno di legge si propone di rispondere al bisogno di agire in termini di prevenzione per migliorare anzitutto la qualità della vita delle persone per quanto concerne i corretti stili di vita, che in questa Commissione abbiamo affrontato più volte e più volte siamo stati sollecitati anche dalla senatrice Cantù. Ma soprattutto il testo mira a ridurre i costi sociali e sanitari conseguenti alle varie patologie legate alle problematiche cardio-cerebrovascolari.

I contributi che abbiamo sentito in audizione sono stati sicuramente molto importanti nel mettere in evidenza come, debitamente emendato e integrato, il testo di legge potrebbe rappresentare un primo passo per un futuro piano sulle malattie cardiovascolari, a cui anche il Gruppo interparlamentare per le malattie cardio-cerebrovascolari sta lavorando. Lavorare in prevenzione come è avvenuto per le malattie oncologiche ci permette e permetterà di offrire risposte – speriamo innovative – molto importanti in termini di prevenzione, perché si potrebbe intervenire molto prima, con soluzioni anche poco invasive rispetto a interventi che, diversamente, se non presi in tempo, non potrebbero essere effettuati, e la qualità della vita delle persone rimarrebbe quella che ci hanno prospettato le audizioni.

Abbiamo anche visto come, durante il periodo Covid-19, le liste d'attesa non solo in riferimento al mondo del cardio-cerebrovascolare, ma in generale per le malattie oncologiche piuttosto che per le malattie specialistiche, si sono allungate in modo significativo, con conseguenze che riusciremo a vedere soltanto in un prossimo futuro.

Ripartire, avendo un'idea di come muoverci e soprattutto far diventare la prevenzione uno dei pilastri sui quali il mondo della sanità si muove, credo sia fondamentale, non solo in questo caso, ma in generale come posizione che il Governo dovrebbe assumere per quanto concerne la salute dei cittadini.

Dobbiamo davvero riuscire a lavorare sia con la prevenzione primaria sia con la prevenzione secondaria. Vorrei ricordare, ad esempio, che tantissime giovani donne pensano di aver raggiunto la parità con gli uomini e questo le porta ad assumere un atteggiamento tale per cui spesso e volentieri le ragazzine fumano molto più degli adolescenti maschi. C'è un aumento significativo del fumo soprattutto nelle ragazzine. Penso che sia importante riuscire a intervenire con la prevenzione primaria per spiegare comportamenti che si sono dimostrati sbagliati, avendo investito notevolmente su questo fronte.

Ringrazio in anticipo tutti i colleghi che vorranno contribuire per migliorare il testo e ringrazio il senatore Marinello. Credo davvero che questo potrebbe essere un primo tassello all'interno di un disegno più grande e più organico, che faccia diventare la «p» di prevenzione una «P» maiuscola, che possa in prospettiva migliorare la qualità della vita di tutti i cittadini.

PRESIDENTE. Rinvio il seguito della discussione del disegno di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,15.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

BOLDRINI, PITTELLA, VALENTE, ASTORRE, MARGIOTTA, ALFIERI, IORI, VERDUCCI, D'ALFONSO, PARRINI, BITI, TARICCO, ROSSOMANDO, D'ARIENZO, STEFANO, ROJC, FEDELI, GIACOBBE, LAUS, FERRAZZI, MANCA, COLLINA. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

al fine di rafforzare i servizi infermieristici, il decreto-legge n. 34 del 2000 ha previsto l'istituzione dell'infermiere di famiglia e comunità con la previsione del reclutamento di infermieri, in numero non superiore a 8 unità ogni 50.000 abitanti, dal 15 maggio al 31 dicembre 2020 con contratti di lavoro autonomo e con contratto di collaborazione coordinata e continuativa, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e dal 1° gennaio 2021 con contratti a tempo indeterminato;

esistono alcune *best practice* territoriali e regionali dell'implementazione dell'infermiere di famiglia (come il progetto CoNSENSò in Piemonte e Liguria e l'attivazione della figura nell'ambito delle aggregazioni funzionali territoriali, AFT, in Toscana). Inoltre, in alcune Regioni, Lazio e Sicilia, sono state presentate delle proposte di legge regionale a favore dell'istituzione della figura;

il patto per la salute 2019-2021 ha previsto l'adozione di linee di indirizzo per l'implementazione di parametri di riferimento per la presa in carico, favorendo il processo integrativo di tutte le figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di famiglia e comunità. La Commissione salute della Conferenza delle Regioni ha inoltre incaricato un sottogruppo tecnico, costituito da rappresentanti del tavolo area assistenza territoriale e del tavolo risorse umane, per effettuare approfondimenti in merito all'introduzione della figura. Le linee di indirizzo sono state redatte dal sottogruppo tecnico a partire dal documento «*Position statement su infermiere di famiglia e comunità*» della Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche, in cui la descrizione delle competenze dell'infermiere di famiglia e comunità risulta completa e in linea con gli orientamenti europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità e della fragilità sul territorio;

la Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, il 10 settembre 2020, ha approvato le «linee di indirizzo» sulla figura per deli-

neare gli orientamenti organizzativi e formativi adattabili alle diverse realtà regionali in merito all'introduzione dell'infermiere di famiglia;

nonostante la nota carenza di professionisti infermieristici, tuttavia, ad oggi solo il 10 per cento dei 9.600 infermieri previsti dal decreto-legge n. 34 del 2000 risulta essere stato assunto,

si chiede di sapere:

se i fatti descritti corrispondano al vero e quali siano i numeri aggiornati del reclutamento degli infermieri e del recepimento da parte delle Regioni dei livelli essenziali di assistenza territoriali;

se e quali iniziative di competenza il Ministro in indirizzo intenda assumere per assicurare l'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia e comunità su tutto il territorio nazionale, al fine di rafforzare i servizi infermieristici e migliorare il sistema di presa in carico del paziente, assicurando la migliore risposta possibile nell'ambiente assistenziale familiare e di comunità.

(3-02366)

ANGRISANI. – *Al Ministro della salute.* – Premesso che:

la rete dell'emergenza e urgenza costituisce per il cittadino la prima e principale risposta di soccorso sanitario che assicura la piena applicazione dell'articolo 32 della Costituzione italiana, che sancisce il diritto alla salute;

nel sistema ospedaliero dell'agro nocerino-sarnese è in atto da diversi anni una fase di crisi che riguarda le strutture e l'organizzazione della sanità che ricadono sotto la competenza della ASL di Salerno;

valutato che:

il territorio dell'agro nocerino-sarnese ha un bacino di utenza di circa 400.000 cittadini ed è individuato come area nord della ASL di Salerno, nella quale sono ricompresi 4 ospedali: «Umberto I» di Nocera Inferiore, «Martiri di Villa Malta» di Sarno, «Mauro Scarlato» di Scafati, «Andrea Tortora» di Pagani;

ognuno di questi nosocomi, in tempi e modalità diverse ma costanti, è salito alla ribalta delle cronache locali a causa di disfunzioni nel servizio assistenziale, strutturale ed organizzativo, creando disagi e ledendo, così, il pieno diritto alla salute dell'utenza;

considerato che:

da recenti notizie di stampa, l'interrogante ha appreso che nel nosocomio «Umberto I» di Nocera Inferiore esiste un servizio di emodinamica non adeguato sia al bacino di utenza sia alle nuove tecnologie diagnostiche e che i lavori per un nuovo reparto di emodinamica a servizio della rete IMA (emergenza dell'infarto miocardico acuto) sono iniziati da più di un anno; ancora oggi, tuttavia, non si conoscono i termini di consegna del reparto;

presso l'ospedale «Martiri di Villa Malta» di Sarno la carica di direttore sanitario è stata assegnata ad un dirigente che occupa lo stesso ruolo anche presso l'ospedale di Sapri. Sarno e Sapri sono due città che si trovano a circa 200 chilometri di distanza: appare evidente, dunque, l'impossibilità del direttore sanitario di essere presente con la costanza e quotidianità necessaria per evitare le difficoltà organizzative su ruoli e turni che la cronaca racconta;

in data 19 ottobre 2019 sul sito della ASL è stato pubblicato l'avviso di selezione pubblica, per titoli e colloquio, per il conferimento di incarico di direzione della struttura complessa di chirurgia generale del presidio ospedaliero di Sarno; tuttavia alla data odierna, nonostante siano trascorsi quasi due anni, la procedura selettiva non risulta ancora conclusa;

in data 7 aprile 2021 è stato emanato un ordine di servizio che dispone il reclutamento dei chirurghi per garantire un adeguato servizio e un sufficiente livello di assistenza presso il pronto soccorso dell'Umberto I di Nocera Inferiore. Questa decisione ha suscitato l'ira dei sindacati che, in una nota, hanno evidenziato come lo spostamento di personale possa prefigurare il depotenziamento, la chiusura e la limitazione delle attività assistenziali del plesso ospedaliero di Pagani;

a Scafati, ancora, si è dimesso il dirigente del pronto soccorso del COVID hospital Mauro Scarlato in aperta polemica con la ASL di Salerno, denunciando pubblicamente la mancanza di posti letto e le poche risorse umane a disposizione, mettendo in serio dubbio, tra l'altro, la veridicità della disponibilità ed esistenza di posti letto in terapia intensiva in Campania;

nonostante l'11 dicembre 2019 la ASL abbia pubblicato l'elenco degli ammessi all'avviso pubblico per la copertura di un posto di direttore dell'unità operativa complessa di medicina generale del presidio ospedaliero di Nocera, di un posto di direttore della medicina generale del presidio ospedaliero di Sarno, di un posto di direttore dell'unità operativa complessa di medicina generale del presidio ospedaliero di Battipaglia, di un posto di direttore dell'unità operativa complessa di medicina generale del presidio ospedaliero di Eboli, attualmente le procedure concorsuali non risultano concluse;

valutato, infine, che nella zona di competenza della ASL di Salerno, secondo fonti di stampa, risultano in carica nei nosocomi moltissimi primari facenti funzione, come nel caso dei reparti di dermatologia e pneumatologia presso l'Andrea Tortora di Pagani, o dei reparti di neurologia e gastroenterologia dell'Umberto I di Nocera Inferiore,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti esposti e quale sia la sua valutazione al riguardo;

se non reputi opportuno inviare propri ispettori presso la ASL al fine di assicurare la regolarità dell'azione amministrativa, in modo che ai cittadini dell'agro nocerino-sarnese sia assicurata un'adeguata assistenza sanitaria, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza;

se non intenda accertare l'effettiva presenza dei posti letto COVID in Campania rispetto alle affermazioni del responsabile dimissionario del COVID *hospital* di Scafati;

se non intenda assumere, per le proprie competenze, iniziative volte all'attivazione di interventi sostitutivi al fine di garantire un adeguato sistema di emergenza e urgenza alla luce delle numerose criticità riscontrate nella provincia di Salerno.

(3-02514)