



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 84

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

INTERROGAZIONI

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

239^a seduta: giovedì 24 giugno 2021

Presidenza della presidente PARENTE

I N D I C E

INTERROGAZIONI

PRESIDENTE	Pag. 3, 6, 9
BINETTI (FIBP-UDC)	4
MAGORNO (IV-PSI)	8
SILERI, sottosegretario di Stato per la salute	36

DISEGNI DI LEGGE 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)

PRESIDENTE	Pag. 9, 13, 14
BINETTI (FIBP-UDC)	11
CASTELLONE (M5S)	10
MARINELLO (M5S)	9
PISANI Giuseppe (M5S), relatore	13
SILERI, sottosegretario di Stato per la salute	14
ZAFFINI (Fdi)	12
ALLEGATO (contiene i testi di seduta)	15

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,45.

PROCEDURE INFORMATIVE

Interrogazioni

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

Sarà svolta per prima l'interrogazione 3-02492, presentata dalla senatrice Binetti.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, in via preliminare, desidero ricordare 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 (PNRR), 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), anche tenuto conto dell'impatto determinato dall'emergenza pandemica causata dal Covid-19, il Ministero della salute ha avviato e sta coordinando un gruppo di lavoro per la definizione dei criteri essenziali a fondamento delle RSA. Tale gruppo di lavoro opera negli ambiti del più ampio contesto del tavolo tecnico nazionale per l'accreditamento e ha il compito di definire i requisiti minimi di sicurezza e qualità delle RSA, tenendo conto in particolare delle criticità emerse a seguito della pandemia.

In parallelo allo sviluppo delle attività del gruppo di lavoro, con decreto del Ministro della salute in data 8 settembre 2020, è stata istituita la Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana, incaricata di formulare proposte adeguate a peculiari aspetti concernenti le attività socio-sanitarie destinate ai soggetti e pazienti anziani.

Segnalo 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 i seguenti gruppi di lavoro: il gruppo di lavoro «Riforma delle RSA», il gruppo di lavoro «Assistenza territoriale» e il gruppo di lavoro «Assistenza ospedaliera». I tre gruppi sono

composti da rappresentanti del Ministero della salute, di AGENAS, delle Regioni e Province Autonome, e si avvalgono di qualificati esperti.

In merito alle esigenze di approntamento di misure atte a sostenere le persone non autosufficienti nel loro ambiente di vita, sono attualmente in fase di definizione requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento delle cure domiciliari, sulla base della considerazione che esse costituiscono una componente cruciale dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale.

Per i profili di diretta competenza, gli uffici del Ministro per le disabilità hanno comunicato quanto segue.

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.

Dette 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 *no 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, si rammenta che l'attenzione rivolta alle persone con disabilità costituisce una tematica di rilievo negli ambiti del Piano nazionale di ripresa e resilienza, con stanziamenti pari a oltre 6 miliardi di euro.

In questo senso la tematica in esame è ben presente in molte delle «missioni» del citato Piano, dalle barriere architettoniche, ai trasporti, ai luoghi della cultura, sino alla realizzazione di una legge quadro della disabilità, per la quale già con la legge 30 dicembre 2020, n. 178, 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, secondo un approccio coerente con la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea e con la «Strategia per i diritti delle persone con disabilità 2021-2030», presentata nel marzo 2021 dalla Commissione europea.

Da ultimo, per completezza ricordo che in data 8 maggio 2021, il Ministro della salute ha emanato l'ordinanza che ha consentito la visita di familiari di altre persone ai degenti in tutte le strutture residenziali sanitarie e socio-sanitarie, nel rispetto delle indicazioni formulate nel documento «Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale».

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Sottosegretario, sicuramente ci troviamo in una situazione che potremmo dire in qualche modo «a doppia direzione»: o gli anziani restano in famiglia, per cui dobbiamo riuscire ad attivare tutta la rete delle terapie domiciliari, oppure vengono accolti

e ospitati in residenze – molto spesso in queste case si parla di ospiti – quali, ad esempio, le RSA.

È evidente che nel PNRR, di cui stiamo discutendo e per il quale stiamo aspettando che arrivino di fatto all'inizio di luglio le risorse economiche promesse, bisognerà capire rispetto a questo tema che cosa fare e quindi come attivare le risorse necessarie per coloro che rimangono in famiglia e che cosa fare, invece, per coloro che per i motivi più diversi vengono collocati nelle RSA.

In entrambi i casi, però, abbiamo un pregresso di esperienze acquisite e accumulate che ha rivelato la totale fragilità del sistema pre-Covid-19, una fragilità che ovviamente poi è crollata in fase di pandemia, quando è subentrata una sorta di isolamento-segregazione dell'anziano. Ciò ha riguardato innanzitutto gli anziani rimasti in famiglia: sappiamo quanti di loro sono morti, anche per effetto del virus, per questa sorta di solitudine che, non dobbiamo dimenticare, ha comportato anche una rarefazione degli interventi strettamente sanitari affidati, per esempio, ai medici di base, che non si sono resi così facilmente disponibili a farsene carico.

Una situazione analoga di solitudine si è verificata anche all'interno delle RSA: sappiamo perfettamente che molti anziani sono morti perché la solitudine ha inferto un colpo molto duro a condizioni di fragilità, così come sappiamo che molti sono andati incontro a una progressiva perdita di capacità a causa del fatto di riuscire ad avere sempre meno un contatto con la realtà, che per un anziano – come forse anche per tutti noi – comprende come primo cerchio quello della propria famiglia.

Il fatto di non incontrare la famiglia e non poter condividere una storia, una vita e un passato ha determinato un precipitare della situazione. Questo lo sappiamo tutti, così come tutti conosciamo i numeri del fenomeno e la scarsa qualità che si è trovata in queste strutture.

Oserei dire che, sul piano della diagnosi, abbiamo raccolto una quantità di dati che ci permettono di intervenire. In ogni caso, signor Sottosegretario, voglio richiamare l'attenzione sul fatto che stiamo parlando di anziani, quindi di un orizzonte esistenziale limitato, perché l'anziano non è più quello di una volta, la famosa terza età a 70 o a 80 anni (molti li hanno già superati).

Noi stiamo parlando di grandi anziani, che si avvicinano ai 90 anni, molti dei quali saranno già morti tra tre anni, quando il PNRR troverà attuazione. Stiamo parlando cioè di persone nei confronti delle quali le misure da prendere assumono urgenza ai fini della vita.

Noi vorremmo che si accelerasse sull'adozione delle misure che si prenderanno a tutela di questa complessa situazione. Lo stesso presidente Draghi ieri nel suo intervento ha fatto un passaggio a questa fase, rapido, ma c'è stato. Queste persone non possono aspettare miglioramenti sostanziali che passino attraverso i diversi tavoli di lavoro che lei ci ha descritto e le diverse teorie socio-assistenziali. Noi stiamo parlando oggettivamente della vita di una persona oggi, qui ed ora e ciò richiede interventi tempestivi e chiari.

Se dovessi pensare a quando io andrò in una RSA – posto di poter andare in una RSA e i capelli bianchi contano per decidere la tempistica – mi auguro che tra 15-20 anni avremmo risolto il problema. In questo caso, però, stiamo parlando di persone che hanno uno spazio di vita brevissimo. Vogliamo capire allora se vogliamo davvero offrire a queste persone una *chance* in più, se possono davvero credere che il lavoro del Governo e il PNRR è anche per loro o se, per l'ennesima volta, devono pensare che ormai per loro la vita è andata. Questa è la domanda.

Quindi, signor Sottosegretario, ritengo la sua risposta accettabile: è la risposta del perbenismo, in cui si dice che il Governo sta facendo di tutto, ha deciso tutto, è tutto messo in pasta e tutto andrà avanti. Io le chiedo, però, chi controlla in termini di requisiti di qualità, ma anche di tempistica: questa è la responsabilità che le chiedo di assumere. È questa consapevolezza del tempo che fugge che ci obbliga ad essere concreti.

Mi dichiaro quindi sicuramente soddisfatta della risposta, pur dovendo registrare la mancanza di un ingrediente, quello cioè dei termini temporali entro cui si interverrà per garantire a coloro che oggi sono anziani, anche nel caso in cui rimangano a casa, un'attivazione veloce della famosa telemedicina o la riforma dei medici di base, come più volte abbiamo invocato insieme alla collega Castellone. Tutto questo gli anziani ce lo chiedono oggi, perché la loro vita è breve.

PRESIDENTE. Segue l'interrogazione 3-02522, presentata dal senatore Magorno.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, 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.

L'articolazione della rete ospedaliera, approvata con tale delibera, prevede: quattro Dipartimenti d'emergenza e accettazione (DEA) di secondo livello; otto DEA di primo livello; quattro ospedali sede di Pronto soccorso; cinque presidi ospedalieri di zona disagiata. L'articolazione è su tre aree territoriali: Area Nord (provincia di Cosenza); Area Centro (province di Catanzaro, Crotona e Vibo Valentia); Area Sud (provincia di Reggio Calabria).

Il presidio ospedaliero di Corigliano-Rossano afferisce all'Area Nord del territorio regionale, con il ruolo di DEA di primo livello, articolato su due stabilimenti. Allo scopo di delineare nel modo più esauriente il quadro della situazione strutturale e logistica in atto, metto a disposizione della Commissione una tabella (tabella 1) in cui viene dettagliata la rete dell'emergenza-urgenza della macro-area Nord in cui insiste il presidio ospedaliero di Corigliano Rossano.

Nell'ambito delle reti tempo dipendenti, il presidio ospedaliero di Corigliano-Rossano svolge il ruolo di *spoke*, con Unità di terapia intensiva cardiologica (UTIC) per la rete dell'Infarto miocardico acuto (IMA); è *stroke unit* di primo livello ed è Pronto soccorso traumatologico (PST).

Per quanto riguarda il volume delle prestazioni sanitarie erogate dallo stesso presidio ospedaliero di Corigliano-Rossano, al fine di rendere una completa risposta all'atto ispettivo in esame, lascio a disposizione della Commissione due ulteriori tabelle (la tabella 2, relativa alla struttura di Rossano e la tabella 3, riguardante la struttura di Corigliano), in cui vengono sintetizzati i dati ricavati dal Documento programmatico e dal flusso informatico (cosiddetto HSP) del 2020, e dove viene descritto il complesso delle prestazioni erogate dagli stabilimenti che costituiscono il DEA di primo livello.

Tutte le aziende del Servizio sanitario della Regione Calabria hanno provveduto ad adottare il Piano di fabbisogno di personale 2020-2022. Tuttavia, in occasione delle periodiche 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.

I tavoli di verifica hanno evidenziato come, a differenza della quasi totalità delle restanti Regioni, la Calabria sia una delle poche 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, nel richiamare il punto otto del mandato commissariale in materia di gestione del personale, i predetti tavoli hanno più volte chiesto alla struttura commissariale di procedere, anche sollecitando le aziende sanitarie, al tempestivo reclutamento del personale necessario.

Rassicuro pertanto il senatore interrogante che il Ministero della salute tiene nella dovuta e necessaria considerazione le criticità evidenziate nell'atto parlamentare in oggetto ed intende chiedere espressamente alla struttura commissariale, in occasione della prossima riunione di verifica del piano di rientro con la Regione Calabria, aggiornamenti sullo stato delle assunzioni effettuate, nonché sollecitare quest'ultima, in attuazione del punto otto del mandato commissariale – che assegna al commissario *ad acta* la competenza in materia di gestione del personale – a provvedere al tempestivo reclutamento del personale necessario per garantire l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

Rappresento, altresì, che proprio in questi giorni sono in corso interlocuzioni con il Ministero dell'economia e delle finanze per valutare le iniziative da assumere al fine di rendere maggiormente incisive e tempestive le iniziative necessarie al rilancio della sanità calabrese, a partire dalla problematica dell'approvazione dei bilanci delle aziende sanitarie provinciali relativi agli esercizi pregressi, che rappresenta un adempimento necessario ed urgente al fine di ripristinare la gestione ordinata delle aziende sanitarie da cui non è possibile prescindere per l'erogazione dei livelli di assistenza secondo *standard* di qualità, tempestività ed efficienza, cui peraltro le risorse umane concorrono in modo decisivo.

A seguire, avviandomi alla conclusione, fornisco le indicazioni acquisite dalla struttura commissariale.

Lo *spoke* Corigliano-Rossano dispone di dieci anestesisti-rianimatori per un totale di quattro posti letto di terapia intensiva. In relazione alla necessità di assicurare le attività di terapia intensiva ed anestesilogiche nelle due strutture ospedaliere di Corigliano e Rossano, il personale è stato incrementato con due anestesisti in rapporto libero-professionale per 36 ore settimanali. Inoltre, alcuni anestesisti, dipendenti ospedalieri, assicurano turni aggiuntivi.

Peraltro, tenuto conto dell'emergenza pandemica da Covid-19 e della completa occupazione dei diciassette posti letto di terapia intensiva anti-Covid attivati presso l'*hub* dell'«Annunziata» di Cosenza, in data 12 aprile 2021, i quattro posti letto di terapia intensiva dello *spoke* di Corigliano-Rossano sono stati convertiti in posti letto per pazienti con Covid-19. Tra il 18 aprile e il 2 maggio 2021 i quattro posti letto sono stati occupati da degenti con COVID: successivamente il numero di tali pazienti è diminuito e il 12 maggio l'occupazione risultava limitata ad un paziente dimissibile.

Il commissario ha precisato che la sospensione delle attività di ricovero, comunicata con nota del 14 maggio 2021 dal direttore dello *spoke* in assenza di pazienti ricoverati, è stata determinata dalla contemporanea assenza per malattia di quattro dirigenti medici anestesisti ed ha avuto la durata di alcuni giorni, fino a quando una serie di interventi organizzativi hanno consentito la ripresa delle attività e il ripristino della regolare operatività del reparto di terapia intensiva.

Il commissario sottolinea che l'assistenza anestesilogica dei pazienti non è mai stata a rischio, in quanto assicurata dalla presenza degli altri anestesisti. Inoltre, nel periodo di sospensione dei ricoveri, dato che si era attenuata in maniera consistente l'incidenza epidemica, presso l'*hub* dell'«Annunziata» sono risultati sempre disponibili posti di terapia intensiva anti-Covid, mentre ulteriori posti letto erano disponibili presso gli *spoke* di Castrovillari e di Paola-Cetraro.

In merito alle carenze di personale, il commissario *ad acta* ha comunicato che nel dicembre 2019 è stato espletato un concorso, conclusosi con l'assunzione dei due unici anestesisti presenti in graduatoria.

Nel 2020-2021 l'Azienda sanitaria provinciale ha bandito due avvisi per incarichi libero-professionali, contrattualizzando cinque anestesisti in quiescenza. Recentemente ha proposto un nuovo bando per una mobilità regionale ed extraregionale per cinque anestesisti e si attende la fine della procedura per avviare le assunzioni.

MAGORNO (*IV-PSI*). Signor Presidente, come rappresentante della mia Regione posso dire di essere soddisfatto per l'attenzione del Sottosegretario, ma non certo per la risposta in generale, perché le condizioni della sanità in Calabria vanno ben oltre le difficoltà o le mancate segnalazioni che sono state rappresentate dalla narrativa del Sottosegretario.

Per quanto riguarda la questione specifica, ho avuto modo di parlare proprio ieri con il primario della rianimazione, il quale mi ha riferito dell'esistenza di una situazione molto instabile, come d'altra parte è instabile l'intera situazione della sanità calabrese. Ci sono delle difficoltà oggettive.

So che il Ministero sta studiando attentamente la situazione della Calabria, però, come si dice dalle nostre parti, mentre il medico studia, gli ammalati se ne vanno: o se ne vanno all'altro mondo o più probabilmente, una volta finita l'emergenza pandemica, vanno fuori Regione, dando vita a quella che è la spesa maggiore della sanità calabrese, vale a dire l'emigrazione dei cittadini calabresi verso altre Regioni. Questo è il punto vero.

Passando a fare un ragionamento generale, ma concludo subito, un'emergenza va trattata come tale. La situazione che c'è in Calabria ha portato alla nomina di un commissario, che non ha prodotto assolutamente nessun risultato.

Bisogna andare oltre il commissariamento in Calabria ed è necessario che il Governo si assuma veramente la responsabilità della salute dei cittadini calabresi, trattandoli come cittadini italiani. In Calabria la sanità non offre ai calabresi quello che dà nel resto del Paese: questo è il punto.

È in questo contesto che si inserisce la vicenda delle due strutture ospedaliere di Corigliano e Rossano, un contesto di assoluta precarietà e instabilità. A tal proposito, faccio qui una segnalazione: nella città che io guido anche come sindaco, Diamante, siamo senza guardia medica, come moltissimi Comuni della mia Regione, anche turistici. Siamo in una situazione di assoluta precarietà.

Questa, dunque, è la condizione che vive la Calabria. Il commissario, anziché produrre una normalizzazione, sta ingenerando confusione in una dolorosa vicenda che si trovano a vivere i calabresi.

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

DISEGNI DI LEGGE 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)

PRESIDENTE. L'ordine del giorno reca il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge nn. 1346 e 1751, sospesa nella seduta del 13 gennaio.

MARINELLO (M5S). Signor Presidente, del tema dell'istituzione della figura dell'infermiere di famiglia abbiamo parlato per parecchio tempo ed è stato il primo argomento che ho voluto affrontare all'inizio della mia esperienza parlamentare.

La proposta di un disegno di legge a mia firma è stato il frutto di quello che ho visto nel corso dell'attività che ho svolto per un periodo abbastanza lungo, ultratrentennale, in aree di emergenza dove spesso, come ho avuto modo di dire altre volte, mi sono trovato a dovere intervenire su pazienti che non avevano necessità di arrivare in ospedale. Mi è capitato più volte, dopo le cure necessarie per stabilizzare il paziente, di parlare con i familiari, ai quali chiedevo perché si fossero rivolti all'ospedale. La risposta che solitamente mi veniva data era che, dopo aver sentito il medico curante, era stato proprio quest'ultimo ad aver suggerito di portare il paziente al pronto soccorso.

Questa situazione ha creato gravi problemi di afflusso perché, come capite benissimo, nel momento in cui un paziente che non necessita di ospedalizzazione arriva comunque in ospedale, crea un ingorgo e un eccessivo affollamento a livello di pronto soccorso.

Ecco allora che viene fuori il discorso dell'emergenza territoriale, della necessità di un intervento affinché il medico curante possa adeguatamente assistere a domicilio il paziente. È quindi fondamentale che venga istituita la figura dell'infermiere di famiglia, che potrà avere un ruolo centrale, non solo per l'assistenza domiciliare e, dunque, per un discorso di spesa sanitaria – come sapete tutti benissimo, un giorno di degenza costa infatti più di 800 – ma anche per far sì che il paziente possa trarre giovamento anche sul piano psicologico.

CASTELLONE (M5S). Signor Presidente, faccio solo due brevi commenti.

Innanzitutto, ci tengo a dire che noi crediamo moltissimo nel disegno di legge a prima firma del senatore Marinello, cui si sono poi abbinati altri disegni di legge, tanto da aver sollecitato il Governo che ha già recepito la nostra richiesta nei decreti che in questo anno sono stati emanati per gestire al meglio l'emergenza da Covid-19.

Quello che però non vorrei davvero che succedesse è che si ripeta un po' il modello della medicina generale, che abbiamo visto essere totalmente avulso dalla struttura di un Servizio sanitario nazionale che, invece, ha bisogno di integrazione tra le varie discipline, facendo in modo che tutti i professionisti lavorino in *team* multidisciplinari. L'infermiere di famiglia deve essere quindi un professionista della sanità che deve avere certamente un rapporto di dipendenza e non di convenzione.

Il secondo aspetto che voglio sottolineare e che c'è bisogno di linee di indirizzo chiare per le varie Regioni, perché purtroppo abbiamo visto che ogni Regione recepisce le nostre direttive e indicazioni centrali in maniera diversa.

L'auspicio, dunque, è che davvero il Ministero possa e voglia monitorare l'attuazione di questo provvedimento, che deve rientrare nel percorso di totale riforma del Servizio sanitario nazionale, che sposta l'assistenza sempre più vicino al domicilio del paziente, per passare dalla medicina «di attesa», che abbiamo visto finora, alla medicina «di iniziativa».

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signor Presidente, non è che fino ad oggi non esistesse l'infermiere di famiglia. Molto spesso erano le famiglie a contattare direttamente l'infermiere e si creava una relazione quasi personale tra la famiglia e l'infermiere, una sorta di libero professionista che andava a casa del paziente e svolgeva alcune funzioni: la somministrazione delle terapie; la cura di pazienti allettati da tempo perché non si creassero ulcere da decubito e, più in generale, tutta una serie di funzioni che registravano il rapporto diretto tra famiglia e infermiere.

In alcuni luoghi e in alcuni contesti, questo tipo di servizio infermieristico veniva esercitato addirittura *sub specie* volontariato da persone competenti, che offrivano le prestazioni in maniera pressoché gratuita per andare incontro alle necessità di persone non in grado di sostenerle sotto il profilo economico.

Quindi, il vero problema legato alla figura dell'infermiere di famiglia oggi, non è tanto dimostrarne la necessità, quanto di individuarne il modello organizzativo, alla luce anche di un aspetto che non è indifferente. Oggi vi sono infermieri che hanno una laurea magistrale in scienze infermieristiche; infermieri che hanno fatto un dottorato o che hanno svolto *master*. Vi sono, dunque, infermieri in grado di assumere responsabilità e competenze di profilo abbastanza elevato, anche sul piano della responsabilità della presa in carico del paziente.

Il punto, nel nostro sistema sanitario nazionale, è chi paga per questo servizio. La legge di cui stiamo discutendo prevede che questo servizio venga inserito nel sistema sanitario nazionale e che, quindi, sia a carico dello Stato. Qui entra in gioco il problema posto dalla collega Castellone. Mi riferisco al modo ambiguo con cui il medico di famiglia è inserito nel sistema sanitario nazionale, senza una forma di dipendenza e quindi senza una modalità per la quale renda conto del suo lavoro, non solo in termini di qualità clinico-assistenziale, ma anche di produttività, di obiettivi concreti e risultati raggiunti.

Sappiamo che questo è uno dei temi più importanti del contenzioso riguardante i medici di medicina generale. Che cosa vogliamo fare dell'infermiere di famiglia, proprio per non entrare nell'ambiguità del modello organizzativo che riguarda il medico di medicina generale?

Noi abbiamo presente un modello, quello delle cure palliative che vengono prestate, in parte attraverso gli *hospice*, in parte attraverso l'assistenza domiciliare. Sappiamo che gli infermieri che lavorano nell'ambito delle cure palliative, prestando assistenza domiciliare, dipendono comunque dalla realtà che gestisce il nucleo di cure palliative.

Ricordiamo, inoltre, che tale nucleo rappresenta in ogni caso un elemento innovativo nella complessità del sistema sanitario nazionale, anche sulla base del famoso circuito per cui un paziente che ha bisogno di questo spesso si muove all'interno dell'assistenza domiciliare (*home*), dell'assistenza ospedaliera (*hospital*) e dell'*hospice*, laddove ad un certo punto si presenti una necessità stabile e continuativa. In ogni caso, l'infermiere si muove in questo circuito, che chiamiamo delle tre «H» (appunto *home*, *hospital*, *hospice*), a seconda dei bisogni del paziente.

Il *team* di persone che si prende cura del paziente è coordinato, consapevole delle necessità, capace di confrontare, non solo un punto di vista con l'altro, ma di integrare una competenza con l'altra. Non c'è dubbio, infatti, che un infermiere di famiglia realmente qualificato potrebbe svolgere anche una sorta di ruolo di *case manager*, cioè di gestione del caso, aiutando la famiglia a risolvere, non solo i problemi di natura strettamente assistenziale, ma anche quei problemi che si pongono in termini di ricovero e di accertamenti, come un facilitatore dei servizi di cui la famiglia ha bisogno.

Mi sembra che in questo disegno di legge un'attenzione particolare vada posta al modello organizzativo, immaginandolo come un modello che anticipa quella che potrebbe essere l'auspicata riforma del modello organizzativo dei medici di medicina generale. Quindi, attraverso la figura dell'infermiere di famiglia, attraverso il suo ruolo e i suoi punti di riferimento in chiave gerarchica, ma poi anche in chiave scientifica, dovremmo immaginare, nei fatti, un modello di riforma che coinvolga domani anche i medici di medicina generale.

ZAFFINI (*Fdl*). Signor Presidente, per brevità faccio mie le parole della collega Binetti, che condivido in pieno, e proseguo da dove lei ha concluso.

Sul testo non ho alcuna difficoltà, è ampiamente condivisibile. Credo, però, che dobbiamo agire in termini di coordinamento, perché, ogni volta che in questa Commissione affrontiamo i vari argomenti, c'è un invitato di pietra che è il Ministero, con tutto il rispetto per il sottosegretario Sileri.

Sappiamo che c'è una commissione che sta lavorando sulla riforma della sanità del territorio, così come sappiamo che c'è un'altra commissione che sta lavorando sul decreto ministeriale n. 70 del 2015. Nei giorni scorsi abbiamo appreso che c'è una commissione che lavorerà sui *device*. Credo che su tutto questo dobbiamo avere contezza e informazioni precise, perché noi ci accingiamo ad approvare un testo che deve essere coordinato con quello che sta accadendo al Ministero. Non è questione di chi arriva prima: se fosse questo lo spirito, alla fine mi divertirei.

Il tema dell'infermiere di famiglia, come ha perfettamente centrato la senatrice Binetti, è molto delicato: può essere, infatti, veramente l'elemento di raccordo tra il mondo della sanità e l'intimità di una famiglia e di una persona, così come viene vissuta in un momento difficile come quello della malattia, che in questo momento vede invece uno scollamento, uno spaesamento, come un quadro di Magritte. Una persona che ha un cancro si deve barcamenare dietro mille problemi, che vanno dalla banalissima diagnostica, al consulto di più voci, al fatto che, se pur si deve morire, si venga almeno accompagnati decorosamente fino alla fine.

Un infermiere di famiglia può diventare, allora, un punto di raccordo con il medico di medicina generale, che noi abbiamo fatto diventare un burocrate, quale figura non operata da tutta la burocrazia di cui si fa carico il medico di medicina generale. Può essere veramente la persona rassicurante cui la famiglia in senso allargato fa riferimento.

C'è un però, rappresentato dal fatto che noi dovremo raccordare tutto questo ragionamento con la sanità del territorio, con la riforma che sta progettando il Ministro, all'interno della quale c'è un pezzo importante della sanità territoriale; abbiamo anche visto quanto il PNRR dia importanza a questo.

Siccome anche ieri in Assemblea ci siamo, chi più chi meno, intrattenuti con il presidente Draghi, dicendo che da qui in avanti il Parlamento è indispensabile e che tocca a noi, allora, con tutte queste belle prese di posizione, adesso dobbiamo centrare nuovamente il metodo di lavoro.

Che cosa sta facendo la commissione ministeriale? A che cosa è approdata? So bene che il sottosegretario Sileri dà il suo meglio; è venuto in audizione e ci ha illustrato lo stato di avanzamento dei lavori. Se approviamo il provvedimento in esame, questo confluisce in quel lavoro o noi restiamo come i marziani? Dico questo perché tutto quello che abbiamo fatto fino a oggi ha fatto questa fine.

Quanto al tema dell'assunzione dei medici di medicina generale, come sa la collega Castellone, sono favorevole. Ovviamente, anch'io noto che c'è un evidente paradosso, però questo va ricordato con lo stato dell'arte. Vanno concordati i percorsi e i passaggi con le associazioni dei medici, con i sindacati dei medici. Sappiamo tutti che la categoria è contraria; tuttavia, stabilire banalmente che c'è una linea di demarcazione tra il vecchio e il nuovo, con importanti passaggi di omogeneizzazione tra le due figure, è un modo per far passare una riforma che, a mio avviso, a questo punto non è veramente più rinviabile.

PRESIDENTE. Dichiaro chiusa la discussione generale.

PISANI Giuseppe, *relatore*. Signor Presidente, riflettevo sullo scambio di idee avuto poco fa con la senatrice Binetti. Torno indietro nel tempo, al 1978, anno di istituzione del Servizio sanitario nazionale. Già allora si era prevista una differenziazione tra il distretto territoriale, luogo delle cure, e i distretti ospedalieri: da una parte, dunque, l'assistenza ospedaliera, che doveva riservarsi alle patologie più complesse, alle acuzie, e, dall'altra, invece, il territorio. Quindi, già nel germe dell'istituzione del Servizio sanitario nazionale era prevista questa tipologia di assistenza.

Le leggi nel nostro Paese sono sempre state fatte coerentemente, anche se poi, purtroppo, non sono state applicate altrettanto correttamente. Il sistema che ho rapidamente richiamato è stato ripreso da successivi decreti-legge, l'ultimo dei quali, il decreto Balduzzi, potenziava la medicina del territorio con l'istituzione delle unità complesse di cure primarie, con le associazioni funzionali.

In tutto questo c'è sempre stato però un *vulnus*, c'è sempre stata una grave carenza, una grave mancanza, quella cioè della figura dell'infermiere nel territorio, nella convinzione che l'infermiere fosse utile e indispensabile soltanto nell'attività ospedaliera e di ambulatorio. Ve lo dice un medico che ha lavorato sempre nelle strutture ospedaliere, ma che si è sempre accorto dell'importanza degli infermieri a livello territoriale, e

non soltanto negli studi dei medici, tra cui quelli di medicina generale. Questo al di là del fatto che è comunque una figura essenziale e importante anche a quel livello.

Il disegno di legge in esame dopo più di 40 anni arriva a sanare questa grave ferita. Ci voleva un'epidemia importante, ci voleva forse qualcosa di grave per smuovere le nostre coscienze. La grave carenza di cui ci siamo resi conto ci potrebbe insegnare qualcosa per il futuro.

Non dimentichiamo poi che l'infermiere di famiglia deve essere anche infermiere di comunità, perché non deve svolgere solo la funzione nella famiglia, ma deve pensare anche alla collettività, interpretando i bisogni di cure delle famiglie e della collettività e predisponendo piani terapeutici in collaborazione con i medici, dal momento che conosce il territorio e i bisogni di salute essenziali. Non mi perdo, tuttavia, in questi aspetti, che già conosciamo e che saranno poi ovviamente ripresi.

Venendo al dunque, propongo che venga adottato come testo base per la prosecuzione della discussione congiunta il disegno di legge n. 1346, chiedendo anche alla Presidenza di aprire una fase emendativa per le opportune integrazioni e ammende, anche sulla scorta delle osservazioni che sono state fatte nel corso delle varie audizioni.

SILERI, *sottosegretario di Stato per la salute*. Signor Presidente, voglio ricordare che uno dei due disegni di legge in discussione è stato sottoscritto anche da me, quando non ricoprivo ancora un incarico di Governo, per cui è chiaro che da parte mia ci sarà il massimo supporto.

Aggiungo che sono pienamente d'accordo con ciò che ha detto il senatore Zaffini sul fatto che dovrebbe essere condotto tutto in maniera molto rapida. Proprio in virtù di un PNRR che vede un rafforzamento della medicina territoriale, quella dell'infermiere di famiglia deve essere una figura chiave. Sono anch'io un po' sorpreso del fatto che se ne sia parlato poco, a dire il vero, nei mesi scorsi, soprattutto nelle ultime settimane, quando il PNRR è diventato sempre più maturo.

La Direzione generale sta predisponendo ovviamente tutta la fase istruttoria: sarà mia premura vigilare e ovviamente accelerare il percorso, affinché questo disegno di legge possa vedere la luce il prima possibile.

PRESIDENTE. Colleghi, come suggerito anche dal relatore, propongo di adottare il disegno di legge n. 1346 quale testo base. Suggesto, altresì, di fissare il termine per la presentazione di emendamenti e ordini del giorno alle ore 12 del prossimo giovedì 8 luglio.

Poiché non vi sono osservazioni, così rimane stabilito.

Rinvio il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,35.

ALLEGATO

INTERROGAZIONI

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

appare sempre più necessario garantire alle persone non autosufficienti il diritto alla continuità terapeutica, affettiva e relazionale, di anziani, persone con disabilità e in generale di tutte le persone malate non autosufficienti;

le attuali linee guida non sono state aggiornate e quindi non tengono adeguatamente conto di eventi come quelli che si sono verificati in questo ultimo anno. Eventi che potrebbero ripresentarsi nei prossimi anni;

è infatti urgente procedere al riordino degli interventi del Servizio sanitario nazionale a favore degli anziani, dei malati cronici, compresi quelli non autosufficienti, e di tutte le persone affette da patologie ad alto rischio invalidante, che dovranno essere parte integrante dei provvedimenti assunti dal Governo nell'ambito del *recovery plan*;

queste persone infatti sono state colpite da gravi sofferenze nel corso della pandemia da COVID-19, anche per l'inadeguatezza delle strutture, dei modelli di cura e delle necessità sopravvenute a causa del *virus*;

servono nuovi modelli di cura sul piano socio-assistenziale per scongiurare il ripetersi dei disastrosi avvenimenti, avvenuti in questo ultimo anno; qualcuno li ha perfino definiti le stragi delle RSA;

è un imperativo morale sempre più chiaro: che gli anziani residenti nelle strutture non siano più privati della continuità affettiva e relazionale con i propri familiari, riconosciuta ormai come parte integrante e fondamentale del percorso di cura alla persona;

alle persone anziane, malate croniche e non autosufficienti, occorre inoltre garantire sempre, in ogni circostanza, il diritto alle cure sanitarie come diritto inviolabile, senza dimenticare che sono malati complessi;

per questo occorre una ben definita organizzazione di servizi sanitari e socio-sanitari, sia a livello territoriale che ospedaliero, con reparti dedicati e competenti dal punto di vista professionale, organizzati secondo il lavoro in équipe e con la presenza di una direzione sanitaria con funzioni di dirigenza;

gli anziani ricoverati nelle RSA o altrimenti definite (RP, CRA) sono malati affetti da pluri-patologie croniche, da cui deriva la non autosufficienza e i numerosi decessi nelle RSA hanno dimostrato la grave carenza del Servizio sanitario nei percorsi post ospedalieri;

urge quindi attivare un vero e proprio progetto di prevenzione territoriale, con particolare attenzione alle persone non autosufficienti, so-

prattutto quelle con demenza o malattia di Alzheimer, con équipe multi disciplinari;

i familiari delle persone non autosufficienti e le associazioni che li rappresentano dovranno essere parte attiva nella pianificazione e programmazione della salute dei propri cari;

i familiari hanno il diritto di ottenere le garanzie necessarie, affinché all'interno delle stesse siano rispettati tutti i servizi a tutela della cura e della dignità della persona, ivi compreso l'obbligo che ogni struttura sia dotata di un sistema di videosorveglianza interna, per il controllo necessario a difesa del paziente,

si chiede di sapere:

come intenda procedere il Ministro in indirizzo già in questa prima fase di riapertura delle RSA, perché le strutture si dotino di modelli organizzativi più adeguati e non si tratti solo di un ritorno al passato;

come intenda sostenere le persone non autosufficienti che vivono in famiglia, per supportare le famiglie stesse fin dal primo momento dell'applicazione del PNRR.

(3-02492)

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

è notizia di questi giorni la chiusura del reparto di anestesia e rianimazione dell'ospedale «Nicola Giannettasio» di Corigliano-Rossano (Cosenza), disposta per carenza di personale;

negli scorsi giorni, un cittadino del territorio ionico, intubato, è stato trasferito nel presidio «Ferrari» di Castrovillari proprio per mancanza di assistenza rianimatoria al Giannettasio;

la terapia intensiva dell'ospedale di Corigliano-Rossano è l'unica sulla costa da Crotona a Policoro ed è una delle quattro in Calabria, insieme a Reggio Calabria, Catanzaro e Cosenza, dedicate all'emergenza COVID-19;

la chiusura del reparto è stata disposta per carenza di personale, un problema ormai atavico, che si è acuito negli ultimi anni;

la carenza nella dotazione organica, peraltro, è destinata a peggiorare da giugno, quando l'attuale direttore dell'unità operativa complessa di anestesia e rianimazione facente funzioni, Giuseppe Angelo Vulcano, avvierà la procedura di pensionamento;

in tutto, ad oggi, gli anestesisti rianimatori in servizio allo *spoke* Giannettasio sono solamente 10 (7 a Rossano e 3 a Corigliano) e devono garantire, oltre alla gestione dei posti letto di terapia intensiva e subintensiva Covid-19, i turni di guardia e la reperibilità, anche l'attività chirurgica urgente;

la carenza di organico si scontra con il fabbisogno reale, secondo cui occorrerebbero almeno 20 unità;

da quanto riferisce il direttore Vulcano, gli anestesisti rianimatori dello *spoke* avevano inviato una lettera all'azienda sanitaria provinciale

di Cosenza e alla direzione sanitaria dello stesso Giannettasio, evidenziando le criticità della struttura e la necessità di un intervento celere, senza tuttavia ottenere risposta;

considerato che:

l'interruzione del servizio di rianimazione rischia di avere ripercussioni negative sotto molteplici punti di vista;

il servizio di rianimazione, infatti, è un reparto funzionale a tutti gli interventi chirurgici;

tale chiusura, poi, avrà anche l'effetto di comportare il declassamento dell'ospedale di Corigliano-Rossano da *spoke* a ospedale di base, in quanto senza il reparto di rianimazione un ospedale è da considerarsi «di base»;

questa chiusura, peraltro, si inserisce in una fase cruciale della pandemia, in cui, benché i numeri siano incoraggianti, è impensabile immaginare che l'emergenza sanitaria sia conclusa;

considerato altresì che:

l'emergenza epidemiologica da Covid-19 ha fatto emergere in maniera ancora più prepotente tutte le fragilità del sistema sanitario calabrese;

a fronte delle evidenti criticità, si dovrebbe prevedere un ampliamento dei servizi messi a disposizione dei cittadini, i quali, invece, si ritrovano a dover subire la permanenza di gravi carenze mai colmate negli anni;

è necessario trovare soluzioni e altri orizzonti, che non siano chiusure di reparti strategici, per potenziare e rafforzare un sistema sanitario debole, partendo proprio dalla prossimità territoriale e dalle reti di presidi ospedalieri distribuiti in tutta la provincia,

si chiede di sapere:

se il Ministro in indirizzo sia a conoscenza dei fatti descritti;

se non reputi opportuno assumere i necessari contatti con le autorità sanitarie e le istituzioni locali per disporre provvedimenti urgenti, nonché per ristabilire il reparto di rianimazione dell'ospedale di Corigliano-Rossano, evitandone altresì il declassamento a ospedale di base;

se, più in generale, non ritenga necessario e non più differibile riconsiderare l'intera situazione sanitaria calabrese, nel cui ambito i servizi destinati alla fascia ionica cosentina ormai necessitano di un urgente riequilibrio.

(3-02522)

