



Giunte e Commissioni

RESOCONTO STENOGRAFICO

n. 87

12^a COMMISSIONE PERMANENTE (Igiene e sanità)

DISEGNI DI LEGGE IN SEDE REDIGENTE

242^a seduta: mercoledì 14 luglio 2021

Presidenza del presidente PARENTE

I N D I C E**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 e rinvio)

PRESIDENTE	Pag. 3, 8, 10
BINETTI (FIBP-UDC)	5
BOLDRINI (PD)	7
* CANTÙ (L-SP-PSd'Az)	3, 8
MARINELLO (M5S)	5
ZAFFINI (Fdl)	4
ALLEGATO (contiene i testi di seduta)	11

N.B. L'asterisco accanto al nome riportato nell'indice della seduta indica che gli interventi sono stati rivisti dall'oratore.

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-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.

Interviene il sottosegretario di Stato per la salute Sileri.

I lavori hanno inizio alle ore 8,40.

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 di ieri.

Passiamo all'illustrazione degli emendamenti.

All'articolo 1 sono stati presentati alcuni emendamenti.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signora Presidente, gli emendamenti che mi accingo ad illustrare discendono direttamente dalle necessità che si sono manifestate anche durante l'ultimo periodo. Difatti, che occorra riformare la medicina territoriale, integrandola con infermieri di famiglia e di comunità, è ampiamente condiviso. Ma credo che ciò lo si debba fare con misure innovative in prevenzione, formazione, supporto specialistico e ricerca; come pure prevedendo un'attenta programmazione e valutazione, non scevra da sistematici controlli in tutta la filiera istituzionale, a garanzia di sostenibilità in chiave universalistica del nuovo modello di cure domiciliari, secondo i dettami degli articoli 3 e 32 della Costituzione. Questo è il senso, in estrema sintesi, degli emendamenti 1.2 e 1.3, nonché degli emendamenti 2.12 e 2.0.1, cui accennerò più avanti.

PRESIDENTE. I restanti emendamenti si intendono illustrati.

Passiamo all'esame dell'articolo 2, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signora Presidente, quanto all'articolo 2, vorrei soffermarmi sulla strategia complessiva a comune denominatore. Mi riferisco in particolare agli emendamenti 2.2, 2.7, 2.10 e 2.12, agganciati ai vari sistemi organizzativo-gestionali delle singole Regioni e Province autonome, di cui pure al successivo emendamento 2.0.1.

Nel caratterizzare il ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità, per le attività di prevenzione, assistenza e cura domiciliari, si viene a tipizzarlo come figura fondamentale nel processo di revisione della medicina

territoriale, financo per superare la progressiva deprofessionalizzazione del ruolo del medico di medicina generale a mero produttore di ricette, al di là della tipologia del rapporto di lavoro, che dal mio punto di vista non è scriminante per una sua valorizzazione secondo competenza, responsabilità e merito, al pari della disciplina giuslavorista di contrattualizzazione dell'infermiere di famiglia. Ciò viene puntualmente prospettato negli emendamenti 2.11 e 4.0.2, che poi vedremo meglio in seguito. Il professionista deve agire in stretta collaborazione e in una logica multiprofessionale, più correttamente di *équipe* multiprofessionale, lasciando al medico di medicina generale più tempo per la semeiotica.

ZAFFINI (*Fdi*). Signor Presidente, farò un ragionamento generale sugli emendamenti che abbiamo presentato. Peraltro ho notato che c'è un errore in uno degli emendamenti a mia firma, di cui parlerò tra poco.

In sostanza, nutriamo delle perplessità su questo disegno di legge, sulle quali chiediamo di prestare assoluta attenzione. Noi voteremo a favore di questo testo, pur avendo mille perplessità, legate al fatto che con questo provvedimento si crea un'ulteriore figura, con compiti peraltro abbastanza rilevanti, in un clima e in una situazione caratterizzati dall'epilogo di una pandemia che ha messo sotto *stress* l'intero sistema (e speriamo che questo sia l'epilogo). È importante capire quali siano le interferenze tra questa nuova figura e il medico di medicina generale, che resta il caposaldo, per quanto ci riguarda. L'infermiere di famiglia non può in alcuna misura surrogarlo, sostituirlo, limitarlo o delimitarlo; semmai va recuperata una capacità di raccordo tra i bisogni assistenziali e l'intero Servizio sanitario nazionale.

Quindi, se l'infermiere di famiglia è un aiuto per costituire questo elemento di raccordo e di collegamento nei momenti in cui abbiamo bisogno di assistenza, ben venga; se invece diventa una figura di interferenza in un ambiente già stressato e caratterizzato da una discreta confusione, questo non va bene. Lo schema di riforma prefigurato nel PNRR istituisce centri di somministrazione che si accavallano con quelli preesistenti, senza sostituirli (non si capisce bene con quale tipo di coordinamento). La nostra preoccupazione è che qui si crei una sorta di «tana libera tutti», in cui ognuno fa il suo e sta nel suo stretto giardinetto, con la conseguenza che poi il paziente o comunque chi è portatore di un bisogno assistenziale impazzisce dentro questa giungla di soggetti, che magari si mettono anche a discutere tra loro. Questo è il rischio e già oggi c'è.

Il caso è diverso se invece l'infermiere di famiglia affianca il medico di medicina generale, in totale sinergia con lui, e ne diventa il consulente, come ho visto scritto per esempio in un emendamento della senatrice Boldrini; il medico di medicina generale rimane e deve rimanere il caposaldo dell'assistenza sanitaria domiciliare e familiare, nonché il depositario della storia sanitaria del paziente e della famiglia. La preoccupazione che voglio manifestarvi è esattamente questa. Negli emendamenti abbiamo tentato di fare qualcosa, ma il testo un po' mi preoccupa, perché affida dei compiti a un soggetto che in questo momento non c'è e non è neanche formato;

dobbiamo crearlo dal nulla e poi bisognerà vedere. Ci potrà essere un problema di dirigenza e non so sinceramente come andremo avanti su questo; ma noi voteremo comunque a favore di questa riforma.

Un'altra cosa che abbiamo tentato di fare con gli emendamenti è cercare di coprire il tema della scuola, che rappresenta una contingenza. Usando una metafora a cui ricorro spesso, qui sembriamo tutti gli strimpellatori del Titanic, perché andiamo verso settembre senza aver operato nessuna novità rispetto a come accoglieremo i ragazzi a scuola, né sul versante dei trasporti, né tantomeno sul versante dei plessi scolastici. Abbiamo presentato pertanto degli emendamenti per allargare l'attività di questa nuova figura anche ai plessi scolastici, posto che una volta c'era il medico della scuola e ora non c'è più. L'infermiere potrebbe coprire alcuni plessi almeno in termini di prevenzione, andando a vedere cosa succede dentro le scuole; potrebbe essere una funzione assolutamente importante e indispensabile. Questo, a grandi linee, è lo spirito dei nostri emendamenti.

Segnalo infine un refuso all'emendamento 2.6, a mia firma, dove dico che l'infermiere di famiglia agisce in continuità assistenziale e in coordinamento con gli altri «attori» (e non «settori») del sistema sanitario regionale.

MARINELLO (*M5S*). Signora Presidente, vorrei illustrare i due emendamenti da me presentati, 2.3 e 2.9, anche in relazione a quanto detto dal senatore Zaffini.

L'infermiere di famiglia è una figura nuova, però non dobbiamo strapparci i capelli. Si tratta infatti di un infermiere che ha frequentato un corso di laurea abilitante ed è iscritto all'ordine degli infermieri; un infermiere in grado di lavorare in corsia può benissimo lavorare nell'ambito familiare (ne parlo per cognizione di causa, in quanto medico). È una figura nuova, nel senso che non era mai stata prevista una situazione di questo genere; purtroppo il familiare o il parente dovevano ricorrere al pagamento di una persona che potesse assistere il proprio congiunto. Questo provvedimento è pertanto fondamentale.

L'infermiere, che ha un ruolo sicuramente fondamentale nell'intervento e nell'ambito del paziente, ha anche un ruolo di educatore sanitario nei confronti dei familiari. Nello stesso tempo, egli non può prendere delle decisioni autonome, ma agisce in collaborazione con il medico curante, con cui, tramite la telemedicina (poi possiamo approfondire questo argomento), c'è una continuità assistenziale. Sappiamo bene e gli operatori sanitari sanno bene che il paziente, restando nell'ambito familiare, trae sicuramente un maggiore giovamento, evitando i rischi di infezioni nosocomiali, purtroppo evidenziati con la pandemia, ma che noi conoscevamo già da prima (vedi lo stafilococco o lo pseudomonas). Quindi è una figura sicuramente indicativa del cambio epocale che si sta verificando.

BINETTI (*FIBP-UDC*). Signora Presidente, premetto che reputo fondamentale l'inserimento della figura dell'infermiere in un momento cultu-

rale come quello che stiamo vivendo, che parla di territorializzazione della medicina; penso che non ci possa essere territorializzazione della medicina senza una presenza significativa degli infermieri sul territorio.

Alla luce degli emendamenti che sono stati presentati (mi dispiace non aver fatto a tempo a presentarne uno a mia firma, ma adesso avanderò una proposta), mi sembra che si sia ampliato molto il panorama delle funzioni, delle responsabilità e delle attribuzioni dell'infermiere di famiglia. Penso anche al disegno di legge sull'epilessia su cui stiamo lavorando, in cui la presenza di un infermiere, anche intendendo come comunità la scuola, potrebbe essere un elemento che facilita tante piccole cose, soltanto per fare un esempio.

C'è però un aspetto che mi sembra poco chiaro e a proposito del quale propongo di presentare un emendamento condiviso da tutti, *in primis* dai relatori. Mi riferisco al momento organizzativo complessivo sulla medicina del territorio. Tutti voi sapete che venerdì scorso, insieme alla senatrice Castellone, abbiamo avuto un'occasione d'incontro che aveva come obiettivo i medici di famiglia e la figura del medico di comunità e di cure primarie; in tale occasione si è detto che non si possono sganciare queste figure dal modello di territorio che abbiamo in mente. Ora, a me sembra che questo disegno di legge guadagnerebbe in chiarezza e in lucidità, anche relativamente ai decreti attuativi e alla loro applicazione, se riuscissimo a disegnare un po' meglio l'asse del modello organizzativo. Ho troppa amicizia con gli infermieri per non sapere che loro rivendicano ampi spazi di autonomia, anche rispetto alla figura del medico; ma ho troppo rispetto per la complessità delle situazioni per non pensare che sia necessaria una coesione. A volte in un ospedale si individua il *case manager*, cioè colui che è responsabile di un paziente nella complessità dei suoi bisogni, non solo dei suoi bisogni strettamente clinico-assistenziali.

L'articolo 2 riguarda non solo la famiglia, ma anche la comunità, quindi una complessità un po' più vasta, e riguarda il profilo formativo. Visto che siamo tutti a favore di questo disegno di legge e che anche l'opposizione voterà a favore, auspico la presentazione di un emendamento condiviso sul modello organizzativo, che faccia chiarezza sulle relazioni di reciprocità, che potremmo anche descrivere e articolare diversamente. Dobbiamo decidere se l'infermiere di famiglia è un libero professionista, se è una figura che agisce, ad esempio, all'interno della casa della salute oppure in collaborazione con un medico di base; oppure – come dicevamo adesso – se lavora in un contesto scolastico. Non si può lasciare una figura sganciata, trattandosi di un rischio analogo a quello che vediamo anche con i medici di base. Conosciamo tutti l'ibrido del medico di base, che è una figura spuria all'interno del Servizio sanitario nazionale (detto brutalmente, perché chi lo paga è il Servizio sanitario nazionale). Egli infatti non risponde dei suoi risultati al Servizio sanitario nazionale, come per esempio avviene per un qualunque medico ospedaliero. Mi sembra che questo sia un *vulnus*; però se alla fine, nel dibattito che stiamo facendo, dovesse emergere la consapevolezza che questo è un punto chiave, mi fa-

rebbe molto piacere se scrivessimo insieme un emendamento che potrebbe essere il punto di sintesi nel definire come si realizzerà questa figura nella pratica concreta.

BOLDRINI (PD). Signora Presidente, l'emendamento che ho presentato all'articolo 1 era solo chiarificatore. Ho visto che nell'elenco degli altri emendamenti abbiamo già inserito il tema di dove deve agire e all'interno di quale organizzazione deve agire l'infermiere di famiglia, che è nell'ambito distrettuale.

Per quanto riguarda l'articolo 2, l'emendamento 2.1, che come vedete è molto corposo, è praticamente una parte del testo della proposta di legge che avevo presentato per quanto riguarda l'istituzione di questa figura, che è stata inserita nel decreto-legge rilancio, ma che mancava di tutte le finalità, di tutte le competenze e di tutti gli aspetti di cui si doveva prendere carico. Per quanto riguarda questo specifico emendamento, il tutto è stato rilevato dalle linee guida che la Conferenza Stato-Regioni e la Federazione nazionale dell'ordine degli infermieri (FNOPI) hanno stilato nel dicembre 2020. È stato sottoscritto un accordo con le Regioni, anche perché la legge prevedeva già la messa in attività degli infermieri di comunità e di famiglia e le Regioni avevano bisogno di sapere come orientarsi. Da quelle linee guida sono nati questo emendamento, il testo di legge e via dicendo. Qui si evidenzia di che cosa si dovrà occupare l'infermiere di famiglia. Ricordo che durante le audizioni abbiamo sentito esperienze già esistenti da anni; ci sono associazioni di infermieri di famiglia che stanno già attuando questo tipo di attività. Quindi non dobbiamo inventare niente; basta prendere spunto dall'esistente, modificarlo in base all'attuale necessità e poi comunque valutare bene.

Ricordo anche che l'autonomia di questa nuova figura è stata condivisa con l'ordine dei medici, perché le organizzazioni alla fine si devono confrontare e devono collaborare tra loro; ora devono capire come riuscire a organizzarsi insieme in queste famose *équipe* multiprofessionali che noi tutti auspichiamo. Ricordo che ce n'è una che secondo me sta lavorando molto bene, la *breast unit*; a capo della *breast unit* c'è sempre comunque un infermiere che detta tutte le indicazioni, le visite, le prese in carico e via dicendo. Quindi abbiamo anche qui degli spunti di attività dai quali possiamo mettere insieme questo profilo professionale.

È specificato molto bene il fatto che ha una valenza anche di tipo sociale e non solo sanitario: pensiamo al fatto che l'infermiere di famiglia si reca al domicilio e valuta anche la situazione familiare di quel nucleo, nell'eventualità in cui ci fosse la necessità di attivare altri servizi. Quindi si allargano le sue conoscenze nell'ambito della *governance* del distretto o della casa della salute; sicuramente questa sarà una parte formativa importante per queste persone, perché dovranno capire come si devono attivare determinati servizi. All'interno di un nucleo possono esserci delle problematiche che derivano da un fattore sociale, ad esempio da un fattore economico o educativo, e l'infermiere di famiglia dovrà operare in strettissima collaborazione con il medico di medicina generale e con il pediatra

di libera scelta; se parliamo di povertà educativa o sociale, sicuramente ci sono dei nuclei familiari che hanno delle esigenze notevoli. Questo non accade solo al Nord o al Sud, ma accade ovunque, perché purtroppo durante il *lockdown* sono state messe in evidenza delle criticità di questo genere. L'emendamento 2.1 deriva pertanto dalle linee guida e dagli esempi che sono già in corso.

PRESIDENTE. In rapporto alla mia proposta emendativa 2.0.2, devo dire che sento la stessa esigenza della senatrice Binetti, che poi in parte i colleghi hanno evidenziato. Se tutto va bene, noi approveremo questo disegno di legge e sentiamo l'esigenza di capire come sarà poi la ristrutturazione complessiva del sistema socio-sanitario territoriale. Sappiamo che la situazione è in evoluzione e che il Governo e il Ministero stanno lavorando a una proposta di medicina territoriale; avremo inoltre i fondi del PNRR. Questa esigenza l'ho rappresentata come la costituzione dell'Osservatorio permanente, che monitora l'implementazione della figura dell'infermiere di famiglia in rapporto alla ristrutturazione della medicina di territorio.

Naturalmente, se in queste settimane riusciamo anche a completare l'affare assegnato sulla medicina territoriale, il Senato potrà dare degli indirizzi al Governo rispetto alle questioni organizzative che si ponevano, ovviamente in raccordo con i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza che sono già delineati. Nell'evoluzione della nostra legge, cercheremo di fare parallelamente questo ragionamento più complessivo, al fine di inserire davvero la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità dentro un'assistenza territoriale sociosanitaria.

I restanti emendamenti si intendono illustrati.

Passiamo all'esame dell'articolo 3, su cui sono stati presentati alcuni emendamenti.

CANTÙ (*L-SP-PSd'Az*). Signora Presidente, quanto agli emendamenti riferiti all'articolo 3, nel quadro proprio di quella strategia organica di riforma dell'assistenza territoriale richiamata apprezzabilmente da più di un collega e che ispira tutti i nostri emendamenti, oltre che ai fini di armonizzazione del *nomen iuris*, come si vede ad esempio nell'emendamento 3.1, in linea peraltro anche qui con un comune sentire, giusta la prospettiva trasversalmente rinvenibile in componente significativa negli emendamenti presentati dai Gruppi, ci prefiguriamo la possibilità di migliorare quanto previsto dal PNRR in tutti quei punti che ho già avuto modo di ricordare, sia pure inascoltata in più occasioni, sia in Commissione che in Assemblea.

In specie, evidenzio che l'articolo 3-bis, di cui all'emendamento 3.0.1, affronta in modo sfidante il tema dell'integrazione tra infermieri di famiglia e di comunità, medico di famiglia, pediatra di famiglia e medici di continuità assistenziale, in un'accezione più ampia, medico di famiglia e comunità, reti ospedaliere e territorio, con un cambio di paradigma, per un'effettiva integrazione dei processi di prevenzione, assistenza

e cura di prossimità, a cominciare dalla formazione sul campo e dal supporto di conoscenze e competenze, dall'ospedale al territorio in chiave bidirezionale, nella logica della domiciliarizzazione tecnologicamente assistita delle cure.

La formazione *in progress*, di base e specialistica, che poi andiamo a declinare in sede di *upgrading* dell'articolo 4 come formazione continua (rinvio all'emendamento 4.0.4, che illustrerò in seguito), deve essere vista non come una perdita di tempo o come la partecipazione a convegni che danno un punteggio, senza avere in molti casi neppure ascoltato, ma integrando, in modo da rendere le proprie esperienze professionali patrimonio comune e da lì, mediante la discussione, cercare di migliorare di continuo. Questa è la formazione che ritengo utile, anche e soprattutto se integrata con le esperienze professionali sul campo, degli infermieri di famiglia in particolare, e con il *second opinion supporting*, che è prevalentemente situato in centri di eccellenza e in centri di riferimento specialistico, che talvolta possono non essere a conoscenza di problematiche che si vanno a incontrare sui territori, traendone direttamente essi stessi dei benefici indiretti, dovuti al fatto che possono venire a conoscenza di problematiche che non sono visibili nei loro centri di eccellenza, ma forse anche di soluzioni ingegnose che possono essere state trovate in contesti periferici e financo sperduti.

Aiutatemi a far sì che il *second opinion supporting*, oltre a essere una visione, diventi una realtà di quel miglioramento *in progress* che – come dicevo prima – è alla base della formazione e della reciproca conoscenza in chiave multidisciplinare, multiprofessionale e non di emarginazione delle conoscenze e delle competenze. Il tutto nel quadro di una rete formativa aperta che valorizzi tutto il potenziale formativo dell'università per sopperire alla carenza di risorsa non solo medica, ma anche e soprattutto infermieristica, come prospettato successivamente (non mi soffermo ora sugli emendamenti riferiti all'articolo 4), postulando peraltro una flessibilità che favorisce l'assolvimento dei nuovi livelli essenziali di prevenzione, assistenza e cure domiciliari.

In tal modo è possibile marginalizzare la frammentazione – è questo il punto – dei modelli organizzativi funzionali, agendo sui contenuti essenziali di processo non eludibili, come proposto negli accorgimenti emendativi che avete modo di rinvenire nel combinato disposto degli emendamenti 2.0.1 e 3.0.1 (poi rinvio agli emendamenti 4.0.3 e 4.0.8), per citare solo alcune delle nostre indicazioni, in gran parte sovrapponibili nel metodo e nel merito con apprezzabili contributi di altri colleghi, che dovranno poi essere declinati nel rispetto della cornice della norma di rango primario secondo il vigente assetto di competenze Stato-Regioni, che già rinviene nella bozza elaborata dal gruppo di lavoro Agenas sull'assistenza territoriale, processata proprio questa settimana una prima importante proposta attuativa, sicuramente migliorabile, nel solco delle direttrici prospettate all'articolo 5 del nostro disegno di legge n. 2153.

Siamo quindi chiamati a definire legislativamente poche e semplici regole di *governance*, applicando modelli formativi in prevenzione, inno-

vazione tecnologica e digitale e fragilità geriatriche, come motore del cambiamento non *tout court*, ma inteso come effettivo miglioramento, entrando nel merito dei contenuti. In quei contenuti vi sono strumenti e azioni in accompagnamento alla dotazione sistemica della strumentazione di primo livello, della telemedicina e del *second opinion* specialistico, degli infermieri di famiglia e di comunità, pediatrici compresi, integrati e coniugati – com'è stato detto da più parti – con la medicina di cure primarie, con una regia organizzativo-funzionale a livello distrettuale nel nuovo ruolo del medico di medicina generale, che in prospettiva non dovrebbe avere più di 1.000 assistiti, portando progressivamente a 60.000 su base nazionale il numero dei medici di medicina generale, pediatri di famiglia compresi.

Anche in questo caso necessita un sistema, che vedremo poi nella parte successiva di presentazione degli emendamenti, di valutazione e controllo degli esiti, che non siano solo autoreferenziali, ma che, grazie a un *rating* istituzionale che comprenda anche la *customer satisfaction* del paziente e la verifica dell'umanizzazione delle cure, possa incidere sia sulla remunerazione, sia sulla regolazione negoziale delle cure domiciliari, con adeguati incentivi e disincentivi che possono arrivare, come estrema *ratio*, anche alla revoca del rapporto contrattuale o convenzionale.

PRESIDENTE. In considerazione dell'imminente inizio dei lavori dell'Assemblea, rinvio il seguito della discussione congiunta dei disegni di legge in titolo ad altra seduta.

I lavori terminano alle ore 9,15.

ALLEGATO

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».
