



Onorevoli Senatrici, Onorevoli Senatori,

Fp-Cgil, Cisl-Fp, Uil-Fpl sono le categorie delle organizzazioni confederali che rappresentano le lavoratrici e i lavoratori del comparto sanità pubblica e privata, raccogliendo nella parte pubblica – complessivamente – quasi il 70% dei voti alle ultime elezioni per il rinnovo delle Rsu e che rappresentano oltre il 60% degli iscritti a una organizzazione sindacale nel comparto, con un'altissima rappresentanza di personale infermieristico e sanitario.

Nel ringraziare per l'opportunità che ci viene fornita, riteniamo utile in questa sede esporre alcune considerazioni in merito al disegno di legge che si pone l'obiettivo di introdurre la figura dell'infermiere di famiglia.

La discussione sul DDL in oggetto, in essere da circa un anno, entra nel vivo successivamente all'ondata pandemica che ha reso evidenti agli occhi del Paese le disfunzioni generate dalla marcata differenziazione in termini di politiche organizzative, derivanti dall'esistenza di venti differenti SSR e, soprattutto, derivanti da scelte profondamente diverse in termini investimenti sulla sanità territoriale.

Da troppo tempo ormai rileviamo come il mutato contesto socio-epidemiologico, l'allungamento medio della durata della vita e il progressivo invecchiamento della popolazione, con il costante incremento di situazioni di fragilità sanitaria e sociale, l'aumento della cronicità e la sempre più frequente insorgenza di multi-patologie sul singolo paziente, impongano una riorganizzazione dell'assistenza territoriale che promuova, attraverso modelli organizzativi integrati, attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico della cronicità, basati sulla medicina di iniziativa in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano di governo delle liste di attesa e il Piano Nazionale della Prevenzione, per promuovere un forte impulso e un investimento prioritario sull'assistenza sociosanitaria e sanitaria domiciliare, lo sviluppo e l'innovazione dell'assistenza semiresidenziale e residenziale in particolare per i soggetti non autosufficienti.

Imparare da quanto accaduto significa recuperare un modello organizzativo centrato sul territorio che, partendo dall'integrazione dei servizi sanitari con i Comuni, esprima nei Distretti i luoghi di programmazione e coordinamento delle attività sociosanitaria, per avvicinare l'offerta di salute alla cittadinanza nella programmazione dei momenti della prevenzione, diagnostici, terapeutici, assistenziali e riabilitativi.

Il Distretto, troppo spesso sottovalutato se non addirittura ignorato, quale centro del sistema integrato di assistenza territoriale che programma e governa le Cure Primarie, che coordina le attività dei Medici di Medicina Generale e Specialistica Ambulatoriale, che coopera con i Dipartimenti di Prevenzione e di Salute Mentale per una efficace presa in carico dei bisogni socio-sanitari e socio-assistenziali dei cittadini.

In questa prospettiva un contributo necessario e importante noi riteniamo possa venire dalla strutturazione della figura dell'infermiere di comunità e di famiglia al fine di garantire, attraverso la presa in carico anche domiciliare dei casi, l'individuazione

precoce della malattia, la prevenzione delle complicanze, la gestione delle cronicità e non ultimo la riduzione del sovraccarico sui Pronti Soccorso e sugli Ospedali.

Partendo da questo assunto, in primo luogo, corre l'obbligo di segnalare come non appaia chiarissima la finalità del DDL in ordine alla natura della figura che si vuole disciplinare: l'infermiere di comunità e di famiglia è attualmente oggetto di formazione post laurea ma, com'è noto, non è una professione sanitaria a sé.

Non essendo ad oggi la figura oggetto di accordo Stato-Regioni, ai sensi della L.43/2006 non appare chiaro come finirebbe per inserirsi l'infermiere di famiglia e di comunità istituito dal DDL nell'attuale quadro normativo che regola le professioni sanitarie e le figure di natura specialistica, col rischio di ingenerare ulteriore "confusione".

Desti inoltre più di una domanda quanto disciplinato dall'art. 2 comma 2 del Ddl, in quanto indica in modo **non equivocabile** che l'attività prevista sia da considerarsi **non in continuità con quella di carattere ospedaliero, ma in alternativa**, disegnando così uno scenario nel quale – a parità di patologia – sia possibile trattare pazienti o in ospedale o al domicilio. Viene da chiedersi, perciò, in un contesto in cui le strutture ospedaliere sono da tempo e in maniera assoluta dedicate alle acuzie, quali patologie possano essere trattate più appropriatamente di quanto non accada ora presso il domicilio del paziente. Questa previsione, inoltre, non pare coerentissima con i contenuti dell'art.4 comma 1 lett. B) il quale, nell'attribuire le competenze all'infermiere di famiglia le fa in gran parte coincidere in termini di funzioni con quelle ora attribuite all'assistenza domiciliare.

Quest'ultima misura, inoltre, oltre a correre il rischio di ingenerare processi confusivi e sovrapposizioni di competenze, se messa in coerenza con la previsione di rapporti di lavoro di natura esclusivamente convenzionale, potrebbe far intravedere il rischio di un massiccio processo di dismissione della gestione diretta da parte del ssn di queste funzioni. Quanto sopra risulta in netto contrasto con la scelta di un SSN basato sull'integrazione e sulla continuità fra percorsi ospedalieri e percorsi territoriali e in profonda antitesi con quanto emerso durante l'emergenza Covid-19 sulla necessità di potenziare il ruolo del Distretto e delle attività in esso incluse.

Infine, ma prioritario in termini d'importanza per queste organizzazioni sindacali, c'è il tema della tipologia del rapporto di lavoro, convinti come siamo che la dipendenza sia la strada di gran lunga migliore e più sicura per garantire sia i cittadini che chi lavora.

In questi anni abbiamo misurato con mano, e la tragedia della pandemia l'ha messo di fronte agli occhi di tutti, i danni prodotti da un sostanziale depauperamento e da una progressiva precarizzazione dell'occupazione del nostro servizio sanitario nazionale, così come quelli derivanti da un'eccessiva frammentazione dei processi organizzativi e clinici legati al sistema delle cure primarie.

La scelta operata dal DDL in questione, che modificando l'articolo 3 del DLGS 502/92 inserisce l'IFC quale "terzo pilastro", dopo i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, ma come soggetto esterno e in convenzione rispetto ai servizi a gestione diretta delle aziende sanitarie, rischia invece di decontestualizzarne l'intervento dal sistema delle cure primarie, smentendo in parte le condivisibili intenzioni riguardo il fatto che l'Infermiere di Famiglia e di Comunità debba agire in un contesto multiprofessionale e quale parte integrante di quel sistema (per non parlare di tutti gli aspetti riguardanti le competenze e le responsabilità professionali previste dalla normativa sulla professione).

Tale scelta, se confermata, andrebbe in direzione contraria a ciò che sarebbe necessario fare in tema di riforma del sistema delle cure primarie, e cioè ricondurre ad

unità, nella sua complessità, la presa in carico e la continuità assistenziale delle persone.

Riteniamo invece che nella strutturazione dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità all'interno delle attività distrettuali, sia necessario apportare modifiche atte alla creazione di una rete assistenziale e di presa in carico che coinvolga, oltre che lo stesso infermiere, anche le professioni sanitarie ostetriche, dei tecnici della riabilitazione e della prevenzione, professioni sanitarie che compiutamente rappresentano l'attuale esigenza di salute sul territorio, definendone con chiarezza la piena autonomia, determinando la loro dipendenza, come quella di tutti i professionisti interessati, da direzioni delle professioni sanitarie affidati ai relativi direttori dando piena attuazione a quello che è il dettato normativo della 251/2000.

Mai come in un momento delicato come questo per il paese è fondamentale che la politica sappia cogliere tutte le esigenze per meglio rispondere alla tutela della salute dei cittadini; atteso che la commissione ci ha inviato il testo di un ulteriore DDL (Atto Senato n. 1751) che, verosimilmente, sarà integrato al DDL Atto Senato n. 1346 in discussione oggi) e alla luce delle considerazioni che speriamo possano trovare riscontro, ci riserviamo di avanzare precise richieste di modifica qualora venga definita l'eventuale stesura di un nuovo testo.

Roma, 30 giugno 2020

FP CGIL
Michele Vannini

CISL FP
Marianna Ferruzzi

UIL FPL
Mariavittoria Gobbo