



## **DISEGNO DI LEGGE**

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

**COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 4 MARZO 2020**

Istituzione della figura dell’infermiere di famiglia e di comunità

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, noto anche come « decreto-legge Balduzzi », ha dato un

assetto più innovativo alle cure primarie, prevedendo l'organizzazione del distretto in aggregazioni funzionali territoriali (AFT) e in unità complesse di cure primarie (UCCP): le prime come reti monoprofessionali, le seconde come reti multiprofessionali con la partecipazione di altri professionisti della salute, compreso il servizio sociale; e ovviamente un ruolo fondamentale all'interno dell'UCCP è svolto proprio dall'infermiere di famiglia e di comunità.

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

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

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

È bene sempre ricordare che l'infermiere di famiglia e di comunità è un professionista

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

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

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

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

Ne consegue che l'infermiere di famiglia e di comunità, con le sue reali responsabilità professionali, garante dei risultati e con una formazione complementare specifica, può diventare protagonista sul territorio, ovviamente insieme ai medici, contribuendo alla promozione del benessere sanitario dei citta-

dini con strategie assistenziali, conferenze nelle scuole sulla salute infantile, programmi di prevenzione ed educazione sessuale, sicurezza del bambino, tossicodipendenze, delinquenza giovanile, violenza, incidenti.

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

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

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

È una scelta di rapporto di lavoro che presenta una convenienza economica per le aziende sanitarie per il fatto che verrebbe meno la componente del profitto della strut-

tura di intermediazione di forza lavoro, assicurando finalmente al professionista non solo la giusta retribuzione, ma soprattutto i giusti apprezzamento e dignità professionali: quindi un vero professionista della salute di prossimità con uno vero legame con il territorio.

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

## DISEGNO DI LEGGE

---

### Art. 1.

1. È istituita la figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità con i seguenti compiti:

*a)* è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario, compreso quello familiare, operando in collaborazione con un'*équipe* multidisciplinare al fine di favorire la soddisfazione dei bisogni di salute degli individui e delle famiglie e di gestire le malattie e le disabilità croniche;

*b)* in associazione con altre figure professionali, fornisce consigli sugli stili di vita e sui fattori di rischio;

*c)* si rende garante della presa in carico del paziente lungo l'intero percorso assistenziale e della continuità delle cure, promuovendo la cooperazione tra gli operatori coinvolti nel percorso di cura; effettua educazione terapeutica rendendosi altresì garante dell'adesione dei pazienti ai necessari controlli periodici, nonché della cura e della rilevazione, al loro insorgere, dei problemi sanitari delle famiglie attraverso la valutazione infermieristica precoce;

*d)* identifica gli effetti dei fattori socio-economici sulla salute della famiglia e attiva l'intervento o l'inserimento nella rete dei servizi territoriali; è responsabile dell'assistenza infermieristica rivolta alle persone e alle famiglie in ambito comunitario, nonché dei modelli assistenziali proposti, con attenzione agli aspetti preventivi, curativi e riabilitativi clinico-assistenziali e psico-educativi, in una prospettiva multidisciplinare;

e) analizza i bisogni del paziente e della famiglia e garantisce sul territorio la continuità assistenziale contribuendo alla promozione della salute;

f) è responsabile della gestione dei processi assistenziali sanitari e socio-sanitari nell'ambito della comunità, prendendo in carico il paziente con i suoi bisogni assistenziali, definendo gli interventi in collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta o il consulente medico specialista, sostenendo l'integrazione delle attività di altri operatori sanitari e socio-sanitari, nonché occupandosi dell'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari;

g) agisce in stretta collaborazione con il medico di medicina generale, il pediatra di libera scelta e gli altri componenti della rete dei servizi sanitari, secondo strategie integrate.

2. La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità prevede una formazione *post lauream*, successiva alla laurea in professioni sanitarie infermieristiche, incentrata su obiettivi e programmi di tutela della salute e in grado di abilitare il professionista a svolgere funzioni con assunzione diretta di elevate responsabilità più complesse e specialistiche rispetto a quelle previste dal profilo professionale disciplinato dal regolamento di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 739.

3. Il rapporto di lavoro può essere in regime di dipendenza o, previa stipulazione di uno specifico accordo nazionale unico ai sensi dell'articolo 48 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, in regime di libera professione. Sono stabilite dalla contrattazione collettiva il trattamento economico, le modalità lavorative dell'infermiere di famiglia e di comunità, anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tal fine il lavoro per progetti e obiettivi.

4. In attuazione di quanto previsto dall'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, le aziende sanitarie prevedono, all'interno dei distretti sanitari di cui all'articolo 3-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, gli incarichi di infermiere di famiglia e di comunità che afferiscono al servizio per l'assistenza infermieristica di cui all'articolo 7 della legge 10 agosto 2000, n. 251. La direzione generale dell'azienda sanitaria di riferimento definisce numero e obiettivi degli incarichi di cui al primo periodo, da raggiungere in coerenza con lo stato demografico ed epidemiologico del territorio assegnato e con gli obiettivi di salute definiti.