



Senato della Repubblica
XVIII Legislatura

Fascicolo Iter
DDL S. 1624

Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

18/12/2022 - 03:59

Indice

1. DDL S. 1624 - XVIII Leg.	1
1.1. Dati generali	2
1.2. Testi	3
1.2.1. Testo DDL 1624	4

1. DDL S. 1624 - XVIII Leg.

1.1. Dati generali

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Disegni di legge
Atto Senato n. 1624
XVIII Legislatura

Istituzione della figura dell'infermiere di famiglia e di comunità

Iter

26 febbraio 2020: ritirato

Successione delle letture parlamentari
S.1624

ritirato

Iniziativa Parlamentare

[Paola Boldrini](#) ([PD](#))

Natura

ordinaria

Presentazione

Presentato in data **21 novembre 2019**; annunciato nella seduta n. 168 del 21 novembre 2019.

Classificazione TESEO

INFERMIERI , ASSISTENZA AMBULATORIALE E DOMICILIARE

Articoli

SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE (Art.1), DECRETI MINISTERIALI (Art.1), MINISTERO DELLA SALUTE (Art.1)

1.2. Testi

1.2.1. Testo DDL 1624

[collegamento al documento su www.senato.it](http://www.senato.it)

Senato della Repubblica XVIII LEGISLATURA

N. 1624

DISEGNO DI LEGGE

d'iniziativa della senatrice **BOLDRINI**

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA IL 21 NOVEMBRE 2019

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 da parte dell'OMS 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 nel suo specifico e decisivo raggiungimento degli obiettivi di salute ma anche per costatare ed analizzare quali azioni gli Stati metteranno in campo per valorizzarla, migliorandone il profilo e lo *status* per renderla in grado di essere coprotagonista nell'affrontare le sfide sanitarie del XXI° secolo.

Per celebrarlo degnamente l'Italia dovrebbe per queste professioni fare alcune scelte fondamentali, iniziamo da quelle del lavoro: la più innovativa e discontinua potrebbe essere quella di investire sul loro ruolo sul territorio, ad iniziare da scelte radicali su quale rapporto di lavoro.

L'OMS aveva 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 ed ai medici che lavorano nell'ambito dell'assistenza sanitaria di base, riconoscendoli quali « il perno della rete dei servizi richiesti » per raggiungere il fine gli scopi e gli obiettivi della politica sanitaria.

Il professionista della salute, nel proprio ambito di competenza, pertanto deve 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 ed essendone attori.

In molti Stati membri dell'OMS la collaborazione tra medico, 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 appieno. Nei sistemi sanitari del Nord Europa, sulla scia della consolidata esperienza anglosassone, si è dato vita da tempo 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 dalle sue fondamentali legislative della legge 23 dicembre 1978, n. 833, alle scelte strategiche del Patto per la salute 2014/2016, si è posto l'obiettivo, non ancora compiutamente raggiunto, della propria razionalizzazione mediante tagli di posti letto e il 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 salute 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 ad un duplice fenomeno dell'aumento sia della vita media e 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 decreto legislativo n. 229 del 1999 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.

Ma soprattutto 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 mentre 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 sarà proprio dall'infermiere di famiglia e di comunità.

Il rimodellamento delle cure primarie previsto dal decreto-legge Balduzzi produce una 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 », attraverso un sistema di controllo informatizzato che permetta di verificare l'appropriatezza, la qualità e la sostenibilità dei percorsi di cura: per questo è fondamentale il ruolo dell'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, e 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.

La convinzione, inoltre, che non si fa salute curando la malattia ma nemmeno perseguendo il benessere del singolo fa sì che 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.

Sono, pertanto professionisti sanitari che progettano, attuano e valutano interventi di promozione e di prevenzione, assistenza ai pazienti ed alla famiglia, educazione e formazione, che danno l'*input* ad interventi di ricerca, indagini epidemiologiche in comunità e in ambito familiare promuovendo azioni di correzione dei fattori di rischio, e in grado di promuovere 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 assurgere a protagonista sul territorio, ovviamente insieme ai medici, contribuendo alla promozione del benessere sanitario dei cittadini 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, sono destinati 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 a 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.

Per quanto sopra sarebbe quanto più efficace ed efficiente che le aziende sanitarie accreditassero direttamente il singolo professionista sanitario instaurando con lui un rapporto convenzionale o di tipo orario o su 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 struttura di intermediazione di forza lavoro, assicurando, finalmente al professionista non solo la giusta retribuzione ma soprattutto la giusta dignità ed apprezzamento professionali: quindi un vero professionista della salute di prossimità con un 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 che, grazie alla sua specifica formazione *post lauream*:

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 *follow up*, 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 socioeconomici 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, 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 degli 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 infermieristica, 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. La contrattazione collettiva stabilisce il trattamento economico e le modalità lavorative dell'infermiere di famiglia e di comunità, anche in deroga alla modalità oraria di lavoro, prevedendo a tale fine il lavoro per progetti e obiettivi.

4. Con decreto del Ministro della salute, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono disciplinati il trattamento economico e le modalità lavorative dell'infermiere di famiglia e di comunità, anche in deroga alla modalità oraria di lavoro e prevedendo il lavoro per progetti e obiettivi.

5. In attuazione a 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 ed obiettivi dei suddetti incarichi, da raggiungere in coerenza con lo stato demografico ed epidemiologico del territorio assegnato e con gli obiettivi di

salute definiti.

