

**Memoria della Federazione Nazionale delle Professioni Infermieristiche sull'Atto Senato 1346  
"Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza  
infermieristica domiciliare"**

**Audizione del 28 gennaio 2020**

La Federazione nazionale degli ordini delle professioni infermieristiche (FNOPI), a cui fanno capo i 102 ordini provinciali con i loro oltre 450mila iscritti, ringrazia gli onorevoli Senatori per questa audizione importante per la professione e per l'assistenza, così come lo è la previsione di istituire con legge dello Stato la figura dell'infermiere di famiglia.

Il testo del Ddl 1346 "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare" contiene alcuni importanti presupposti per garantire la presenza omogenea su tutto il territorio nazionale di questa fondamentale funzione infermieristica, apportando anche alcune modifiche al Dlgs 502/1992 e per questo sarebbe anche utile formalizzare una specifica specializzazione per gli infermieri che si occupano a questo titolo dell'assistenza sul territorio.

Come prima cosa è importante il fatto che l'infermiere di famiglia sia considerato il responsabile delle cure domiciliari del paziente.

Poi, punto essenziale per i cittadini, che le cure domiciliari, in quanto sostitutive, ma anche integrative e continue, del ricovero ospedaliero, sono gratuite e non soggette a *ticket*, indipendentemente dal reddito. Ricordiamo infatti che l'assistenza sul territorio la pagano in gran parte le famiglie: quasi il 40% dell'assistenza riabilitativa ambulatoriale e circa il 29% di quella domiciliare e per l'assistenza sanitaria a lungo termine (long term care) si sfiora il 24 per cento.

Anche la descrizione delle competenze dell'infermiere di famiglia che il Ddl fa all'articolo 4, sono sicuramente quelle che in gran parte devono essere proprie di questo professionista.

Sarebbe utile, a questo proposito, anche in aderenza a quanto previsto nel nuovo Patto per la salute approvato in Stato-Regioni - del quale il Ddl dovrebbe rappresentare la garanzia di applicazione uniforme in tutte le Regioni e dare le indicazioni per essere sviluppato - e in coerenza con quanto descritto nello stesso Ddl, estendere la definizione dell'infermiere di famiglia a infermiere di famiglia/comunità (I.F.E.C.).

L'infermiere così inquadrato è infatti un professionista che agisce su livelli individuali, familiari e comunitarie e non potrebbe essere altrimenti se vogliamo riformare l'assistenza territoriale in modalità proattività, lavorando sulle reti, sulle risorse e sui determinanti di salute che non possono e non devono fermarsi al singolo individuo.

Questo professionista esprime il suo agito professionale non solo nella prestazione, ma nella mobilitazione di risorse informali che hanno già ricevuto forme di welfare e che restituiscono al sistema nuove energie e potenzialità contribuendo allo sviluppo del cosiddetto welfare generativo

Un nodo da sciogliere è infatti quello di non immaginare l'I.F.E.C. come unico infermiere erogatore di assistenza. Esso deve integrarsi e non sostituirsi, o almeno non del tutto, agli infermieri che già oggi erogano prestazioni territoriali e per questo, anche a seconda della tipologia del rapporto di lavoro che potrà essere scelto, sarebbe necessario prevedere un'integrazione di professionisti.

Inoltre, per mettere a regime il modello, è anche importante che l'infermiere di famiglia e comunità abbia un bacino di popolazione di riferimento stabilita, variabile a seconda dei contesti geografici e demografici, che racchiuda tutti e non solo persone già inserite in un registro di cronicità e bisogno assistenziale.

L'Infermiere di famiglia e comunità deve diventare un riferimento riconoscibile e raggiungibile liberamente sia da quella popolazione di riferimento ma anche dai MMG e dai PLS che hanno in carico quella stessa popolazione. E ovviamente tale riconoscibilità e raggiungibilità avviene anche al contrario dall'Infermiere di Famiglia e Comunità.

E' importante che l'infermiere di famiglia e comunità possa avvalersi delle consulenze specifiche degli infermieri esperti ( es. wound care, stomacare, nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative e altre), promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, partecipare alla verifica e monitoraggio dei risultati di salute, sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospedale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali, garantire le attività previste per la realizzazione degli obiettivi della sanità di iniziativa, partecipare nell'integrazione professionale al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura, al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della Legge 219/17 (Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento).

Che l'infermiere di famiglia/comunità sia ormai una figura essenziale lo dicono i dati e l'epidemiologia ed è riconosciuto e promosso dall'OMS fin dal 1998, nel documento salute per tutti nel XXI secolo e dal 2012, con l'approvazione del Decreto-legge n. 158, noto anche come "Legge Balduzzi" dal nome del suo promotore, si è assistito alla riorganizzazione del ruolo dell'infermiere di famiglia e comunità nell'ambito delle cure primarie domiciliari e territoriali, con l'apertura di poliambulatori che sono in grado di fornire il servizio di assistenza 24 ore su 24. Attualmente, dove presente, quello dell'Ifec è un servizio che non prevede costi per i cittadini ed è una funzione regolamentata dalla legge n. 43/2006.

Nei prossimi dieci anni 8 milioni di anziani avranno almeno una malattia cronica grave. Nel 2030, potrebbero arrivare a 4,5 milioni gli over 65 soli, e di questi, 1,2 milioni avrà più di 85 anni.

Sono ormai anni, decenni, che in ogni singolo congresso, convegno, simposio, tavolo si auspica che il Ssn si diriga verso il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della residenzialità, oggi ancora privilegio per pochi con forti disomogeneità a livello regionale. Non è più procrastinabile un cambio di rotta in questo senso anche in funzione di equilibri sociali destinati a scomparire, con la progressiva riduzione di persone giovani all'interno dei nuclei familiari e di una rete sociale e comunitaria sempre più fragile numericamente, economicamente, culturalmente.

L'Infermiere di famiglia/comunità integra con un ruolo che non è nuovo, ma che ha bisogno di essere formalizzato, sostenuto e reso evidente, preventivo, proattivo e collaborativo, il contributo degli attori delle Cure Primarie, delle Cure Intermedie e della Residenzialità Sociosanitaria, per la salute dei cittadini, collaborando con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera scelta in primis con i quali si potrebbero/dovrebbero costituire veri e propri team che diano all'assistito certezze su tutti gli aspetti che riguardano la sua salute dalla diagnosi alla terapia all'assistenza e alla compliance con la sua famiglia.

I dati a nostra disposizione dove il modello è già attivo ci dicono che l'infermiere di famiglia e comunità evita ricoveri impropri, previene e diminuisce le complicità, promuove auto cura e consapevolezza generando appropriatezza economica oltre clinica proprio partendo dall'educazione al singolo e alle comunità, armonizza i percorsi aumentando fiducia nel sistema e facendo diminuire i contenziosi, ma soprattutto risponde ai bisogni delle persone che dopo brevi esperienze di ospedalizzazione necessitano di lungo supporto assistenziale a volte coincidente con la vita stessa delle persone.

Il limite attuale è che tutto ciò avviene soprattutto in periferia, nelle realtà più piccole e senza un'organizzazione istituzionalizzata che sarebbe necessaria per allargare il metodo anche alle grandi città e alle metropoli e uniformare il modello di assistenza. Come evidenziato dall'OCSE evidenti conflitti di potere tra le professioni ostacolano i processi di cambiamento e solo la competenza dei professionisti, sostenuta da apposita legislazione, può rendere l'applicazione vincente.

Un esempio per tutti. In Friuli-Venezia Giulia la figura dell'infermiere di famiglia è già presente da numerosi anni (dal 2004) ed è possibile quindi una prima verifica di risultati.

Questa figura afferisce a uno o più comuni con circa 3.000- 3.500 abitanti, attraverso la disponibilità di un infermiere dedicato che è fisicamente presente in quel territorio anche attraverso l'attivazione di un ambulatorio infermieristico (ma la tipologia del rapporto di lavoro e dell'organizzazione del servizio è definibile anche in altri modi. In questo caso ad esempio si tratta di infermieri dipendenti, tuttavia non si può escludere una forma di convenzionamento o con accordi ad hoc con infermieri liberi professionisti e con le strutture da questi organizzate e così via).

In Friuli-Venezia Giulia a differenza della figura infermieristica che svolge assistenza solo prestazionale, (ovvero svolge la prestazione assistenziale su richiesta e non realizza la presa in carico) l'infermiere di famiglia/comunità è parte integrante della comunità, ne conosce i bisogni, le risorse e le potenzialità sommerse, garantisce la presenza continua e costante nel territorio di riferimento.

L'Ifec si è dimostrato il professionista che mantiene il più stretto contatto con il cittadino della propria zona di competenza e rappresenta la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica generale in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità ovvero MMG, assistente sociale, fisioterapisti, assistenti domiciliari etc. perseguendo l'integrazione interdisciplinare e ponendo al centro il cittadino. I risultati che tale modello ha portato sono

- risposta immediata e tempestiva alle esigenze della popolazione, che si rivolge al servizio di Pronto Soccorso in modo più appropriato (in un triennio riduzione dei codici bianchi di circa il 20%)
- riduzione dei ricoveri (in quanto si agisce prima che l'evento acuto si manifesti) e conseguente **riduzione del tasso di ospedalizzazione del 10%** circa se consideriamo tale indice nelle aree in cui insiste l'infermiere di comunità con altre aree in cui vige il modello classico dell'assistenza domiciliare integrata per effetto del minore ricorso a ricoveri impropri dovuto a un'organizzazione capillare e prossimale del servizio a livello territoriale
- **garanzia della continuità assistenziale** e della presa in carico integrata in fase intensiva (in ospedale) e in fase estensiva (sul territorio)
- **miglioramento della presa in carico dei pazienti che sono dimessi dall'ospedale**
- **sgravio dei MMG da accessi impropri in ambulatorio** e liberazione di tempo che il medico di base può dedicare alla funzione di clinico e di filtro nella diagnosi e nella terapia della malattia
- un **aumento dell'efficienza registrata dall'incremento degli accessi domiciliari medi per infermiere** con la riduzione dei tempi di percorrenza, l'uso appropriato dell'ambulatorio. **La riduzione significativa dei tempi di percorrenza sul totale delle ore di attività assistenziale passata dal 33% del 2001 al 20% del 2004 ha comportato un importante recupero del tempo assistenziale da dedicare ad attività ad alta integrazione sociosanitaria.**
- **promozione di un rapporto di maggiore fiducia tra infermiere e cittadino** in ragione di una più rilevante prossimità
- **migliore offerta assistenziale che va oltre la dimensione tecnica della prestazione erogata** per andare verso una dimensione sociale e relazionale
- **migliore qualità di vita dei cittadini:** secondo un'indagine condotta sulla qualità percepita dai pazienti e famigliari fruitori del servizio gli utenti risultano essere piuttosto soddisfatti del nuovo servizio offerto. Infatti, **la quasi totalità del campione (93%) ritiene che la presenza dell'Infermiere di Comunità risponda meglio ai propri bisogni assistenziali rispetto alla precedente modalità di prestare assistenza infermieristica a domicilio.**

Non possiamo poi non citare l'impatto che l'Infermiere di famiglia ha nell'attività educativa e di auto addestramento non solo dei pazienti ma anche dei caregiver che sono anch'essi il secondo carico di complessità che si affianca alla persona assistita sia per le risorse che per le casse dello Stato

Una nota semmai che meriterebbe maggiore considerazione è quella che riguarda la carenza di infermieri, molto evidente così come per altre figure professionali sanitarie, ma che nell'ottica della realizzazione dell'Ifec assume anche maggior rilevanza.

Sul territorio, per rispondere ai bisogni di salute degli oltre 24 milioni di cittadini con patologie croniche o non autosufficienza, la Federazione nazionale degli infermieri ha calcolato la necessità media di almeno un infermiere ogni 500 assistiti (assistenza continua) di questo tipo: oltre 30mila in tutto, quindi, per poter erogare le prestazioni infermieristiche e di aiuto infermieristico previste a carico del Ssn anche nel Dpcm sui nuovi Lea e nel Piano nazionale cronicità.

Di questi 30mila, circa 20mila dovrebbero essere infermieri di famiglia/comunità, previsti nel nuovo Patto per la Salute (come anche calcolato e dichiarato dal presidente della stessa FnomCeO, federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri).

Questo calcolando un infermiere di famiglia e comunità ogni 3mila cittadini circa.

La competenza sarebbe assunta con un preciso percorso universitario, oggi attivo già in 9 atenei e che ha portato alla formazione di circa 5.500-6.000 professionisti "specializzati".

Ovviamente nelle Regioni in cui il numero di anziani/cronici è più alto o con profili di densità abitativa ridotti o numerose comunità interne, il fabbisogno è probabile che aumenti.

L'infermiere di famiglia/comunità inoltre può rappresentare una soluzione per quanto riguarda l'assistenza nelle cosiddette "aree interne": si tratta della cura di oltre un terzo del territorio italiano (le zone montane coprono il 35,2% e le isole l'1% della Penisola) e la collaborazione tra infermieri di famiglia e di comunità sul territorio – sociale e di cura – per il sostegno in quelle zone che oggi spesso vengono spopolate perché prive proprio di supporti sociali e più in generale di servizi pubblici, rappresenterebbe anche uno strumento utile alla riduzione delle attuali disuguaglianze.

In conclusione, si sottolinea l'opportunità e la bontà del Ddl all'esame del Parlamento, che, con eventuali, possibili integrazioni, dovrebbe essere approvato al più presto per consentire a tutti i cittadini di poter usufruire dei vantaggi descritti e al sistema di garantire una organizzazione maggiormente appropriata e mirata non solo alla cura e all'assistenza, ma anche alla vera e propria prevenzione, sostegno e indirizzamento e non solo delle persone croniche.