



**Audizione della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni
Infermieristiche nell'ambito della discussione dello schema di decreto legislativo
recante disposizioni in materia di politiche in favore delle persone anziane
(Atto n. 121)**

**Senato della Repubblica
Commissione 10a (Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza
sociale)**

Roma, 14 febbraio, 2024

LA FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLE PROFESSIONI INFERMIERISTICHE

La Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) è un ente pubblico non economico e agisce quale organo sussidiario dello Stato, istituito con legge 29 ottobre 1954 n. 1049 e regolamentato dal DLCPS 233/194,6 come modificato dalla Legge 3/2018.

Rappresenta, presso le Istituzioni dello Stato, i 102 Ordini Provinciali ed interprovinciali, che comprendono oltre 455.000 Infermieri ed Infermieri Pediatrici italiani.

Nello specifico, ad oggi il numero totale degli Infermieri iscritti agli Ordini provinciali delle professioni infermieristiche è di 455.884 unità, di cui 9.121 infermieri pediatrici (dato al 10/02/2024). In Italia, secondo i dati comunicati dal Ministero della Salute e dal conto annuale della Ragioneria generale dello Stato, sono attivi 398.000 infermieri così composti:

- 279.837 sono dipendenti del Servizio sanitario nazionale a tempo indeterminato, a cui si aggiungono tra gli infermieri il 90% circa dei 638 dirigenti delle professioni sanitarie, per un totale di 280.411 unità dipendenti;

- 21.746 sono a tempo determinato.

Gli altri operano come dipendenti di strutture private e private accreditate o in altri enti (compresi gli infermieri militari).

Gli infermieri liberi professionisti, titolari di partita iva sono 21.003 (dato da bilancio consuntivo 2022 ENPAPI, relativo agli iscritti contribuenti).

CONTESTO DI RIFERIMENTO – ALCUNI DATI

L'Italia registra il valore dell'indice di dipendenza degli anziani più alto in Europa, pari al 37,5% e in aumento rispetto a dieci anni fa di +5,5%.

Le previsioni indicano che nel 2032 in Italia l'indice di dipendenza aumenterà dal 37,5% del 2022 al 46,2% del 2032 (+8,7%). Secondo l'Istat, le Regioni del Sud registreranno un maggiore aumento dell'indice: +11% contro +7% nel Nord. Sempre secondo i dati Istat, nel 2022 le persone con una malattia cronica rappresentavano il 59,3% della popolazione 60-64 anni, il 72,8% di quella 65-74 anni e l'86,0% degli over 75 anni.

Secondo i dati della sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) dell'Istituto Superiore di Sanità, in Italia, nel 2022, i cronici erano pari al 18,5%, della popolazione totale, in aumento rispetto al 2012 di +0,5%, quando rappresentavano il 18,0% della popolazione.

Le persone affette da più di una patologia cronica, nel 2022, rappresentavano il 4,3% della popolazione: anche questo dato è in aumento rispetto al 2012 di +0,5% (PASSI).

Nell'ipotesi in cui l'incidenza dei cronici negli over 65 rimanga invariata nei prossimi dieci anni, nel 2032 si attendono 9.619.260 cronici over 65; nello scenario alternativo di un trend di crescita allineato a quello registrato nel periodo 2016-2019, nel 2032 ci si attende possano esserci 10.157.286 di cronici (62,3% degli over 65).

In Italia, nel 2022, le persone sole rappresentano più di un terzo del totale delle famiglie italiane (33,1%), contro il 30,1% del 2012, +3,0%. La tendenza è comune a tutte le Regioni e il fenomeno raggiunge il suo valore massimo in Liguria (Regione "più vecchia" d'Italia), dove si passa dal 39,6% di famiglie monocomponente nel 2012, al 41,3% nel 2022; in Campania si registra il valore minimo, ma in aumento: dal 24,3% al 27,6%.

Nel 2032 le persone sole aumenteranno ulteriormente rispetto al 2022, passando da 8.373.553 di persone a 9.062.264 (+0,8% medio annuo) e analizzando il dato per età, nel 2012 le persone sole under 45 anni rappresentavano il 25,8% delle persone sole, nel 2022 rappresentano il 19,7%, (-6,1%). Ad aumentare sono le persone sole di età compresa tra 45-64 anni, che passano dal 26,6% del 2012 al 31,0% del 2022 (+4,0%) e le persone over 65 anni, passando dal 47,6% del 2012 al 49,3% del 2022 (+1,7%).

In generale, nel 2040 le persone destinate a vivere sole saranno 10,3 milioni e tra 10 anni il 35% della popolazione sarà cronico multipatologico (Italia Longeva 2023; Crea Sanità, XIX Rapporto gennaio 2024).

CONSIDERAZIONI SULLO SCHEMA DI DLGS RECANTE DISPOSIZIONI IN MATERIA DI POLITICHE IN FAVORE DELLE PERSONE ANZIANE

Come già espresso nella precedente audizione del maggio u.s. nell'ambito dell'esame del disegno di legge delega, la FNOPI è in piena sintonia con il disegno normativo laddove si incentiva la dignità e l'autonomia delle persone anziane, l'invecchiamento attivo e la prevenzione della fragilità nella popolazione anziana avviando azioni per garantire: un facile accesso ai servizi sanitari e sociali; lo sviluppo di contesti urbani e piccoli centri che prevedano abitazioni adeguate; il rafforzamento dell'assistenza domiciliare. Siamo altresì convinti che per attuarlo, sia necessario investire in un approccio che ancora guarda a modelli sociosanitari non più in linea con il grande invecchiamento demografico che ci attende, e soprattutto investire nel delineare e designare una riforma delle professioni sanitarie - in primis quella infermieristica - che sia capace di rispondere a questi mutati bisogni di salute e a questo mutato contesto organizzativo.

Nello specifico contenuto dello schema di Dlgs in discussione si propone una riflessione generale sulle seguenti tematiche.

Valorizzazione e innovazione del Metamodello organizzativo per l'assistenza infermieristica

Un ulteriore passaggio indispensabile per far fronte, da un lato, all'aumento del peso della cronicità e, dall'altro, alla progressiva riduzione dell'organico di alcune specializzazioni mediche (AGENAS, 2022), risulta essere il superamento dei tabù che in Italia sono ancora associati ai concetti di skill mix e task shifting (WHO, 2007). Si tratta infatti di valorizzare le professioni sanitarie agendo su un ripensamento delle competenze necessarie (skill mix) e su un cambio di ruoli in sostituzione (task shifting) o in affiancamento (task evolution) alle altre professioni sanitarie. Se questo avviene all'interno di un percorso di cura pianificato, adeguatamente monitorato e supportato dalle tecnologie digitali, i benefici si espliciteranno nel miglioramento della qualità della presa in carico.

Oggi il modello skill mix/task evolution vede coinvolti non solo medici e infermieri come inizialmente accaduto (Martínez-González NA et al, 2015; Gading EA et al, 2022), ma anche gli operatori sociosanitari o i caregiver che possono essere affiancati agli infermieri, in particolare nelle attività domiciliari. Questo cambiamento di ruoli e responsabilità, se ben progettato, potrebbe restituire il “senso di valore” che sembra essere oggi un elemento fondamentale per superare, o almeno contrastare, il cosiddetto fenomeno della great resignation (Nowell L, 2002) di molti operatori sanitari. Le politiche sanitarie dovrebbero essere ripensate al fine di comprendere azioni di miglioramento e di snellimento dei percorsi sanitari e sociali, in particolare il cittadino dovrebbe essere guidato nell'utilizzo dei servizi e accompagnato all'interno dei percorsi diagnostici-terapeutici e assistenziali. Si auspica in questa legislatura che la normativa futura a partire dal presente decreto attuativo della Legge n. 33/2023 tenda a superare l'attuale paradigma del nostro SSN basato soprattutto sulla cura di patologie, con estreme suddivisioni per specializzazioni, traslando verso un sistema guidato anche da laureati delle altre professioni sanitarie, con dei veri e propri progetti di salute globale dell'individuo. Sono maturi i tempi per una nuova stratificazione della professione infermieristica che, oltre alla figura del coordinatore e dell'Infermiere generalista prevede la funzione dell'infermiere specialista: professionista responsabile dell'assistenza infermieristica nell'ambito di riferimento. Cura la pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico e assicura un servizio assistenziale di alto livello con competenza specifica e autonomia professionale. Inoltre, assicura un appropriato utilizzo di materiali, strumenti e risorse a disposizione, nel rispetto delle direttive ricevute, delle procedure e degli standard qualitativi aziendali. È referente specifico degli infermieri generalisti e degli assistenti infermieristici per l'inquadramento delle esigenze e per i programmi di assistenza individuali, con

particolare riferimento alle casistiche di maggiore complessità. Anche al fine di alleviare il carico lavorativo su determinate figure professionali, il processo di riforma normativa in corso dovrebbe tendere a un ampliamento delle competenze degli infermieri professionisti, in particolare prevedendo delle attività di prescrizione dei presidi base e di follow up unitamente al possesso di specifiche competenze digitali.

Valorizzazione e riconoscimento dell'infermiere di famiglia e comunità

In stretta correlazione all'istituzione di lauree magistrali infermieristiche ad indirizzo clinico, la FNOPI sostiene da tempo il riconoscimento della figura dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFeC) quale professionista specializzato responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e di comunità. Si tratta di un professionista che, in possesso di conoscenze e competenze specialistiche nell'area infermieristica delle cure primarie e sanità pubblica, opera in autonomia professionale e in modo proattivo, interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi. Nonostante sia però definito già da una Legge (77/2020) e sia un protagonista del DM 77 va ancora reso agito in modo compiuto nel territorio italiano e, in un disegno normativo complessivo di riforma del SSN, è auspicabile che sia sempre inserito come un nodo della rete fondamentale l'identificazione tempestiva e precoce di condizioni di fragilità – inclusa quella sociale – tra la popolazione, che a vario titolo sono responsabili di un aumentato assorbimento di risorse economiche e assistenziali e che predispongono gli individui affetti allo sviluppo di eventi avversi dovrebbe consentire l'attivazione di percorsi di approfondimento personalizzati e, conseguentemente, percorsi assistenziali ad hoc a carattere sanitario e socioassistenziale.

Questa figura è, quindi, essenziale nell'affermazione di un modello sanitario basato sulla centralità del paziente e strategica rispetto ai nuovi bisogni assistenziali di una popolazione sempre più anziana e composta da persone con patologie croniche e degenerative, per le quali diventa fondamentale l'integrazione tra servizi sanitari e sociali.

Il lavoro in equipe multiprofessionale e la Valutazione multidimensionale unificata

La FNOPI ha sempre sostenuto che per rendere più efficiente il Servizio sanitario nazionale si renda necessario valorizzare davvero le professionalità che rendono la Sanità italiana una delle migliori del mondo grazie alla concertazione dei percorsi coi professionisti e, nel nuovo modello di Ssn, attivare vere équipes multiprofessionali sociosanitarie dove tutti devono lavorare insieme, ognuno secondo le proprie caratteristiche, ma tutti sullo stesso piano, in un percorso che coinvolga al contempo il paziente, i familiari e i caregiver.

L'Obiettivo è fornire ai cittadini tutto ciò di cui hanno veramente bisogno, disegnando i nuovi modelli organizzativi che siano un continuum tra i diversi momenti che vanno dalla prevenzione, alla diagnosi e la terapia: la presa in carico della persona dall'assistenza continua e la continuità tra ospedale e territorio, dove alla diagnosi e terapia deve seguire un'assistenza efficiente e di qualità che solo la multiprofessionalità può garantire. Nello specifico del presente schema di Decreto legislativo riteniamo come FNOPI di sottolineare la necessità che la Valutazione multidimensionale unificata necessiti della collaborazione, oltre che della persona interessata, dei familiari e dei caregiver, anche della funzione infermieristica attraverso la partecipazione dell'Infermiere di famiglia e comunità all'interno dell'unità di valutazione multidimensionale.

L'evoluzione delle figure di supporto

L'importante transizione in atto (epidemiologica, organizzativa e di evoluzione delle competenze dei professionisti) deve necessariamente riguardare anche il personale di supporto all'assistenza infermieristica. Si ritiene di dover adottare una strategia maggiormente incisiva nella gestione degli operatori di supporto che ora sfuggono al controllo del *management* infermieristico. A tale proposito, si richiama la necessità che l'intero governo della componente non professionale a supporto dell'assistenza sia formata e gestita esclusivamente dagli infermieri. Si ritiene quindi necessaria l'istituzione di un registro degli operatori di supporto, siano essi con formazione complementare o meno.

Tale evoluzione deve riguardare:

- il governo degli operatori di supporto, siano essi con formazione complementare o meno, attraverso una ulteriore previsione normativa a integrazione della Legge n. 3/2018 per l'istituzione all'interno degli Ordini delle professioni infermieristiche di un albo speciale per il personale di aiuto e supporto all'attività dell'infermiere per la verifica, il controllo deontologico e la tutela dell'attività svolta a beneficio del cittadino.
- la formazione complementare per lo sviluppo di nuove e maggiori competenze da agire in autonomia o su indicazione dell'infermiere sulla base della pianificazione fatta.
- Si propone di adottare una nuova denominazione che, muovendo da quanto esistente nel contesto internazionale (*Certified Nursing Assistant*) preveda la nascita di un nuovo operatore, denominato "Assistente Certificato all'Infermieristica" (AIC). L'AIC collaborerà sotto la supervisione dell'infermiere professionista (con laurea triennale o magistrale) che manterrà il governo, il monitoraggio e la valutazione della pianificazione assistenziale, attribuendo le attività ritenute affidabili per l'esercizio in autonomia delle stesse.

I nuovi bisogni assistenziali: la fragilità digitale

FNOPI ritiene che la Sanità Digitale sia, a certe condizioni, un'occasione per la tutela della salute nel paese, cui le professioni infermieristiche possono dare un importante contributo ed essere a loro volta valorizzate; la Federazione esplicita dunque la propria posizione per il successo della sanità digitale, in particolare di tutta quella parte di sanità digitale che si attua sul territorio e ancor più al domicilio della persona.

La centralità dell'educazione alla salute e della relazione

La relazione ci identifica e identifica gli altri, colloca nel tempo e nello spazio, ci consente di riconoscere i contesti e la nostra posizione nel mondo, attribuisce un senso alle esperienze e alla vita. I setting di sanità digitale devono sviluppare fortemente la reciprocità dei processi di cura, l'ingaggio e la consapevolezza della Persona Assistita e dei caregiver. La qualità della relazione, soprattutto in setting assistenziali mediati da soluzioni digitali, rimane un importante strumento di fiducia, di motivazione, di aderenza terapeutica e di esito generale del processo di cura. Gli strumenti relazionali devono essere rapportati alla literacy digitale del cittadino e della sua rete familiare. La partecipazione della persona assistita e del caregiver al processo di cura è un elemento centrale; la sua consapevolezza rappresenta un'opportunità poiché influisce sugli esiti di cura migliorando al contempo la sua percezione del servizio ricevuto.

Teleassistenza e formazione per la presa in carico

Si ritiene evidenziare l'esigenza di affrontare il tema formativo nei confronti dello sviluppo di un digital mindset verso nuovi servizi di teleassistenza che comprendono monitoraggio da remoto, tele-triage, consultazione e educazione a distanza, così da consentire all'infermiere di riempire determinati gap assistenziali, garantendo il raggiungimento degli outcome di salute e prevenendo riammissioni improprie in ospedale. Tuttavia, la digitalizzazione per le persone anziane potrebbe rappresentare un elemento di disuguaglianza ulteriore, legato alla difficoltà di utilizzo e spesso di comprensione delle nuove tecnologie e in questo proprio il ruolo dell'Infermiere di famiglia e comunità può essere quello di facilitatore dei processi digitali.

A completare il quadro dello sviluppo dell'assistenza per le persone anziane, oggi è richiesto un modello assistenziale orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'obiettivo deve essere quello di far coincidere quanto

più possibile professionisti diversi e popolazione di riferimento dei professionisti (multiprofessionalità).

Quindi: da una sanità reattiva ad una proattiva. Da una sanità prescrittiva a una sanità preventiva.

Per ottenere questi risultati dovrebbe essere previsto un modello di rete territoriale, basato su competenze multidisciplinari che abbiano ognuna proprie responsabilità e autonomia di gestione della persona assistita, secondo le caratteristiche della professione svolta, in modo di consentire l'educazione alla salute, la prevenzione, l'assistenza e il soddisfacimento dei bisogni, il controllo delle condizioni dell'individuo per evitare processi di malattia, aggravamento e/o complicanze rispetto a situazioni di fragilità.

Secondo il DM 77/2022 sull'assistenza territoriale, l'infermiere di famiglia e comunità è un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e opera rispondendo ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sociosanitaria dei servizi e, tra le altre attività e gli altri strumenti, lo fa "utilizzando sistematicamente strumenti digitali e di teleassistenza".

LE PROPOSTE DELLA FNOPI SUL TESTO DELLO SCHEMA DI DECRETO IN ESAME

Alla luce di quanto esposto in precedenza, la FNOPI propone le seguenti modifiche al testo:

Articolo 6 (Misure per favorire l'invecchiamento attivo mediante la promozione dell'impegno delle persone anziane in attività di utilità sociale e di volontariato)

- al comma 1 punto d), prevedere il coinvolgimento, per una collaborazione sinergica, degli ordini delle professioni infermieristiche;
- comma 2, lettera e), si suggerisce di prevedere la collaborazione dell'infermiere di famiglia e comunità (IFeC) dei servizi territoriali per una appropriata funzione di educazione alla salute della persona presa in carico.

Articolo 9 (Misure per la promozione di strumenti di sanità preventiva e di telemedicina presso il domicilio delle persone anziane)

- al comma 4 si suggerisce di prevedere che l'erogazione degli interventi di sanità preventiva presso il domicilio dei soggetti possa essere effettuata anche dall'infermiere di famiglia e comunità ;
- ai commi 5 e 6 si suggerisce di inserire anche il riferimento al processo di teleassistenza.

ART. 10 (Valutazione multidimensionale unificata in favore delle persone anziane)

- al comma 1, si suggerisce di prevedere che la valutazione multidimensionale unificata sia

effettuata con la partecipazione dell'Infermiere di famiglia e comunità.

Articolo 19 (Rete dei servizi di facilitazione digitale)

- al comma 1, prevedere il coinvolgimento dell'infermiere nella formazione in materia di sanità digitale.

Articolo 22 (Individuazione ed erogazione dei livelli essenziali delle prestazioni sociali)

- al comma 2, lettera a), prevedere il rafforzamento della sinergia e della collaborazione tra servizi sociali ATS e servizi distrettuali ASL.

ART. 24 (Funzioni degli ambiti territoriali sociali)

- al comma 4, prevedere esplicitamente il coinvolgimento della figura dell'Infermiere di famiglia e comunità.

Articolo 27 (Valutazione multidimensionale unificata)

- ai commi 4 e 6, prevedere la figura dell'IFeC accanto alla figura del medico per invio alla valutazione multidimensionale unificata del paziente
- al comma 13, lettera b), prevedere l'inserimento della figura dell'IFeC tra i componenti della UVM quando occorre procedere alla valutazione multidimensionale unificata

Articolo 29 (Misure per garantire un'offerta integrata di assistenza e cure domiciliari)

- al comma 1, prevedere, dopo la parola "distretti" il seguente periodo "sanitari per il tramite dell'Infermiere di famiglia e comunità".

Articolo 31 (Servizi residenziali e semiresidenziali sociosanitari)

- al comma 7, lettera b), introdurre una previsione esplicita dell'area del personale necessario al funzionamento dei servizi residenziali e semiresidenziali;
- al comma 7, lettera d), prevedere la funzione di teleassistenza.

Articolo 38 (Definizione degli standard formativi e formazione del personale addetto all'assistenza e al supporto delle persone anziane non autosufficienti)

- al comma 1, sarebbe indicato coinvolgere la federazione nazionale ordini professioni infermieristiche per predisporre le linee guida dei percorsi formativi rivolti agli assistenti familiari;
- al comma 3, sarebbe opportuno inserire l'azienda sanitaria tra gli enti che favoriscono incontro domanda/offerta per la figura dell'assistente familiare.