

Audizione della Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche nell'ambito della discussione dello schema di decreto legislativo recante Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e attuazione del progetto di vita individuale personalizzato e partecipato (Atto n. 122)

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

Roma, 29 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 i 102 Ordini Provinciali ed interprovinciali: ad oggi il numero totale di iscritti è di 455.884 unità, di cui 9.121 infermieri pediatrici.

Il Codice deontologico della Professioni Infermieristiche

Il bagaglio valoriale e i principi che ogni infermiere reca con sé, si richiama ai contenuti del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, la cui ultima versione è stata approvata e adottata nel 2019.

Secondo il nostro Codice, tra l'altro:

- L'infermiere non opera discriminazioni in ragione di età, sesso, genere, orientamento sessuale, etnia, religione, nazionalità, cittadinanza, ideologia politica, condizioni di salute, disabilità o qualsiasi altra condizione personale o sociale.
- L'infermiere rispetta l'autonomia della persona assistita, anche in caso di disabilità, favorendo la sua partecipazione attiva alle decisioni che riguardano la sua salute e il suo benessere.
- L'infermiere fornisce alla persona assistita, in modo chiaro e comprensibile, le informazioni necessarie per esprimere il proprio consenso informato, tenendo conto delle sue capacità di comprensione e, in caso di disabilità, adottando modalità comunicative adeguate.
- L'infermiere tutela il diritto alla privacy e alla riservatezza della persona assistita, anche in caso di disabilità, in particolare per quanto riguarda le informazioni relative alla sua salute e alle sue condizioni personali.
- L'infermiere riconosce il ruolo e l'importanza dei familiari e dei caregiver nella cura della persona assistita con disabilità e collabora con loro nel rispetto dei loro reciproci ruoli.
- L'infermiere fornisce alla persona assistita con disabilità e ai suoi familiari l'accompagnamento e il sostegno psicologico necessari per affrontare la malattia, la disabilità e le sue conseguenze.
- L'infermiere promuove la prevenzione delle disabilità e interviene attivamente nei processi di riabilitazione, favorendo l'autonomia e l'inclusione sociale della persona assistita.
- L'infermiere si impegna nella ricerca e nella formazione in materia di disabilità, al fine di migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica prestata a questa specifica popolazione.
- L'infermiere si impegna attivamente nella promozione e nella difesa dei diritti delle persone con disabilità, contribuendo a creare una società inclusiva e consapevole delle loro esigenze e dignità.

Durante il loro lavoro quotidiano gli infermieri incontrano e assistono persone di ogni estrazione sociale che possono avere disabilità cognitive, linguistiche, fisiche, visive o uditive, bambini e adulti. Gli infermieri sono impegnati a fornire cure culturalmente sensibili ai pazienti con disabilità e si

assicurano di promuovere le loro capacità, abilità e punti di forza per mantenere il loro attuale stato di salute e risolvere i loro bisogni sanitari. L'assistenza individualizzata è quindi vitale quando si affrontano disabilità. A questo si aggiunga che le persone disabili in Italia sono assistite spesso da famiglie sempre più in difficoltà. È fondamentale che il sistema sanitario miri a soddisfare le esigenze di questa popolazione diversificata e, come fornitori di assistenza sanitaria, bisogna essere più sensibili ai pazienti con sfide e disabilità legate alla salute. In questo contesto gli infermieri sono sempre in prima linea.

CONSIDERAZIONI SULLO SCHEMA DI DLGS

La FNOPI intende esprimere piena sintonia con lo schema di decreto legislativo, che interviene con norme relative alla definizione della condizione di disabilità, all'accertamento di tale condizione, alla revisione dei suoi processi valutativi di base, alla valutazione multidimensionale della disabilità e alla realizzazione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato della persona con disabilità. L'obiettivo di assicurare il riconoscimento della condizione di disabilità, per rimuovere gli ostacoli e per attivare i sostegni utili, alle persone con disabilità, al pieno esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, delle libertà e dei diritti civili e sociali nei vari contesti di vita, liberamente scelti, è pienamente in linea con la mission della Federazione e con i valori che da sempre contraddistinguono la professione infermieristica.

Il disegno normativo è assolutamente condivisibile in considerazione del fatto che tende ad incentivare la dignità e l'autonomia delle persone con disabilità, contribuendo a definire quel disegno di prevenzione della fragilità nella popolazione. È però necessario investire in un approccio che guardi a sistemi sociosanitari del tutto nuovi, in cui si ripensi a nuovi paradigmi delle professioni sanitarie - in primis quella infermieristica.

In questo particolare momento storico appare però quanto mai necessario che si dia luogo ad una fattiva e regolata collaborazione tra sistema sociale e sanitario attraverso l'azione coerente di una comunità di cura.

Deve essere inoltre sottolineato come l'attuazione della missione 5 del PNRR (residenze per povertà estrema, presa in carico di utenti non autosufficienti in ambito domiciliare, etc) dovranno trovare integrazione con lo sviluppo della missione 6 del PNRR, associata all'assistenza sanitaria territoriale, con particolare riferimento alla digitalizzazione dei percorsi di cura e allo sviluppo di figure di prossimità con particolare riferimento all'infermiere di famiglia e comunità (IFEC).

Per rafforzare l'identità delle Case della Comunità occorre strategicamente rafforzare l'attitudine a guardare i bisogni di cura della comunità mettendo in atto pratiche di relazione e di incontro capaci di motivare e responsabilizzare i cittadini, a partire dai meno visibili, i meno inclusi. Vi sono diverse azioni possono essere sviluppata sostenendo l'integrazione in diversi livelli di intervento:

Al fine di garantire la necessaria e corretta integrazione delle politiche pubbliche in ambito sociale e sanitario, promosse e definite dai diversi Ministeri competenti, potrebbe essere auspicabile l'istituzione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri di un Dipartimento per l'integrazione socio-sanitaria degli interventi a favore della persona (integrazione istituzionale, professionale, setting assistenziali, organizzativa,...). Tale modello dovrebbe essere presente anche in ogni Regione.

I nuovi bisogni assistenziali: la fragilità digitale

Rispetto a questo argomento, la 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.

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.

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 disabili potrebbe rappresentare un elemento di diseguaglianza 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, oggi è richiesto un modello assistenziale orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona.

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".

Valorizzazione e riconoscimento dell'infermiere di famiglia e comunità

In stretta correlazione all'istituzione di lauree magistrali infermieristiche ad indirizzo clinico, la FNOPI sostiene pertanto 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 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

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 équipe 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 che la Valutazione multidimensionale necessiterà 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.

Sperimentare modelli organizzativi che definiscano i macroprocessi del livello territoriale da affidare a entrambi gli organismi relativi in particolare a: organizzazione e gestione integrata del governo della domanda, raccordo dell'offerta dei servizi sociali e sanitari; gestione e monitoraggio degli interventi e servizi sociali e sanitari.

In particolare:

1. Integrare modelli già sperimentati di stratificazione dei bisogni sanitari e sociali del territorio, per identificare i cittadini fragili o in condizione di rischio, poiché solo integrando la vulnerabilità sociale (reddito, rete familiare, abitazione, isolamento sociale) e sanitaria (presenza di patologie croniche, deficit sensoriali) è possibile garantire una risposta appropriata in caso di bisogno o garantire più a lungo il "funzionamento" del sistema famiglia presso il proprio domicilio.
2. Sviluppare maggiore proattività nella presa in carico, con Punti Unici di Accesso PUA integrati, dove il termine "unico" non assume il significato di "esclusivo", ma di "unitario" che superi la logica

dello sportello ma intercetti bisogni socio- sanitari di cittadini che si rivolgono ai diverso servizi (Es. pronto soccorso).

Il PUA deve essere inteso non solo come luogo fisico ma anche come modalità organizzativa, come approccio multiprofessionale, con coinvolgimento degli IFeC come interfaccia verso la rete dei servizi, con sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate Case della comunità.

L'identificazione del bisogno sociosanitario e la presa in carico deve avvenire in forma proattiva in tutti i setting: comunità, ospedale e territorio, per prevenire distorsione dei percorsi terapeutici, l'uso inappropriato dei servizi, il ritardo assistenziale, la diminuita risolutività e l'aumento dei costi.

3. Per le situazioni sociosanitarie complesse, che necessitano di percorsi fortemente integrati di presa in carico, sperimentare modelli di attivazione di equipe integrata multidisciplinare, individuandone le figure professionali necessarie inclusi ruoli di referenti del caso (case manager), secondo quanto regolato da protocolli/accordi appositamente sottoscritti e vincolanti tra le parti.

4. Nuove politiche abitative per la presa in carico finalizzata al conseguimento dell'autonomia da parte delle persone e delle famiglie in condizioni di fragilità sociale e sanitaria, forme innovative di coabitazione solidale domiciliare (condomini solidali), attraverso l'attivazione dei progetti di intervento necessari al fine di garantire presa in cura nei diversi contesti, fornendo idonei supporti informativi e tecnici (teleassistenza).

5. Interventi per l'invecchiamento attivo con la finalità di mantenere il più a lungo possibile un elevato livello di indipendenza delle persone anziane attraverso politiche attive di inclusione sociale e di abbattimento delle barriere all'accesso e nell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria e sociale anche mediante lo sviluppo di interventi di sanità preventiva d'iniziativa e lo sviluppo di interventi di servizio sociale presso il domicilio delle persone anziane anche mediante l'implementazione di programmi/percorsi integrati volti alla riduzione dell'impatto dei principali fattori di rischio di malattie croniche non trasmissibili (inattività fisica/sedentarietà, tabagismo, scorretta alimentazione e alcol) per un invecchiamento attivo e con ridotto carico di malattia e disabilità.

6. Sviluppo di nuovi modelli e tassonomie multidisciplinari (ICPC) di presa in carico che devono garantire la personalizzazione dell'intervento tenuto conto del sistema familiare, sociale sostenuti da informatici che prevedano la condivisione delle informazioni sociali e sanitarie.

7. Sperimentare modelli di suddivisione del distretto in microaree e nuove figure di prossimità, (IFeC e assistente sociale) che esprimano una competenze distintiva, ossia, potenzino il confronto tra le diverse professionalità e l'attivazione delle risorse del cittadino e del sistema famiglia nella risposta

al problema . Per agire tale ruolo sarà necessario modificare la prospettiva e l'approccio tradizionale: dall'utente come cliente alla famiglia e alla comunità come ambito di intervento.

8. In relazione all' ampliamento del concetto "culturale" di domiciliarità, inteso come un sistema a rete con il coinvolgimento della comunità locale, è maturata la consapevolezza che l'offerta socio-sanitarie o le cure familiari e/o informali possono, di per sé, affrontare tutte le esigenze e i problemi connessi al diritto delle persone non autosufficienti di restare nel luogo primario di vita e relazioni, la loro casa. A tal fine vanno riprogettati e rimodulati i servizi di assistenza domiciliare (ADI e SAD) in un'ottica multidisciplinare, orientati al mantenimento o recupero funzionale, e non alle singole prestazioni, al fine di prevenire la cronicizzazione delle problematiche socio/sanitarie, sempre più sostenute da nuove tecnologie digitali di teleassistenza e telemonitoraggio.

9. Devono essere sviluppati percorsi sociosanitari integrati per urgenze, (PRIS e continuità assistenziale) per ridurre l'accesso improprio al pronto soccorso.

10. La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza (DM 77), tale modello rappresenta il superamento del concetto di dimissione difficile, poiché la COT rappresenta lo snodo della rete a sostegno dei percorsi di transizione tra i diversi setting di cura, nel quale i servizi sociali hanno un ruolo attivo nella valutazione e presa in carico integrata.

11. Dovranno essere sviluppate nuove sperimentazioni finalizzate ad approfondire la multidimensionalità di LEA sanitari e LEPS finalizzate alla definizione di nuovi livelli essenziali integrati, adeguatamente finanziati in tutte le Regioni.

CONCLUSIONI

Per tutto quanto espresso, riteniamo necessario un approccio interprofessionale alle tematiche oggetto del dispositivo, affinché non si torni più verso una conformazione "a silos", penalizzante rispetto a una valutazione multidimensionale che va intesa come unificata, in questa precisa accezione. Bisogna dunque favorire una piena integrazione sociosanitaria attraverso l'azione dei diversi professionisti sanitari e sociali impegnati nella presa in carico e nella redazione del progetto di vita della persona con fragilità e disabilità, allo scopo di ottimizzare le risposte ai bisogni di salute e per evitare duplicazioni di interventi.

La risposta può e deve essere la sinergia interprofessionale.