

CAMERA DEI DEPUTATI N. 2021

PROPOSTA DI LEGGE

D'INIZIATIVA DEI DEPUTATI

MAMMÌ, DAVIDE AIELLO, ALAIMO, ANGIOLA, BOLOGNA, CASA, CATALDI, D'ARRANDO, DEIANA, FARO, GIULIODORI, GRIPPA, IANARO, LAPIA, LICATINI, LOMBARDO, MARTINCIGLIO, NESCI, OLGIATI, PENNA, PIGNATONE, RAFFA, ROBERTO ROSSINI, SARLI, SCANU, SCERRA, SEGNERI, SERRITELLA, SIRAGUSA, SPORTIELLO, TERMINI, TRIZZINO, TROIANO, VILLANI, LEDA VOLPI

Istituzione della figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità

Presentata il 25 luglio 2019

ONOREVOLI COLLEGHI! — La società cambia e con essa i bisogni assistenziali.

I sistemi socio-sanitari e i professionisti stanno sviluppando diversi modelli organizzativi e gestionali per rispondere ai nuovi futuri scenari con appropriatezza clinico-organizzativa e competenza.

A livello epidemiologico si possono rilevare una serie di fattori che hanno contribuito al passaggio dal modello ospedalecentrico al modello improntato sul lavoro territoriale in rete, quali la necessità di interventi più complessi e l'aumento della speranza di vita in relazione all'introduzione di nuove tecnologie.

A livello di dati, nei prossimi dieci anni, 8 milioni di anziani avranno almeno una malattia cronica grave.

Nel 2030, potrebbero arrivare a 4 milioni e mezzo gli ultra sessantacinquenni che vivranno da soli e di questi 1.200.000 avrà più di 85 anni.

La famiglia è la più antica e solida istituzione sociale, i cui membri condividono tratti genetici e stili di vita che influenzano lo stato di salute. Per questo motivo la malattia di uno dei membri del nucleo familiare condiziona anche la salute di tutti gli altri componenti a livello economico, sociale e psicologico.

Il potenziamento dell'assistenza domiciliare e della residenzialità fondata sulla rete territoriale di presidi socio-sanitari e socio-assistenziali, oggi ancora un privilegio per pochi con forti disomogeneità a livello regionale, non è più procrastinabile anche in funzione di equilibri sociali destinati a scomparire a seguito della progressiva riduzione di persone giovani all'interno dei nuclei familiari.

Un cittadino su due reputa che il numero di infermieri sia insufficiente per garantire l'assistenza non solo in ospedale ma anche sul territorio e vorrebbe avere un infermiere di fiducia convenzionato come il medico di famiglia, che lavori in sinergia con questo, e che entrambi possano assicurare l'assistenza ventiquattro ore su ventiquattro.

Un altro tema da non sottovalutare riguarda la sostenibilità dei costi e la limitatezza delle risorse disponibili, che impone l'assunzione di un modello che permetta la gestione territoriale del paziente, in particolar modo del paziente cronico. Per tali motivi i sistemi sanitari devono dare una risposta adeguata e prolungata nel tempo, trasferendo i trattamenti sanitari dall'ospedale alla casa dell'assistito.

La presente proposta di legge parte da questa premessa e va letta nell'ottica di un doppio binario di obiettivi: il primo è quello di valorizzare il ruolo della professione infermieristica in riferimento alla necessità di una riorganizzazione del sistema sanitario centrato sul territorio; il secondo è quello del pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza territoriale e domiciliare, al fine di salvaguardare lo stato di salute dei cittadini e di fronteggiare i problemi legati alla diffusione della cronicità nonché di diminuire gli accessi al pronto soccorso e le degenze ospedaliere, garantendo l'assistenza ai malati cronici che non richiedono cure intensive in ospedale.

La figura dell'infermiere di famiglia e di comunità vuole essere una soluzione per evitare il ricorso improprio al pronto soc-

corso e l'eccesso di ospedalizzazioni non necessarie.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) il « nuovo infermiere » è colui che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica, trascorrendo buona parte del suo tempo lavorando al domicilio della persona assistita e della sua famiglia.

L'obiettivo è quindi mantenere e migliorare nel tempo l'equilibrio e lo stato di salute della famiglia, nella comunità, aiutandola a evitare o a gestire le minacce alla salute.

Oggetto dell'assistenza dell'infermiere di famiglia e di comunità è, quindi, l'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base. In tal senso l'infermiere di famiglia e di comunità svolge il suo ruolo nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione.

Già alcune regioni (Lombardia, Piemonte e Toscana, ad esempio) hanno deliberato ufficialmente l'introduzione nel servizio sanitario regionale di questa figura, prevedendone non solo ruoli e funzioni ma anche percorsi formativi; altre regioni (Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Puglia e Valle d'Aosta) hanno attivato sperimentazioni e altre ancora hanno presentato proposte e disegni di legge (Lazio e Sicilia) per istituire l'infermiere di famiglia.

L'infermiere di famiglia e di comunità è sostanzialmente una figura professionale formata per dirigere e incoraggiare la famiglia, identificando i suoi bisogni di salute e indicando la strada migliore nell'utilizzo dei servizi sanitari.

Si tratta di un professionista, adeguatamente formato, capace di stabilire forti relazioni empatiche con un individuo inserito nel suo contesto familiare e di individuare eventuali fattori che possono aver contribuito a provocare la malattia.

L'infermiere di famiglia e di comunità ha quindi il ruolo fondamentale di garantire la continuità assistenziale attraverso il perseguimento di obiettivi che vanno dalla promozione e dalla protezione della salute dell'individuo e della popolazione per tutto

l'arco della vita alla riduzione dell'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni, alleviando le sofferenze che questi causano.

L'ambito domiciliare o territoriale in generale è il contesto in cui l'infermiere di famiglia e di comunità opera.

L'infermiere di famiglia e di comunità può gestire i processi infermieristici nell'ambito domiciliare e di comunità di riferimento e operare in collaborazione con il medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta, con il medico di comunità e con l'*équipe* multiprofessionale per aiutare ciascun individuo e le famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

Le funzioni che lo caratterizzano, concordate e coordinate in base allo spirito multiprofessionale e di collaborazione, sono molte e a titolo esemplificativo concernono:

1) la valutazione dello stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita (età adulta, infanzia, adolescenza) e del contesto familiare e la conoscenza dei bisogni della comunità;

2) la promozione e la partecipazione a iniziative di prevenzione e di promozione della salute rivolte alla collettività, ai singoli, alle famiglie e ai gruppi;

3) la pianificazione e l'erogazione di interventi assistenziali personalizzati in favore del soggetto assistito e della sua famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche di infermieri esperti (ad esempio, *wound care* cioè lesioni cutanee, stomie e nutrizione artificiale domiciliare, ventilazione domiciliare, cure palliative e altro);

4) la promozione dell'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;

5) la partecipazione, nell'integrazione professionale, al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura e al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della legge n. 219 del

2017 (« Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento »).

È inoltre necessario prevedere un *team*, una *micro-équipe*, in grado di farsi carico realmente del paziente ventiquattro ore su ventiquattro nel rispetto e nella complementarità dei ruoli, delle competenze e delle funzioni di coloro che possono assistere il paziente a domicilio.

L'infermiere di famiglia e di comunità deve quindi garantire una serie di funzioni fondamentali, tra cui l'esercizio autonomo e formalmente riconosciuto, l'esercizio di competenze avanzate ed esperte, la capacità decisionale e un approccio sistemico.

Nel 1974 l'OMS ha pubblicato il *report* « *Community Health Nursing* », in cui è stato sviluppato il concetto di assistenza a livello di comunità.

Nel *report* è emersa la necessità di un cambiamento innanzitutto della figura dell'infermiere, che deve prevedere professionisti con conoscenze di base e avanzate dal punto di vista scientifico, con abilità nella diagnosi clinica e con abilità di tipo preventivo, curativo e riabilitativo. Gli infermieri devono saper applicare le loro abilità di cura nei contesti familiari e di comunità usando conoscenze mediche non solo per garantire la migliore qualità di assistenza possibile sia al singolo che alla famiglia, ma anche per consentire agli studenti di fare esperienza all'interno di una comunità e di comprendere come questa influenzi lo sviluppo di determinate malattie e le modelli al suo interno.

Nella Dichiarazione di Alma Ata adottata durante la Conferenza internazionale sull'assistenza sanitaria primaria tenuta il 6-12 settembre 1978 è invece definito il concetto di assistenza primaria come l'assistenza sanitaria essenziale, fondata su metodi pratici e tecnologie appropriate, scientificamente valide e socialmente accettabili, resa universalmente accessibile agli individui e alle famiglie nella collettività, attraverso la loro piena partecipazione, a un costo che la collettività e i Paesi possono permettersi a ogni stadio del loro sviluppo nello spirito di responsabilità e di autodeterminazione.

La Dichiarazione di Vienna sulla professione infermieristica a sostegno degli obiettivi europei per la salute per tutti, adottata durante la Conferenza europea sulla professione infermieristica del 21-24 giugno 1988, ha incentivato lo sviluppo di percorsi basati non solo sulla cura della malattia, ma anche sullo sviluppo della salute. Nel documento viene inoltre introdotta la figura dell'infermiere generalista, un professionista opportunamente formato sugli aspetti dell'assistenza primaria e quindi in grado di esercitare sia in ospedale che in comunità.

Nel 1993 è nato il progetto « *Nursing in Action* » elaborato con lo scopo di rafforzare l'attività infermieristica per supportare la politica europea della salute per tutti.

Nel 1998 l'OMS, con la pubblicazione del documento « *Health21: La salute per tutti nel XXI secolo* », ha definito la figura di un nuovo infermiere, l'infermiere di famiglia.

Dei 21 obiettivi proposti quelli riguardanti l'infermiere di famiglia sono due: l'obiettivo 15 sull'integrazione del settore sanitario e l'obiettivo 18 sullo sviluppo delle risorse umane orientate alla salute.

In questi due obiettivi l'infermiere di famiglia è identificato come la figura che, insieme al medico di famiglia, costituisce il perno sul quale fondare l'assistenza sanitaria di base e che è in grado di fornire prestazioni che possono garantire il raggiungimento degli obiettivi di base espressi nel documento.

La presente proposta di legge nasce da quanto evidenziato e dalla necessità di dare una dignità giuridica autonoma alla figura

dell'infermiere di famiglia e di comunità. Essa è costituita da dodici articoli suddivisi in cinque capi, che istituiscono la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità e ne disciplinano le funzioni e gli ambiti di operatività.

L'articolo 1 stabilisce l'oggetto e la finalità della proposta di legge.

Gli articoli 2, 3 e 4 definiscono la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità e ne disciplinano l'inquadramento professionale.

Gli articoli 5, 6 e 7 stabiliscono l'ambito di operatività nonché le funzioni che la presente proposta di legge attribuisce all'infermiere di famiglia e di comunità.

L'articolo 8 definisce i servizi infermieristici territoriali, demandando alle regioni la loro istituzione e organizzazione.

L'articolo 9 prevede la collaborazione dell'infermiere di famiglia e di comunità con il medico di medicina generale o con il pediatra di libera scelta, in *micro-équipe* sul territorio, e la formazione continua dell'infermiere, la cui disciplina è demandata alle regioni.

Gli articoli 10 e 11 prevedono modifiche a norme vigenti al fine di adeguarle a quanto disposto dalla presente proposta di legge. In particolare, l'articolo 10 reca modifiche agli articoli 3-*quinquies*, 3-*sexies* e 8 del decreto legislativo n. 502 del 1992, in materia di erogazione delle prestazioni assistenziali, e l'articolo 11 modifica l'articolo 1, comma 1, del decreto-legge n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189 del 2012, in materia di assistenza territoriale. L'articolo 12, infine, concerne le disposizioni finali.

PROPOSTA DI LEGGE

—

CAPO I

OGGETTO E FINALITÀ

Art. 1.

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge istituisce la figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità nell'ambito del Servizio sanitario nazionale con il compito di assicurare, in modo tempestivo, la continuità della cura, la comunicazione con gli utenti e, in sinergia e in collaborazione con i medici di medicina generale e con i servizi distrettuali, la presa in carico dei cittadini.

2. La finalità della presente legge è il pieno riconoscimento della professione infermieristica come figura di riferimento per lo sviluppo e il potenziamento dei servizi territoriali di assistenza domiciliare allo scopo di garantire una rapida ed efficiente assistenza ai cittadini, in sostituzione del ricorso ai pronto soccorso e alla degenza ospedaliera, nonché ai malati cronici o in fase acuta che non richiedono cure intensive o praticabili esclusivamente nell'ambiente ospedaliero, monitorando i costi e aumentando l'appropriatezza clinico-organizzativa.

CAPO II

DEFINIZIONE E INQUADRAMENTO PROFESSIONALE

Art. 2.

(Infermiere di famiglia e di comunità)

1. È istituita la figura professionale dell'infermiere di famiglia e di comunità, iscritta

all'Ordine delle professioni infermieristiche.

2. L'infermiere di famiglia e di comunità, attraverso l'assistenza domiciliare definita ai sensi dell'articolo 3, ha il compito di identificare i bisogni di salute nell'ambito familiare, fornendo consigli ai fini di un utilizzo ottimale dei servizi sanitari e aiutando gli individui ad adattarsi allo stato di malattia o di disabilità cronica.

3. L'infermiere di famiglia e di comunità opera in favore dell'intera comunità, di cui la famiglia rappresenta l'unità di base, e presta la sua assistenza nel contesto comunitario di cui fanno parte la rete dei servizi sanitari e socio-sanitari, le scuole, le associazioni e i vari punti di aggregazione.

Art. 3.

(Assistenza domiciliare)

1. Ai fini della presente legge, per assistenza domiciliare si intende la modalità di assistenza sanitaria, alternativa al ricovero ospedaliero, erogata al domicilio del paziente dall'infermiere, in collaborazione con il medico di famiglia, e destinata a persone con patologie trattabili a domicilio.

2. L'attivazione dell'assistenza domiciliare è subordinata alla compatibilità delle condizioni cliniche e degli interventi sanitari necessari con la permanenza a domicilio, nonché al consenso informato del paziente e della sua famiglia.

Art. 4.

(Inquadramento professionale)

1. La forma contrattuale di inquadramento professionale degli infermieri di famiglia e di comunità non dipendenti delle aziende sanitarie locali od ospedaliere è quella libero-professionale o convenzionata.

2. Con decreto del Ministro della salute sono stabiliti i parametri, minimi e massimi, da applicare per ciascuna prestazione e attività dell'infermiere di famiglia e di comunità.

CAPO III

AMBITO DI OPERATIVITÀ E FUNZIONI

Art. 5.

(Ambito di operatività)

1. L'infermiere di famiglia e di comunità gestisce i processi infermieristici nell'ambito familiare e di comunità di riferimento e opera in collaborazione con il medico di medicina generale e con il pediatra di libera scelta, con il medico di comunità e con l'*équipe* multiprofessionale per aiutare i malati e le loro famiglie a trovare le soluzioni ai loro bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

Art. 6.

(Funzioni)

1. In riferimento all'assistenza domiciliare, all'infermiere di famiglia e di comunità sono attribuite le seguenti funzioni:

a) valutare lo stato di salute e i bisogni della persona nelle diverse fasi della vita, del contesto familiare e della comunità;

b) promuovere e partecipare a iniziative di prevenzione e di promozione della salute rivolte alle comunità;

c) pianificare e realizzare interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e alle comunità, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita;

d) presidiare e facilitare i percorsi nei diversi servizi utilizzando le competenze presenti nella rete sanitaria;

e) pianificare ed erogare interventi assistenziali personalizzati alla persona e alla famiglia, anche avvalendosi delle consulenze specifiche di infermieri esperti;

f) promuovere l'aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi;

g) partecipare alla verifica e al monitoraggio dei risultati di salute;

h) sostenere i percorsi di continuità assistenziale tra sociale e sanitario, tra ospe-

dale e territorio e nell'ambito dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari residenziali e semi-residenziali;

i) partecipare, nell'integrazione professionale, al perseguimento dell'appropriatezza degli interventi terapeutici e assistenziali, contribuendo alla relazione di cura e al rispetto delle volontà del paziente espresse nella pianificazione delle cure, anche in attuazione della legge 22 dicembre 2017, n. 219.

Art. 7.

(Competenze in regime convenzionale)

1. All'infermiere di famiglia e di comunità che presta il proprio servizio in regime convenzionale sono attribuite le seguenti competenze:

a) pianificare e fornire assistenza alle famiglie dei soggetti presi in carico;

b) promuovere la salute dei soggetti presi in carico, delle loro famiglie e delle comunità;

c) applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento e di apprendimento ai soggetti presi in carico, alle loro famiglie e alle comunità;

d) utilizzare e valutare diversi metodi di comunicazione;

e) coordinare e gestire l'assistenza, compresa quella delegata ad altro personale;

f) documentare sistematicamente la propria pratica;

g) creare, gestire e utilizzare informazioni statistiche cliniche e basate sulla ricerca per pianificare l'assistenza e per definire le priorità nelle attività relative alla salute e alla malattia;

h) sostenere e incoraggiare i soggetti presi in carico e le loro famiglie a influenzare e a partecipare alle decisioni relative alla loro salute;

i) definire *standard* e valutare l'efficacia delle attività infermieristiche di famiglia e di comunità;

l) mantenere relazioni professionali e un ruolo collegiale di sostegno con i colleghi.

Art. 8.

(Servizi infermieristici territoriali)

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla base di un accordo in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, previa consultazione delle parti sociali maggiormente rappresentative a livello nazionale, provvedono, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, a istituire presso ogni azienda sanitaria locale servizi infermieristici territoriali aventi il compito di organizzare l'attività dei singoli ambulatori in relazione alle esigenze dei rispettivi territori e alle peculiarità di ogni popolazione.

Art. 9.

(Lavoro di équipe e formazione continua)

1. L'infermiere di famiglia e di comunità lavora accanto e a fianco del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, in *micro-équipe* sul territorio, ciascuno nel proprio ruolo e nel rispetto della propria professionalità.

2. Le regioni provvedono a stabilire i criteri per assicurare la formazione continua dell'infermiere di famiglia e di comunità nonché le modalità per valutare la sua attività.

3. L'infermiere di famiglia e di comunità, in conformità ai criteri stabiliti ai sensi del comma 2, provvede a un costante aggiornamento del suo sviluppo professionale attraverso la formazione continua.

CAPO IV

DISPOSIZIONI DI ADEGUAMENTO

Art. 10.

(Modifiche al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, in materia di erogazione delle prestazioni assistenziali)

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 3-*quinquies*:

1) al comma 1, alla lettera a), dopo le parole: « pediatri di libera scelta, » sono inserite le seguenti: « infermieri di famiglia e di comunità, » e alla lettera b), le parole: « e dei pediatri di libera scelta » sono sostituite dalle seguenti: « , dei pediatri di libera scelta e degli infermieri di famiglia e di comunità »;

2) al comma 2 è aggiunta, in fine, la seguente lettera:

« *f-bis*) attività o servizi di infermieristica di famiglia e di comunità »;

b) all'articolo 3-*sexies*, comma 2, dopo le parole: « uno dei pediatri di libera scelta » sono inserite le seguenti: « , uno degli infermieri di famiglia e di comunità »;

c) all'articolo 8, comma 1, lettera *b-bis*), dopo le parole: « dei pediatri di libera scelta, » sono inserite le seguenti: « degli infermieri di famiglia e di comunità, ».

Art. 11.

(Modifica all'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, in materia di assistenza territoriale)

1. Al comma 1 dell'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, dopo le parole: « prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio sanitario nazionale, degli infermieri » sono in-

serite le seguenti: « di famiglia e di comunità ».

CAPO V

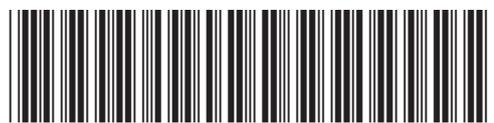
DISPOSIZIONI FINALI

Art. 12.

(Clausola di invarianza finanziaria e regolamento di attuazione)

1. All'attuazione delle disposizioni di cui alla presente legge si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

2. Le modalità di attuazione della presente legge sono stabilite mediante regolamento adottato con decreto del Ministro della salute, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della stessa legge.



18PDL0077280