



Memoria audizione FNO TSRM e PSTRP sul DDL 1346
Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di
assistenza infermieristica domiciliare

Senato della Repubblica

XII Commissione – Igiene e Sanità

Audizione su DDL 1346

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in
materia di assistenza infermieristica domiciliare

23 giugno 2020



Memoria audizione FNO TSRM e PSTRP sul DDL 1346
Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di
assistenza infermieristica domiciliare

Illustrissimi Senatori,

da molti anni, partendo dai sempre più chiari dati demografici ed epidemiologici, i più autorevoli soggetti scientifici e istituzionali hanno indicato il territorio e il domicilio come le dimensioni nelle e attraverso le quali garantire la sostenibilità e il potenziamento dei sistemi sanitari. Territorializzazione e domiciliarizzazione che, a parere di chi scrive, non si sono realizzate perché i decisori di cui si è detto al punto precedente le ha sempre pensate come ulteriori dimensioni dell'assistenza ospedaliera e non come dimensioni in cui erogare un'assistenza alternativa a quella ospedaliera: territorializzare e domiciliarizzare non significa, infatti, portare l'ospedale sul territorio e a domicilio. Paradossalmente, da questo punto di vista, l'inerzia dei decisori può addirittura essere registrata con favore: se da un lato non hanno fatto quel che avrebbero dovuto (territorializzare e domiciliarizzare la sanità), hanno almeno evitato di fare la cosa sbagliata (portare l'ospedale sul territorio e a domicilio). Il risultato di tali errate valutazioni e omesse azioni è, comunque e di fatto, stato l'assenza di una presa in carico sanitaria degli individui alternativa a quella ospedaliera. La pandemia ha solo consentito ai più di rendersi conto delle dimensioni enormi del vuoto da tempo presente, da colmare con urgenza.

La sanità ideale a cui tendere è quella che agisce principalmente sul territorio, con finalità prevalentemente preventive e che vede l'accesso alle strutture ospedaliere come occasionale e temporaneo, per la gestione dell'acuzie, sempre col fine di riconsegnare la persona assistita al territorio che, ovviamente, dovrà essere adeguatamente strutturato per preservare i risultati clinici dell'intervento ospedaliero ed evitare che si verifichino ulteriori eventi acuti che richiedano il ricorso all'ospedale.

In questo scenario la previsione dell'Infermiere di famiglia è certamente cosa buona e giusta, pertanto in termini generali la nostra posizione nei confronti dell'oggetto del DDL è positiva. Infatti, le considerazioni che seguono saranno tutte volte a ricercare e favorirne un'implementazione che sia armoniosa con le professionalità e gli elementi del contesto in cui la si intende sviluppare.

La prima considerazione è che la sola previsione dell'Infermiere di famiglia non è sufficiente a garantire sul territorio e a domicilio tutte le professionalità sanitarie che sono richieste per la completa rilevazione e gestione dei bisogni di salute in quei contesti generati. La realizzazione di un territorio nei termini poco sopra espressi richiede, necessariamente, il coinvolgimento di numerosi altri profili, certamente anche quelli che afferiscono agli Ordini dei Tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, come abbiamo



Memoria audizione FNO TSRM e PSTRP sul DDL 1346

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

sommariamente rappresentato in un recente documento federativo sul tema: [Potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale](#).

Quanto sinora espresso vale anche nei confronti del [DL 19 maggio 2020, n. 34](#), “[Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19](#)”, ora in fase di conversione in legge; più precisamente nei confronti dei contenuti dell'art. 1, che al comma 5 prevede l'introduzione “dell'infermiere di famiglia o di comunità”, prima ancora che ne venga definita con la necessaria chiarezza la natura, il percorso formativo, le funzioni, l'accesso all'impiego. Le evidenti e rilevanti connessioni tra il testo del DL e l'oggetto dell'audizione in corso richiedono, a nostro avviso, approfondimenti e chiarimenti e rendono necessario un coordinamento tra i testi in discussione.

Per quanto concerne la natura dell'Infermiere di famiglia, dalla lettura del testo del DDL “[Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare](#)” non appare chiaro se (a) si intende istituire un nuovo profilo da aggiungere ai 22 già esistenti oppure (b) si intende regolamentare una specializzazione dell'Infermiere iscritto agli OPI. Nella prima eventualità, segnaliamo che l'iter per l'individuazione e l'istituzione di nuove figure professionali sanitarie è già chiaramente definito dall'art. 6 della [legge 11 gennaio 2018, n. 3](#), che ha modificato l'articolo 5 della [legge 1° febbraio 2006, n. 43](#). Nella seconda, presumiamo che si faccia riferimento alla disciplina degli incarichi attribuibili al personale del comparto, introdotta dal CCNL del comparto sanità, sottoscritto il 21 maggio 2018, denominati incarichi di funzione di tipo professionale, ed in particolare all'incarico di professionista specialista per cui è richiesto il possesso del master specialistico di primo livello di cui all'art. 6 della stessa [legge 43/2006](#), secondo gli ordinamenti didattici universitari definiti dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Università, su proposta dell'Osservatorio nazionale per le Professioni sanitarie e sentite le Regioni; si tratterebbe, pertanto, di materia, da un lato, contrattuale, che non può non coinvolgere le Regioni, le OO.SS. e gli Ordini interessati e, dall'altro, ministeriale, non essendo ancora stati definiti gli ordinamenti didattici nazionali dei master di primo livello per le funzioni specialistiche. Relativamente a quest'ultimo punto, esprimiamo anche la preoccupazione che l'eventuale riconoscimento della specializzazione dell'Infermiere di famiglia in assenza di percorsi formativi definiti, adeguati e uniformi su tutto il territorio nazionale, possa non solo prefigurare una molteplicità di ordinamenti didattici diversi emanati in forza dell'autonomia dai singoli Atenei, ma anche spalancare la strada, peraltro già parzialmente aperta, ad un mercato di master di dubbia qualità, sia teorica che pratica. Anche con riferimento a quanto previsto dal predetto DL 19 maggio 2020, n. 34, ovvero dell'assunzione a tempo indeterminato, a decorrere dal 1° gennaio 2021, di Infermieri in numero non superiore a 8 unità ogni 50.000 abitanti, l'ammissione ai concorsi può avvenire, ai sensi



Memoria audizione FNO TSRM e PSTRP sul DDL 1346

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

del [DPR 27 marzo 2001, n. 220](#), solo per il profilo di Collaboratore professionale sanitario Infermiere, previo possesso del solo diploma di abilitazione alla professione di Infermiere, essendo prevista la spendibilità del master in Infermiere di famiglia solo con la predetta disciplina degli incarichi di funzione riguardante il personale infermieristico già assunto.

Per quanto concerne gli ambiti di operatività dell'Infermiere di famiglia, il DDL lo inserisce nei Servizi territoriali di assistenza domiciliare di cui al [decreto legge 13 settembre 2012, n. 158](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 8 novembre 2012, n. 289](#), recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", nonché nell'organizzazione dei servizi distrettuali di cui al [decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502](#), recante "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421". Ci chiediamo, tuttavia, se l'inserimento dell'Infermiere di famiglia in tali contesti abbia carattere di esclusività e, quindi, interferisca sull'operatività degli Infermieri che già esercitano in tali contesti, seppur sprovvisti del master specialistico.

Pur non volendo ridurre l'importanza delle questioni sin qui poste, la cui chiarificazione preventiva è indispensabile per prevenire possibili criticità a valle, dalla nostra prospettiva **le maggiori criticità sono rilevate nel testo dell'art. 4 del DDL, in particolare nei confronti di alcune competenze previste dal comma 1-bis, evidentemente sovrapponibili a quelle proprie dell'Assistente sanitario**, pertanto in apparente contrasto col campo proprio di attività e di responsabilità di tale professione sanitaria (in conformità al plesso normativo di cui al DM 69/1997 e alle leggi 42/1999, 251/2000, 43/2006 e 3/2018), in presenza di 13 corsi di laurea L/SNT/4 della classe delle lauree in professioni sanitarie della prevenzione (DM 19 febbraio 2009), istituiti previa determinazione di specifico fabbisogno formativo ai sensi dell'art. 6-ter del DLgs 502/1992.

In particolare ci si riferisce alle lettere a), b), c), d) ed e).

Tra l'altro, è da considerare che la professione sanitaria della prevenzione di Assistente sanitario trova già collocazione anche nelle previsioni del medesimo art. 1 del [DL 13 settembre 2012, n. 158](#), convertito, con modificazioni, dalla [legge 8 novembre 2012, n. 189](#), in materia di assistenza territoriale, in cui il DDL in oggetto intende inserire l'Infermiere di famiglia: "...omissis...*degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria*".

Nemmeno appare chiaro se le competenze che si intendono attribuire all'Infermiere di famiglia debbano intendersi non esercitabili dall'Infermiere *tout court*, oppure se queste sono (in parte) sovrapponibili, come in effetti emergerebbe da un confronto di queste con quelle previste dal profilo dell'Infermiere di cui al DM 739/1994. In tale ultimo caso non si comprende la necessità di



Memoria audizione FNO TSRM e PSTRP sul DDL 1346

Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare

replicare in una nuova legge competenze già attribuite ai possessori della laurea triennale in infermieristica. Si segnala, inoltre, che quanto previsto all'art. 4, lettera g), è già previsto come obbligo dall'art. 16-quater del DLgs. 502/1992 e ribadito dalla legge 11 gennaio 2018, n. 3.

In ordine agli emendamenti suggeriti, riportare la seguente visualizzazione comparativa commentata:

Testo Art. 4 DDL 1346	Proposte emendative	Motivazione
Art. 4. (Modifiche 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. All'articolo 1 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, sono apportate le seguenti modificazioni:		
a) al comma 1, 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 inserite le seguenti: «di famiglia»;		
b) dopo il comma 1 è inserito il seguente: «1-bis. In riferimento all'assistenza domiciliare di cui al comma 1, all'infermiere di famiglia sono attribuite le seguenti competenze:		
a) identificare e valutare lo stato di salute ed i bisogni degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;	a) identificare i bisogni di assistenza infermieristica e partecipare alla valutazione dello stato di salute degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità;	La competenza "identifica i bisogni di salute" di cui si intuisce la complessità e il peso nella gestione del Sistema salute è stata riservata, per varie ragioni, dal legislatore all'Assistente sanitario DM 69/97, art. 1, punto 2, ripreso e approfondito al punto 3, lettera a); all'Infermiere DM 739/94 è riservata la competenza "identifica i bisogni di assistenza infermieristica"; la "valutazione dello stato di salute degli individui e delle famiglie nel loro contesto culturale e di comunità" richiede competenze di analisi della domanda espresse mediante l'utilizzo di strumenti e metodologie storicamente appartenenti alla professione di Assistente sanitario il quale le acquisisce all'interno di un percorso formativo universitario di durata triennale che si caratterizza per una formazione sanitario sociale integrata a partire dalle discipline specifiche dell'ordinamento didattico DI 19 febbraio 2009

Memoria audizione FNO TSRM e PSTRP sul DDL 1346
Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di
assistenza infermieristica domiciliare

		affendenti alle Scienze dell'assistenza sanitaria. A tale attività possono anche essere chiamate a collaborare altre figure professionali.
b) pianificare ed erogare assistenza alle famiglie che necessitano di interventi specifici;	b) pianificare ed erogare assistenza infermieristica alle famiglie che necessitano di interventi specifici;	Non è chiaro il tipo di assistenza rispetto alle diverse professioni sanitarie e sociali e il richiamo agli interventi specifici rimanda al profilo di Assistente sanitario DM 69/97, lettera f).
c) promuovere la salute dei soggetti, delle famiglie e delle comunità;	c) promuovere l'educazione sanitaria dei soggetti, delle famiglie e delle comunità;	All'Infermiere DM 739/94 compete "l'educazione sanitaria" per gli ambiti assistenziali mentre all'Assistente sanitario con il DM 69/97 viene riconfermata la <i>mission</i> professionale con la dicitura "è l'operatore sanitario addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute". Si evidenziano target di intervento con necessità di approccio differenti per risultati significativi entrambi coperti dalle professioni esistenti.
d) sostenere ed incoraggiare gli individui e le famiglie nella partecipazione alle decisioni relative alla loro salute;	d) coinvolgere gli individui e le famiglie nella definizione dei percorsi assistenziali;	La "partecipazione alle decisioni relative alla loro salute" prefigura l'" <i>empowerment</i> per la salute" che è un processo all'interno della promozione della salute; all'Infermiere DM 739/94 compete "l'educazione sanitaria", mentre l'Assistente sanitario DM 69/97 "è addetto alla prevenzione, alla promozione ed alla educazione per la salute." e "attuа interventi specifici di sostegno alla famiglia".
e) applicare la conoscenza di diverse strategie di insegnamento e di apprendimento con i soggetti, con le famiglie e con le comunità;	e) attuare programmi di educazione sanitaria e terapeutica con i soggetti, con le famiglie e con le comunità;	All'Infermiere DM 739/94 compete "l'assistenza infermieristica" che è anche di natura educativa, e "l'educazione sanitaria"; le strategie e le metodologie didattiche sono proprie dell'Assistente sanitario DM 69/97 "progetta, programma, attua e valuta gli interventi di educazione alla salute" "collabora alla definizione delle metodologie di comunicazione" "concorre alla formazione e all'aggiornamento degli operatori sanitari e scolastici per quanto concerne la metodologia dell'educazione sanitaria".
f) partecipare alle attività di prevenzione;		All'Infermiere DM 739/94 compete già l'assistenza infermieristica preventiva e la prevenzione delle malattie.
g) provvedere a un costante aggiornamento e allo sviluppo professionale attraverso la formazione continua;		Già previsto come obbligo dall'art. 16-quater del DLgs 502/1992 e ribadito dalla legge 11 gennaio 2018, n. 3.
h) pianificare e realizzare interventi informativi ed educativi rivolti ai singoli, alle famiglie e alle comunità, atti a promuovere modificazioni degli stili di vita e una migliore aderenza ai piani terapeutici e riabilitativi, utilizzando e valutando diversi metodi di comunicazione;		All'Infermiere DM 739/94 compete già l'educazione sanitaria e la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.
i) partecipare alla ricerca, recuperando dati epidemiologici e clinici in relazione a specifici obiettivi conoscitivi e assistenziali».		All'Infermiere DM 739/94 compete già il concorso alla ricerca.



Memoria audizione FNO TSRM e PSTRP sul DDL 1346
Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di
assistenza infermieristica domiciliare

Alla luce di quanto esposto, ci si domanda se non sia opportuno rinunciare a definire, nel DDL in oggetto, le competenze per l'Infermiere di famiglia, rimandando agli obiettivi formativi dell'ordinamento didattico nazionale del master di I livello per le funzioni specialistiche e alle norme contrattuali relative all'incarico di professionista specialista, anche in considerazione dell'approvazione in data 17 dicembre 2018 di ben 90 tipologie di master da parte dell'Osservatorio delle Professioni sanitarie istituito presso il MIUR.

Segnaliamo, altresì, che nell'[Accordo n. 83/CSR del 18 giugno 2020 in sede di Conferenza Stato-Regioni](#) si è convenuto di implementare la formazione dell'Assistente sanitario, *“la cui necessità è stata ulteriormente evidenziata dall'emergenza COVID-19 attesa la peculiarità delle attribuzioni in tale ambito che consistono nell'analisi del bisogno di salute finalizzato alla prevenzione della diffusione di malattie infettive, nel controllo delle condizioni igienico-sanitarie e del rischio infettivo nelle famiglie nelle comunità assistite, nonché nella formazione alla gestione della condizione infettiva del singolo, della famiglia e del gruppo”*. Ciò richiede, tra l'altro, l'impegno di tutti i soggetti istituzionali coinvolti affinché a partire dal prossimo anno accademico venga garantita la rispondenza della capacità formativa al fabbisogno territoriale, al fine di assicurare la formazione di un numero di Assistenti sanitari adeguato a garantire l'erogazione dei LEA e a fronteggiare le problematiche emergenti. Si segnala, sul punto, che attualmente la formazione universitaria è garantita dalle 13 sedi universitarie delle Università degli Studi di Milano, di Brescia con sede anche a Cremona, di Padova con sede a Conegliano, di Firenze, di Ancona, di Chieti, di Cagliari, di Palermo, di Catanzaro, di Bari, di Bologna e di Roma “La Sapienza”, per complessivi 327 posti per l'a.a. 2019/2020.

Il fondamentale ed universalmente riconosciuto Sistema salute italiano implica, innanzitutto, che siano costantemente sostenute e valorizzate le figure professionali esistenti; tra di esse, l'Assistente sanitario si caratterizza per le sue rilevanti peculiarità, tali da garantire, invero, una risposta adeguata a molte delle sfide tratteggiate nel corso della presente audizione.

Con osservanza.

Il Presidente

Alessandro Beux