



*Audizione*

*dell'ALLEANZA DELLE COOPERATIVE ITALIANE*

*nell'ambito dell'esame del*

**A.S. 1346**

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

**e**

**A.S. 1751**

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

Commissioni 12a

del Senato della Repubblica

**7 Luglio 2020**

*L'ALLEANZA DELLE COOPERATIVE ITALIANE unisce AGCI, CONFCOOPERATIVE e LEGACOOP, le più rappresentative Associazioni giuridicamente riconosciute del movimento cooperativo italiano. Costituisce il più avanzato esperimento di integrazione delle associazioni di rappresentanza nella storia del Paese. Rappresenta il 90% della cooperazione italiana la quale, nel suo complesso, incide per l'8% sul PIL. Le imprese di Alleanza occupano 1.150.000 persone, producono 150 miliardi di fatturato e associano 12 milioni di soci. Ha sede in Roma, presso il Palazzo della Cooperazione di Via Torino n. 146.*

<http://www.alleanzacooperative.it/>

<https://www.agci.it/>

<http://www.confcooperative.it/>

<http://www.legacoop.coop/>

L'Alleanza delle Cooperative Italiane è il coordinamento nazionale costituito dalle Associazioni più rappresentative della cooperazione italiana (Agci, Confcooperative, Legacoop).

Con 39.500 imprese associate rappresenta oltre il 90% del mondo cooperativo italiano per persone occupate (1.150.000), per fatturato realizzato (150 miliardi di euro) e per soci (oltre 12 milioni).

Numeri che portano la cooperazione a incidere sul PIL per circa l'8%.

**I cooperatori e le cooperative dell'Alleanza rappresentano, oltre il 90% della cooperazione impegnata nel welfare. Si tratta di una filiera integrata, multiprofessionale, che mette in rete il know how e le professionalità delle cooperative sociali che operano in ambito socio-assistenziale, delle cooperative sociali ad alta specializzazione sanitaria, delle cooperative di medici (circa 8.000 Medici di Medicina Generale erogano servizi sociosanitari a 10.000.000 cittadini) delle farmacie e delle cooperative di distribuzione del farmaco, delle strutture specialistico-diagnostiche e delle mutue sanitarie. E' un sistema imprenditoriale, che in una logica di welfare di territorio e di comunità, eroga servizi complessi, sia integrati che complementari al SSN, a circa 7 milioni di persone e che garantisce occupazione a oltre 409mila addetti (in prevalenza donne).**

## **Premessa**

Rimettiamo un contributo finalizzato ad argomentare gli elementi di criticità sull'A.S. 1346, recante "Introduzione della figura dell'infermiere di famiglia e disposizioni in materia di assistenza infermieristica domiciliare della cooperazione socio-sanitaria".

Nell'evidenziare l'orientamento discordante con l'iniziativa legislativa in questione per i motivi che di seguito si espongono, riteniamo in primis doveroso richiamare l'attenzione sulla opportunità di **affrontare l'argomento relativo alla valorizzazione del ruolo dell'infermiere nell'ambito delle cure territoriali**, collocandolo nel più ampio quadro della definizione di salute data dall'OMS (che amplia il modello "medico" riconoscendo per la salute l'importanza dei fattori socio-economici) in quanto impatta sulla strategia di sviluppo dell'assistenza domiciliare all'interno del programma politico della riorganizzazione dell'assistenza primaria centrata sulla persona nel quale la cooperazione si riconosce e che si basa sull'integrazione dell'intero ventaglio dei servizi e dei sostegni con risorse distribuite equamente nei diversi livelli.

Questo perché, una cosa è **arricchire il ruolo professionale dell'infermiere** potenziandone la specializzazione rispetto alle dimensioni sociali dell'assistenza al paziente nel contesto familiare in cui è assistito valorizzando e identificando l'apporto professionale in quel contesto , altro è **riconoscere sul piano giuridico una nuova e distinta figura dell'infermiere di famiglia** attraverso "previsioni di legge", che prescindono da un ancoraggio formativo, che ancora non c'è, e che precostituiscono un posizionamento della figura rispetto ad un contesto organizzativo del sistema territoriale che sta faticosamente cambiando, ma che non si può ritenere maturo, perfettamente coerente con il quadro normativo esistente, né realizzato a sistema su tutto il territorio nazionale .

Iniziative di questo tipo pur rientrando nelle legittime aspirazioni professionali della categoria, di fatto inseriscono ulteriori contraddizioni laddove, ora più che mai, c'è invece bisogno soprattutto di integrazione funzionale.

Ripensare l'assistenza domiciliare per migliorare gli esiti di salute e supportare la sostenibilità del sistema, presuppone di mettere al centro dei servizi la persona, i suoi bisogni e aspettative. A tal fine è necessario integrare i livelli assistenziali nonché recuperare la dimensione umana dell'assistenza promuovendo l'empowerment e rispettando la dignità e i diritti della persona.

Certamente questo richiede forme appropriate di leadership e di governo, ma il modello che noi sosteniamo è quello di una leadership collaborativa, partecipata e pluralista che valorizzi il coinvolgimento e l'apporto di tutte le professionalità e i soggetti che, a vario titolo, operano per il raggiungimento degli obiettivi del Piano personalizzato di intervento.

## 1. Alcune valutazioni di ordine generale:

**L'infermiere di famiglia si configura come una specializzazione dell'infermieristica generale o una nuova figura professionale?**

Nella pubblicistica corrente la creazione della figura dell'infermiere di famiglia (d'ora in avanti IdF) viene fatta nascere nel solco delle **indicazioni di politica per la salute dell'OMS**<sup>1</sup> nelle quali si riconosce anche il movimento cooperativo. Va sottolineato che in sostanza il programma OMS estrae la salute dal dominio esclusivo della medicina e ne recupera la dimensione socio-economica di benessere supportata da una piattaforma organizzativa dell'assistenza sanitaria fondata sulle seguenti **parole chiave**:

- **riequilibrio ospedale-territorio;**
- **integrazione di tutti gli attori e di tutti i setting curativo-assistenziali** (domiciliari, ambulatoriali, residenziali, intermedi di degenza territoriale, ospedalieri) per la gestione programmata della presa in carico continuativa del paziente attraverso anche percorsi di co-progettazione, che coinvolgano, nel rispetto di ruoli e competenze professionali, gli attori in campo nonché l'attuazione individualizzata degli interventi;
- **riorientamento delle competenze tecnico-specialistiche** del profilo professionale di tutti gli operatori verso le funzioni di facilitazione, mediazione sociale e supporto del paziente. Il riorientamento delle competenze tecnico-specialistiche del profilo professionale di tutti gli operatori verso la dimensione sociale della salute non è appannaggio esclusivo di una categoria professionale. Appartiene a tutti gli operatori sanitari e-d- attiene alla visione e alla missione stesse dell'intero sistema istituzionale.

Le indicazioni specifiche dell'OMS sull'infermiere di famiglia<sup>2</sup> non sono del tutto nuove e vanno lette, a nostro avviso, più come **ri-orientamento** del pacchetto delle attribuzioni dell'infermiere professionale (fissate in Italia dal profilo professionale di cui al DM 739/1994<sup>3</sup>) mediante la loro

---

<sup>1</sup> Lanciate quarant'anni or sono con la dichiarazione di Alma Ata (1978) proprio in concomitanza della istituzione del SSN, confermate con il programma "Health 21 salute per tutti nel XXI° secolo" (1998) e riproposte nel 2008 dopo quaranta anni da Alma Ata con lo slogan "Le cure primarie. Oggi più che mai".

<sup>2</sup> Contenute nel documento OMS "The family Health nurse – contest conceptual framework and curriculum" del 2000 prodotto nell'ambito degli obiettivi del programma salute per tutti del 1998.

<sup>3</sup> Il quale, prendendo le mosse dall'articolo 6, comma 3 del d.lgs 502/1992, individua la figura dell'infermiere professionale come responsabile dell'assistenza generale infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, sulla base delle conoscenze cliniche e delle capacità acquisite sulla base dei percorsi didattico-formativi e prevede nell'ambito della stessa figura forme di articolazione specialistica nell'area della sanità pubblica, della pediatria, della

messa a fuoco sulle dimensioni socio-relazionali con particolare attenzione al supporto del nucleo familiare del paziente assistito al domicilio, che non come costruzione di una **nuova figura infermieristica**, distinta da quella generale del professionista infermiere e da quelle degli altri professionisti sanitari e comunque da riposizionare rispetto alla piattaforma integrata del team multidisciplinare distrettuale dell'assistenza primaria (MMG, specialista, infermiere, OSS, cooperative ADI) senza ignorare i collegamenti con l'ospedale e con la residenzialità e con le nascenti strutture intermedie di degenza breve territoriale.

**Se così è l'IdF è un ampliamento, una specializzazione, un arricchimento del profilo professionale infermieristico** sul versante dell'assistenza, basato su conoscenze e capacità acquisibili mediante l'adeguamento del percorso didattico di base e l'attivazione di percorsi di formazione post-base. Ampliamento **che comunque non è fine a sé stesso** per il motivo **che deve incardinarsi ed armonizzarsi prospetticamente nella richiamata piattaforma organizzativa dell'assistenza primaria** e sconta il fatto che la piattaforma al momento ancora non c'è, nonostante lo stesso legislatore la abbia indicata come modello di riferimento sette anni fa (legge Balduzzi 289 del 2012), Vedremo quindi primario il percorso di completamento in applicazione della legge e non l'introduzione di elementi di ulteriore frammentazione e/o sovrapposizione di ruoli. .

In ultimo, Anche a prescindere dai problemi di posizionamento rispetto al team dell'assistenza domiciliare, il riconoscimento dell'IdF come nuova figura professionale dotata di una propria specifica identità e profilo potrebbe comportare un secondo non meno importante ordine di problemi : lo sviluppo di infermieri di famiglia operanti in regime di libera professione che si offrono per il convenzionamento con il SSN ovvero che si organizzano come provider strutturati per l'offerta di servizi pubblici e nel mercato sanitario out of pocket e mutualistico-assicurativo

### **La riorganizzazione delle Cure territoriali**

A nostro avviso il progetto delle cure territoriali, partendo dai bisogni di salute e dall'evoluzione che questi hanno ed hanno avuto nel tempo, dovrebbe ridefinire, adeguandoli, i profili professionali degli attori oggi presenti e solo successivamente, sulla base del quadro organico e complessivo definito, individuare nuovi profili e nuove figure.

## **2. Sul dettato dell'Atto senato 1346**

Si segnalano i seguenti interventi correttivi:

**ARTICOLO 1 (finalità)** La norma, pur non avendo efficacia precettiva ma programmatica, esprime chiaramente l'intento di perseguire l'affermazione di un **ruolo leader della figura infermieristica** nel contesto dello sviluppo e del potenziamento dell'assistenza domiciliare <sup>4</sup>.

---

psichiatria, della geriatria e dell' area critica implicanti ulteriori conoscenze cliniche e capacità conseguibili attraverso la formazione post-base, senza impiantare figure professionali ulteriori oltre a quella generale.

<sup>4</sup> Peraltro identificato nella Presentazione dell'Atto mediante rinvio generico alle forme organizzative complesse dell'assistenza primaria (previste dal 1° comma dell'articolo 1 della legge Balduzzi) nelle quali sono integrate tutte le professioni, sia quelle dipendenti che quelle a rapporto convenzionale.

Anche a prescindere dalla mancata esplicitazione dell'efficacia "giuridica" che si vuole dare al *pieno riconoscimento*, il posizionamento dell'infermiere quale *figura di riferimento* per lo sviluppo organizzativo dell'assistenza domiciliare indica un primato organizzativo che confligge palesemente con la logica della integrazione orizzontale, ossia non gerarchica, fra gli altri attori nella salvaguardia delle loro prerogative specialistiche.

Come tale la norma va cancellata o quanto meno emendata: a) sostituendo le parole "pieno riconoscimento" con la parola "valorizzazione" e abolendo le parole "come figura di riferimento".

## **ARTICOLO 2**

La formula "responsabile delle *cure* domiciliari del paziente" (comma 1) pone l'IdF in palese conflitto con l'esclusiva competenza del medico nel diagnosticare la malattia e nel prescrivere il trattamento terapeutico. Conflitto che si manifesta anche se nel comma 2 è corretto come "modalità di assistenza in *collaborazione* con il medico". La norma va cancellata o quanto meno emendata sostituendo al comma 1 la parola "cure" con la parola "assistenza" nonché sostituendo al comma 2 le parole "in collaborazione" con le parole "secondo le prescrizioni e le indicazioni del medico curante"

## **ARTICOLO 3**

Nell'integrare l'ordinamento del distretto (definito dall'articolo 3- quinquies del d.lgs 502) la norma ha l'evidente scopo di **incardinare la figura dell'IdF nel distretto** come professione autonoma e distinta dall'infermiere, dalle altre professioni mediche e dai servizi distrettuali nell'organizzazione distrettuale anticipando per questa via la necessità di definirne il profilo.

Come tale non merita di essere emendata. Va cancellata considerando che inverte l'ordine logico del processo: prima si crea la figura e poi la posiziona nella struttura organizzativa del sistema.

## **Articolo 4**

La norma ha l'evidente scopo di **incardinare l'IdF nel processo riorganizzativo dell'assistenza primaria** e vuol precostituire per legge gli elementi portanti del profilo professionale prescindendo dall'ordinario processo di costruzione dell'ordinamento didattico. La confusione/sovrapposizione di competenze del medico e del distretto si evidenzia in particolare nei passaggi in cui si attribuisce all'IdF il compito di "identificare e valutare lo stato di salute" degli individui e delle famiglie" (compito esclusivo del medico e degli specialisti degli aspetti sociali); di "pianificare ed erogare l'assistenza" (compito esclusivo del medico e del team e del distretto che lo approva e lo finanzia); di "pianificare e realizzare interventi formativi ed educativi rivolti, ai singoli, alle famiglie e alla comunità atti a promuovere modificazioni degli stili di vita" (competenza del distretto e dei soggetti che operano all'interno dell'equipe integrata e nella realizzazione del Piano Assistenziale).

La norma, se non cancellata, va comunque completamente rivista nel quadro complessivo delle priorità per lo sviluppo delle cure domiciliari poiché non riteniamo risolutiva, per la realizzazione di un sistema integrato di cure domiciliari appropriato, sostenibile ed efficiente la creazione di una

ulteriore figura professionale che, come già espresso, non risolve ma complica la gestione integrata. Quantomeno la norma va emendata abrogando le lettere a, b, c, h.

**Sul dettato dell’A.S. 1741**

Valgono le stesse considerazioni svolte sull’A.S. 1346 sopra riportate