



REGIONE CALABRIA
Il Presidente

Al Signor Presidente del Consiglio Regionale
Dott. Filippo Mancuso

E p.c.

Al Consigliere
Dott. Ernesto Francesco Alecci

Segretariato Generale
Settore Atti del Presidente
e Rapporti con il Consiglio Regionale

LORO SEDI

Oggetto: Riscontro all'interrogazione a risposta scritta n.232/12^ “Infermiere di famiglia o di comunità (IFC)” – Proponente il Consigliere regionale Alecci.

Con riferimento all'interrogazione consiliare in oggetto, si trasmette la risposta pervenuta dalla Direzione Generale del Dipartimento Salute e Welfare.

**D'ordine del Presidente
Il Capo Gabinetto**



All.02



REGIONE CALABRIA
Dipartimento Salute e Welfare

Il Dirigente Generale ad interim

Capo di Gabinetto
del Presidente della Giunta Regionale
[REDACTED]

e.p.c.
Segretariato Generale della Giunta Regionale
[REDACTED]

Presidente Giunta Regionale
[REDACTED]

Oggetto: interrogazione a risposta scritta n. 232/12[^] “Infermiere di famiglia o di comunità (IFC)”. Riscontro.

Con l’interrogazione in oggetto, rivolta dal Consigliere Regionale Alecci, si chiede di sapere, per come letteralmente si riporta:

“Quali azioni la Regione ha adottato o intende assumere volte all’effettivo utilizzo della figura professionale dell’infermiere di Famiglia o di Comunità (IFC) ”.

Al fine di fornire utili elementi di risposta in riferimento a quanto richiesto con l’interrogazione di cui all’oggetto, si trasmette in allegato alla presente la relazione avente prot. N. 484765 del 23/07/2024 predisposta dal Settore “Assistenza Territoriale - Salute nelle Carceri – Sistema delle Emergenze-Urgenze”, da ritenersi qui integralmente richiamata.

Distinti saluti
[REDACTED]

Il funzionario
[REDACTED]

Il Dirigente Generale ad interim
[REDACTED]



REGIONE CALABRIA
Dipartimento Salute e Welfare
Settore 7 "Assistenza Territoriale - Salute nelle Carceri – Sistema delle Emergenze-Urgenze"

Al Dirigente Generale
Dipartimento Salute e Welfare

S E D E

Oggetto: Riscontro al quesito n. 1 dell'Interrogazione scritta n. 232/12 - "Infermiere di famiglia o di comunità".

Si riscontra il quesito "***Quali azioni la Regione ha adottato o intende assumere volte all'effettivo utilizzo della figura professionale dell'infermiere di Famiglia o di Comunità (IFC)***", rivolto dall'On. Francesco Alecci al Presidente della Giunta regionale nell'interrogazione in oggetto.

Il Patto per la Salute 2019-2021, approvato con Intesa in sede di Conferenza Permanente Stato-Regioni in data 18 dicembre 2019 ha previsto la definizione di linee di indirizzo per introdurre parametri di riferimento per disciplinare in maniera uniforme sul territorio nazionale la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità. Inoltre, il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, all'articolo 1, comma 5, ha introdotto "la figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità per rafforzare i servizi infermieristici e per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4". Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, adottato il 6 agosto 2020 con Intesa in Conferenza Stato-Regioni, ha fatto riferimento, per la prima volta, alla figura dell' Infermiere di Famiglia o Comunità affermando, nelle sezioni sulla visione ed i principi e sulla efficacia degli interventi ed efficienza del modello organizzativo, che: "per la realizzazione di processi appropriati di prevenzione e promozione della salute è necessario attuare interventi multiprofessionali anche con il coinvolgimento di figure di prossimità, come ad esempio l'Infermiere di Famiglia e di Comunità, ovvero professionisti che abbiano come setting privilegiati gli ambienti di vita della persona e che agiscano in modo proattivo, in rete con tutti i servizi socio sanitari e gli attori sociali del territorio per l'utenza portatrice di bisogni sanitari e sociali inscindibilmente legati tra loro". In sede di Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, in data 10 settembre 2020, è stato approvato il Documento recante "Linee di indirizzo Infermiere di Famiglia o Comunità L. n.77 del 17 luglio 2020", in cui si delineano orientamenti organizzativi e formativi in ordine alla figura dell'Infermiere di Famiglia o Comunità, "in linea con gli orientamenti Europei per quanto riguarda i due ambiti di competenza (famiglia e comunità) ritenuti strategici per la promozione della salute e gestione della cronicità/fragilità sul territorio". Tutti questi elementi che vedono già delineate le idee di fondo nel DL 34, insieme alla operazione straordinaria di cooperazione multidisciplinare e multiprofessionale che la esperienza Covid-19 ha innescato, sono stati utile linfa alla definizione sia per il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) sia per la definizione dei requisiti minimi dell'offerta territoriale descritti nel documento "Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale". Nel Maggio del 2022 il Ministero della Salute ha approvato con il Decreto n. 77 il "Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale". In tale regolamento per la prima volta vengono definiti gli standard che dovranno essere rispettati in ogni regione. Prevista



REGIONE CALABRIA
Dipartimento Salute e Welfare
Settore 7 "Assistenza Territoriale - Salute nelle Carceri – Sistema delle Emergenze-Urgenze"

anche la figura dell'infermiere di famiglia e di comunità, almeno 1 ogni 3.000 abitanti, quale figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica, ai diversi livelli di complessità, in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera.

La valorizzazione della professione infermieristica, e in particolare dell'**Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)** nell'ambito dell'assistenza territoriale, finalizzata ad incrementare la presa in carico e la gestione proattiva dei bisogni di continuità assistenziale, di aderenza terapeutica, in particolare in soggetti fragili e/o affetti da multi-morbidità, in un'ottica di integrazione con i servizi socioassistenziali, troverà una spinta decisiva nell'ambito delle sfide derivanti dal PNRR. Il modello proposto per il territorio dovrebbe rispondere ai bisogni di salute in virtù dei cambiamenti sociodemografici del Paese. Infatti, si assiste: - al progressivo invecchiamento della popolazione; - all'incremento di persone con almeno una patologia cronica (40,8% della popolazione) e di condizioni di co-morbidità, in particolare in soggetti over settantacinquenni (66,6%); - alla progressiva semplificazione della dimensione e composizione delle famiglie, con il 29,6% delle persone over sessantacinquenni che vivono sole; - a una riduzione del 50% circa degli anni di vita liberi da disabilità nelle persone sopra i 65 anni, con sostanziali differenze sulla base delle condizioni socioeconomiche. Tali caratteristiche richiedono un modello assistenziale sostanzialmente differente da quello centrato sull'ospedale, orientato verso un'offerta territoriale, che valorizzi un approccio più focalizzato sul contesto di vita quotidiana della persona. L'assistenza sanitaria territoriale diventa luogo elettivo per attività di prevenzione e promozione della salute, percorsi di presa in carico delle persone affette da cronicità e della personalizzazione garantendo anche continuità relazionale, in stretta correlazione con il Piano Nazionale della Cronicità e il Piano Nazionale della Prevenzione. Al contempo il modello persegue finalità di mitigare l'impatto della malattia sulla qualità di vita del singolo e della famiglia, responsabilizzare sugli stili di vita, coinvolgendo attivamente nella promozione e gestione della propria condizione di salute (self-care). Conseguenze attese sono anche il contenimento della spesa sanitaria. Il sistema sanitario è chiamato ad anticipare i bisogni dei cittadini e a seguirli in maniera continuativa lungo tutto il percorso assistenziale, in accordo ad una sanità di iniziativa integrata con i servizi sociali. A fronte di una sempre maggiore frammentazione del sapere, per garantire una risposta comprensiva, unitaria e sostenibile, l'assistenza primaria deve essere distribuita all'interno di un sistema più ampio e articolato, composto da più professionalità come reso noto nella Dichiarazione di Astana. Nel corso degli anni, la professione infermieristica, a seguito di un processo di espansione ed estensione del ruolo, attraverso la formazione, ha realizzato in tutto il mondo esempi di assistenza avanzata nelle cure primarie. In alcuni contesti, per migliorare l'accesso ai servizi, si assiste ad una condivisione di attività fra la professione medica e infermieristica (es. Task Sharing). In altri contesti, infermieri specializzati sono stati inseriti in ruoli complementari a quelli già esistenti, per ottimizzare la gestione delle patologie croniche in termini di riduzione dei tassi di ospedalizzazione, miglioramento dei parametri clinici e soddisfazione dell'utenza. In risposta agli obiettivi del Documento Salute 21 dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) si sono sviluppati percorsi di formazione di nuove figure infermieristiche, tra cui quella dell'**Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC)**. Caratteristica di questa figura è l'interesse verso l'individuo, la famiglia, la comunità e la casa come ambiente in cui i membri della famiglia possono farsi carico dei problemi di salute.



REGIONE CALABRIA
Dipartimento Salute e Welfare
Settore 7 "Assistenza Territoriale - Salute nelle Città - Sistema delle Emergenze-Urgenze"

In Italia sono state sviluppate differenti esperienze di Infermieristica di Famiglia o Comunità, riconosciute a livello legislativo o per mezzo di progetti e sperimentazioni. Per riportare alcuni esempi: - Il Progetto "Infermiere di Comunità" nato sperimentalmente nel 1999 in Friuli-Venezia Giulia che ha previsto la figura dell'infermiere di comunità nel Piano Sanitario e Socio-Sanitario 2006-2008 (DGR 782/2006) e più recentemente nelle Leggi di Riforma Sanitaria FVG n. 27/2018 e n.22/2019.

Alcune Regioni (Lombardia, Piemonte e Toscana ad esempio) hanno deliberato ufficialmente l'introduzione nel Ssr dell'IFoC, prevedendone non solo ruoli e funzioni, ma anche percorsi formativi. Altre (Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Puglia, Valle d'Aosta) hanno attivato sperimentazioni e altre ancora hanno presentato proposte di legge (Lazio, Sicilia) per istituire l'infermiere di famiglia.

La Regione Calabria, con il DCA n.197/2023, ha recepito gli standard previsti dal DM 77/2022. In particolare, è stata prevista l'assegnazione di un Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFoC) ogni 3.000 abitanti, considerato come numero complessivo di IFoC impiegati nei diversi setting assistenziali. Nella tabella sottostante è riportata la previsione del numero di IFoC nell'ambito dell'assistenza territoriale regionale:

Tabella 23. Numero di IFoC per ASP

ASP	Popolazione attuale (al 01/01/2022)	Infermieri (1/3000 ab.)
Cosenza	674.543	225
Catanzaro	343.673	115
Crotone	163.553	55
Vibo Valentia	151.558	51
Reggio di Calabria	522.127	174
Totale	1.855.454	618

Con il DCA n.92 del 10/05/2024, avente come oggetto "Riparto del Fondo Sanitario Regionale a destinazione indistinta e vincolata anno 2023, ai sensi dell'art. 2 comma 2-sexies lett. D), del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni – assegnazione a titolo definitivo 2023" sono stati ripartiti, sulla base della quota capitaria, i fondi previsti dal D.L. 34/2020, art. 1 comma 5, pari a € 15.314.458,67. Questi fondi sono destinati al rafforzamento dei servizi infermieristici e all'introduzione dell'Infermiere di famiglia o di comunità.

Cordiali saluti.

Il Dirigente del Settore