

## **PROGETTO DI LEGGE (P.D.L.)**

**TITOLO:** *«Disposizioni in materia di assistenza continua (“H24”) nel Distretto socio sanitario»*

### **1. RELAZIONE ILLUSTRATIVA**

#### **1.1. Introduzione**

Il presente Progetto di Legge (P.D.L.) si prefigge l’obiettivo di migliorare e garantire la continuità assistenziale a livello territoriale nell’interesse primario della salvaguardia del diritto – costituzionalmente garantito – di salute del cittadino, con l’impegno di assicurare la reale attuazione dei L.E.A., nonché l’aiuto e il supporto nei confronti di tutti coloro i quali versano in condizioni di fragilità, non autosufficienza e indigenza economica.

Nel contempo, permane sullo sfondo l’obiettivo del contenimento della spesa nella Pubblica Amministrazione, in particolare di quella sanitaria.

Nel contesto dianzi tratteggiato, il P.D.L. vuole promuovere il valore sociale di presa in carico integrata a livello territoriale, al fine di rispondere ai bisogni delle famiglie in termini di benessere e in condizioni di prossimità.

In particolare, il modello delineato prevede la presa in carico globale della persona e della famiglia, attraverso il potenziamento della rete del medico di famiglia, del pediatra di libera scelta e dell’infermiere di famiglia con interventi primari e secondari, coordinati, integrati e finalizzati ad assicurare percorsi di equità nell’accesso alla rete dei servizi, nonché a rispondere ai bisogni di salute con azioni di miglioramento dell’appropriatezza clinica-organizzativa e assistenziale.

Il modello organizzativo dell’assistenza infermieristica territoriale deve essere incentrato sull’appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità cliniche assistenziali: un approccio c.d. a rete del sistema di assistenza primaria con l’integrazione dei servizi socio sanitari e le risorse delle comunità locali per la promozione della salute; la continuità della cura e la comunicazione integrata con gli utenti.

Ne deriva la necessità di riprogettare i servizi sulla base dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza, dei fattori demografici, epidemiologici, cronici, degenerativi e delle condizioni di fragilità e disabilità.

La “regionalizzazione” del Servizio Sanitario comporta, poi, la "razionalizzazione" della stessa, attraverso la riduzione dei posti letto e il necessario potenziamento dei servizi territoriali, prevedendo pertanto degenze brevi con il contestuale potenziamento dell’assistenza domiciliare, al fine di far fronte ai problemi di salute legati all’invecchiamento della popolazione e alla diffusione di cronicità.

Uno strumento molto utile, introdotto dai protocolli dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), riguarda l’istituzione degli “infermieri di famiglia e di comunità” e di ambulatori da essi condotti, entrambi strumenti che possono essere ritenuti fondamentali per il futuro dell’assistenza sul territorio, migliorando l’appropriatezza delle prestazioni e abbattendo i costi.

Tale indicazione è stata già recepita e adottata in diversi Stati, tra cui anche l'Italia, a fronte della chiusura di molti piccoli presidi ospedalieri.

Invero, già la legge n. 412 del 1991 aveva assegnato alle Regioni il compito di riconvertire, accorpate o disattivare questi presidi, conferendo ad essi compiti e funzioni territoriali nell'ambito della complessiva riorganizzazione dei servizi a livello distrettuale.

Peraltro, l'istituzione dell'"infermiere di famiglia e di comunità" appare in linea sia con la D.G.R. n. X/37 del 16.04.13 (concernente la «*Presenza d'atto della comunicazione del Presidente Maroni avente oggetto: "Prime linee programmatiche per la redazione del programma regionale di sviluppo della X Legislatura in ambito sociale e socio-sanitario e determinazioni conseguenti alle DDGR nn. 4574 del 19.12.12, 4672 del 09.01.13, 4696 del 16.01.13, 4756 del 23.01.13 e 4757 del 23.01.13"*») che con la legge n. 23 del 2015 (in particolare, si veda l'art. 10, co. 10), di riforma del Sistema socio-sanitario lombardo.

## **1.2. L'"infermiere di famiglia e comunità": la politica "Health 21 – Health for all in the 21st century" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità**

L'"infermiere di famiglia" svolge un ruolo essenziale per raggiungere il pieno potenziale di salute per tutti, attraverso il perseguimento di due obiettivi principali:

1. promuovere e proteggere la salute della popolazione, lungo tutto l'arco della vita;
2. ridurre l'incidenza delle malattie e degli incidenti più comuni e alleviare le sofferenze che questi causano.

Secondo il modello dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), sono identificate quattro modalità di intervento dell'infermiere di famiglia:

- 1. prevenzione primaria:** l'infermiere di famiglia verifica la possibile presenza di fattori dannosi che minacciano la salute e lavora attivamente per evitare che questo si ripercuota sulla famiglia; può, inoltre, aiutare la famiglia a costruirsi le proprie risorse difensive attraverso l'educazione sanitaria e il sostegno e monitorare l'integrità del sistema per identificare possibili fattori dannosi;
- 2. prevenzione secondaria:** attraverso attività come *screening*, programmi vaccinali ed una approfondita conoscenza della famiglia, la figura dell'infermiere di famiglia permette rapidi interventi per ridurre al minimo la disgregazione individuale e familiare, coinvolgendo altre risorse e altri professionisti della salute;
- 3. prevenzione terziaria:** la figura dell'infermiere di famiglia ha come obiettivo la riabilitazione e la ricostruzione delle "risorse di resistenza e difensive" della famiglia;
- 4. interventi in casi critici/assistenza diretta:** forme di collaborazione tra l'infermiere e la famiglia o con il singolo per appropriati interventi di cura, riabilitazione, cure palliative e di sostegno.

L'infermiere di famiglia è un infermiere che si occupa di assistenza in collaborazione con il medico di famiglia, operando in sinergia con lui in una zona delimitata, come ad esempio il quartiere di una grande città, un paese o una piccola comunità.

Questa nuova figura infermieristica potrebbe assistere malati cronici, ma anche malati in fase acuta che non richiedono, tuttavia, cure intensive o praticabili esclusivamente in Ospedale: si pensi alle epidemie influenzali, a persone appena dimesse dall'Ospedale che necessitano di medicazioni o trattamenti farmacologici, a pazienti che praticano dialisi peritoneale e alle neo mamme alle prese con l'allattamento e lo svezzamento.

Al malato sarà quindi consentito essere assistito dall'infermiere direttamente presso il proprio domicilio, con la prospettiva di contribuire a ridurre gli accessi al Pronto Soccorso, le degenze ospedaliere, nonché le riammissioni, operando insieme al medico di famiglia come filtro per quegli eventi patologici gestibili con successo – o, addirittura, maggiore efficacia – a livello domiciliare.

### **1.3. Ambulatori infermieristici**

Gli “ambulatori infermieristici” produrrebbero anch’essi la riduzione dei tempi di attesa per le prestazioni, del numero e della durata dei ricoveri ospedalieri, delle richieste di intervento, degli accessi in Pronto Soccorso e delle riammissioni ospedaliere. Costituirebbero, inoltre, un punto di riferimento concreto per la popolazione bisognosa di informazioni, sicurezze ed una risposta sanitaria adeguata.

Negli ambulatori condotti dagli infermieri saranno effettuate gratuitamente numerose prestazioni, dalle medicazioni alle terapie farmacologiche, dall’elettrocardiogramma ai prelievi, dalla misurazione e monitoraggio dei parametri vitali alla misurazione della glicemia, colesterolemia, eccetera; sarà fornita una corretta informazione sull’uso dei farmaci e una consulenza circa la prevenzione, la cura e la riabilitazione per tutto quanto concerne le prestazioni di competenza. Si svolgeranno corsi di formazione rivolti ai familiari impegnati nell’assistenza domiciliare dei propri congiunti, si curerà la informazione inerente ai servizi che trattano le problematiche legate alle dipendenze, anche con iniziative utili a prevenire ed arginare il fenomeno, quali le campagne formative ed informative. Gli ambulatori infermieristici svolgeranno, altresì, compiti di raccolta e documentazione circa gli atti sanitari legati alla storia della persona assistita, integrandosi con altri servizi ospedalieri territoriali e con altri operatori (quali fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, eccetera).

Gli ambulatori infermieristici potrebbero, inoltre, costituire un riferimento e un filtro per le problematiche sanitarie socio-assistenziali legate a pazienti psichiatrici o con problemi di dipendenza da droghe o alcool, in collaborazione con il medico di base e i servizi territoriali già esistenti (come, ad esempio, il SERT).

### **1.4. Sinossi conclusiva**

Riassumendo, può dirsi quindi che l’utilizzo dell’infermiere di famiglia e degli ambulatori infermieristici rappresenta una nuova modalità di operare in grado di assicurare, risparmiando, prestazioni assistenziali di qualità sul territorio, nonché la valorizzazione delle eccellenze ottenute nelle strutture di ricovero, che spesso non trovano continuità sul territorio.

Appare chiaro, dunque, che una rivisitazione delle funzioni infermieristiche si pone alla base di qualsiasi politica di sviluppo dei servizi sanitari, dall’Ospedale al territorio e ai servizi domiciliari.

Vanno contemporaneamente rivisti non solo il piano dell’assistenza, ma anche quelli della programmazione, della gestione e dell’organizzazione dei servizi.

Il tutto nell’ottica di offrire al cittadino una risposta ai problemi di salute sempre più qualificata, efficace ed efficiente, con appropriatezza di cura e approfondimento di metodi, strumenti e conoscenze messi a disposizione dalla ricerca.

In tale prospettiva, la figura dell’infermiere di famiglia soddisfa pienamente fini qui evidenziate, concorrendo alla costruzione di una “risposta sanitaria” il più possibile completa.

### **Il P.D.L. si compone di n. 7 articoli:**

**Articolo 1 - Finalità e obiettivi;**

**Articolo 2 - Ambulatori assistenziali “H12”/”H24”;**

**Articolo 3 - Infermiere di famiglia e cure domiciliari;**

**Articolo 4 - Servizio infermieristico territoriale regionale;**

**Articolo 5 - Direttore infermieristico;**  
**Articolo 6 - Norma finanziaria;**  
**Articolo 7 - Regolamento.**

## **2. ARTICOLATO**

### **Articolo 1 - Finalità e obiettivi**

1. La presente legge si prefigge il raggiungimento dei seguenti obiettivi:

- a) potenziare l'assistenza territoriale e domiciliare, nel riconoscimento del principio di sussidiarietà, per fronteggiare i problemi di salute dei cittadini legati all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione di cronicità;
- b) rivedere il modello organizzativo distrettuale valorizzando e responsabilizzando le funzioni e il ruolo dei professionisti sanitari per una maggior appropriatezza delle prestazioni in relazione alle necessità clinico-assistenziali, alla tempestività, alla continuità della cura e alla comunicazione con gli utenti;
- c) diminuire gli accessi in Pronto Soccorso, le degenze ospedaliere e le riammissioni, garantendo assistenza ai malati cronici o in fase acuta che non richiedono cure intensive o praticabili esclusivamente in ospedale, monitorando i costi e aumentando l'appropriatezza clinico organizzativa.

### **Articolo 2 - Ambulatori assistenziali "H12"/"H24"**

1. In ogni distretto l'ATS istituisce gli "ambulatori territoriali assistenziali 'H12'/'H24'", così strutturati: "servizio H12" su cinque giorni la settimana e "servizio H24" su sette giorni la settimana.

2. Gli "ambulatori territoriali assistenziali" prevedono un gruppo di professionisti composto dal medico e dall'infermiere di famiglia/comunità, i quali operano in forma associata, secondo le forme previste dalla normativa vigente, e per conto del S.S.N., previo accreditamento e convenzione con il medesimo.

3. All'interno degli ambulatori territoriali assistenziali sono presenti gli "ambulatori infermieristici territoriali".

4. Gli "ambulatori infermieristici territoriali" svolgono le seguenti attività:

- a) erogano prestazioni infermieristiche;
- b) forniscono informazioni e consulenze, avvalendosi, quando è necessario, di consulenze di altri operatori sanitari, in collaborazione con i medici di famiglia;
- c) gestiscono, per quanto di competenza, le dimissioni protette;
- d) gestiscono il sistema informativo condiviso ospedale/territorio.

5. L'infermiere degli ambulatori infermieristici territoriali favorisce, attraverso la formazione e l'addestramento, l'autonomia dei pazienti e dei loro familiari durante il percorso della malattia, riducendo la richiesta di prestazioni sanitarie per manovre autogestibili e l'incidenza di complicanze legate a manovre non corrette.

6. L'accesso alle prestazioni degli ambulatori infermieristici è subordinata alla apposita prescrizione del medico di medicina generale o del medico specialista.

### **Articolo 3 - Infermiere di famiglia e cure domiciliari**

1. Nell'ambito degli ambulatori infermieristici territoriali di cui all'articolo 2 possono essere identificati alcuni operatori come "infermieri di famiglia" cui verranno affidate, per un numero predefinito di nuclei familiari, le cure domiciliari ritenute necessarie sulla base di autonoma valutazione e responsabilità del professionista. Se l'ambulatorio infermieristico territoriale è privato e accreditato, l'infermiere di famiglia sarà compensato non a prestazione ma a quota fissa capitaria.

2. Per "cura domiciliare" si intende la modalità di assistenza sanitaria erogata al domicilio del paziente dall'infermiere in collaborazione con il medico di famiglia, alternativa al ricovero ospedaliero, destinata a persone con patologie trattabili a domicilio e finalizzata a favorire la

permanenza del paziente nel proprio ambiente, salvaguardando le sue residue capacità di autonomia e di relazione, nonché a ridurre i tempi di degenza ospedaliera e i ricoveri non necessari.

3. Le cure infermieristiche domiciliari, in quanto favoriscono un minor ricorso al ricovero ospedaliero, sono gratuite e non soggette a *ticket*, indipendentemente dal reddito del soggetto che ne fruisca.

4. L'attivazione delle cure domiciliari è subordinata alla compatibilità delle condizioni cliniche e degli interventi sanitari necessari con la permanenza a domicilio, al consenso informato dell'interessato e della sua famiglia, alla verifica da parte dell'infermiere di famiglia della inadeguatezza del supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale e della idoneità della condizione abitativa.

#### **Articolo 4 - Servizio infermieristico territoriale regionale**

1. Gli ambulatori infermieristici territoriali e gli infermieri di famiglia costituiscono, nel loro insieme, il "servizio infermieristico territoriale regionale", le cui modalità organizzative verranno più puntualmente definite con delibera della Giunta regionale su proposta dell'Assessore alla Salute.

2. Il responsabile dell'area territoriale del servizio infermieristico di cui al comma 1 ha il compito, per quanto attiene all'area di sua competenza, di gestire, controllare e organizzare l'attività degli ambulatori infermieristici territoriali di cui all'articolo 2, nonché di monitorare, pianificare e definire le attività dell'infermiere di famiglia di cui all'articolo 3.

#### **Articolo 5 - Direttore infermieristico**

1. L'Assessorato alla Salute, al fine di migliorare l'assistenza e la distribuzione delle risorse, istituisce il "servizio dell'assistenza infermieristica territoriale", conferendo l'incarico di Direttore infermieristico a un professionista dell'area infermieristica.

2. In ogni A.T.S., all'interno del "Dipartimento delle cure primarie", sarà nominato un Dirigente infermieristico che gestisce e sovrintende al buon funzionamento degli ambulatori infermieristici territoriali.

#### **Articolo 6 - Norma finanziaria**

1. Le attività relative agli ambulatori infermieristici territoriali di cui all'articolo 2, all'infermiere di famiglia di cui all'articolo 3 e al direttore infermieristico di cui all'articolo 5 verranno finanziate dalle A.T.S. in un apposito capitolo del fondo in dotazione.

#### **Articolo 7 - Regolamento**

1. Per le modalità di attuazione della presente legge la Giunta regionale, entro sei mesi dall'entrata in vigore della stessa, approverà, previo parere obbligatorio della commissione consiliare competente, un apposito regolamento per la disciplina di ogni ulteriore aspetto.