



Regione Lombardia
IL CONSIGLIO

Il Presidente



Prot. 0003699/14 04/03/2014 U
Fasc. X/4443 Class. 2.2.2
R13.4 - SERVIZIO COMMISSIONI



e, p.c.

Al Signor Presidente
della Commissione consiliare **III**

Al Signor Presidente
della Commissione consiliare **I**

Ai Signori Presidenti
delle altre Commissioni consiliari

Ai Signori Componenti
l'Ufficio di Presidenza

Ai Signori Consiglieri regionali

Al Signor Presidente
della Giunta regionale

Ai Signori Assessori regionali

Ai Signori Sottosegretari regionali

LORO INDIRIZZI

OGGETTO: PDL n. 143 - DI INIZIATIVA CONSILIARE

“Assistenza continua h24 nel distretto sociosanitario”.

(di iniziativa dei Consiglieri regionali: Violi, Carcano, Casalino, Buffagni, Corbetta, Fiasconaro, Maccabiani, Macchi, Nanni)

Trasmetto, per l'istruttoria di competenza, il progetto di legge in oggetto.

Invito la Commissione consiliare **I** ad esprimere il parere di propria competenza ed a trasmetterlo direttamente alla Commissione referente, inviandolo per conoscenza a questa Presidenza.

Con i migliori saluti.

Raffaele Gattaneo

All.: testo del provvedimento

PROGETTO DI LEGGE N. 0143

di iniziativa dei Consiglieri regionali:

Violi, Carcano, Casalino, Buffagni, Corbetta, Fiasconaro, Maccabiani, Macchi, Nanni,

—————
“Assistenza continua h24 nel distretto sociosanitario”
—————

PRESENTATO IL 24/02/2014

ASSEGNATO IN DATA : 04/03/2014

ALLE COMMISSIONI	REFERENTE	III
	CONSULTIVA	I

PROPOSTA DI LEGGE

Assistenza continua h24 nel distretto socio-sanitario

RELAZIONE

La presente Proposta di Legge si prefigge l'obiettivo di migliorare e garantire la continuità assistenziale a livello territoriale nell'interesse primario della salvaguardia del diritto di salute del cittadino, con l'impegno di assicurare la reale attuazione dei LEA, e l'aiuto e il supporto a chi è in condizioni di fragilità, non autosufficienza, povertà. Nel contempo permane l'obiettivo del contenimento della spesa nella pubblica amministrazione - e quindi anche nella Sanità - e le palesi conseguenze che il raggiungimento di tale obiettivo comporta, induce a considerare il potenziamento delle cure primarie e dell'assistenza infermieristica - come previsto dalla legge 251/2000 " *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*" - un rilevante volano per l'accrescimento del Know how nella ricerca, nell'innovazione, nelle scienze mediche, assistenziali, gestionali e organizzative .

In questo contesto, la proposta, vuole promuovere il valore sociale di presa in carico integrata a livello territoriale, per rispondere ai bisogni delle famiglie, in termini di benessere ed in condizioni di prossimità. Il modello 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 di accesso alla rete dei servizi, a rispondere ai bisogni di salute con azioni di miglioramento dell'appropriatezza clinica-organizzativa ed assistenziale.

Il modello organizzativo dell' assistenza infermieristica territoriale deve essere incentrato sull'appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità cliniche assistenziali. Un approccio a rete sulla integrazione 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, sulla comunicazione integrata con gli utenti: i servizi vanno quindi riprogettati sulla base dei livelli essenziali ed appropriati di assistenza, sulla base 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 ed il necessario potenziamento dei servizi territoriali, prevedendo pertanto degenze brevi con il contestuale potenziamento dell' assistenza domiciliare, per far fronte ai problemi di salute legati all' invecchiamento della popolazione e alla diffusione di cronicità.

Uno strumento molto utile, introdotto dai protocolli dell'OMS, riguarda l'istituzione degli infermieri di famiglia/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, anche in Italia, a fronte della chiusura di molti piccoli ospedali, è ora necessario potenziare il territorio. Già la legge 412 fin dal 1991 aveva assegnato alle Regioni il compito di riconvertire, accorpate o disattivare questi presidi, quindi superare la funzione ospedaliera classica in questi presidi, e conferire ad essi compiti e funzioni territoriali nell'ambito della complessiva riorganizzazione dei servizi a livello distrettuale

L'istituzione dell'infermiere di famiglia è in linea con la DGR n. 4737 del 16/04/2013 - presa 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 DGR n° 4574 del 19/12/12 - n° 4672 del 09/01/13 - n° 4696 del 16/01/13 - n° 4756 del 23/01/13 - n° 4757 del 23/01/13.

L'INFERMIERE DI FAMIGLIA / COMUNITA': SALUTE 21 LA STRATEGIA DELLA SALUTE PER TUTTI NELLA REGIONE EUROPEA DELL'O.M.S. 21 OBIETTIVI PER IL XXI SECOLO.

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

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

Secondo il modello dell'OMS sono identificate quattro modalità di intervento dell'infermiere di famiglia:

- ❑ **PREVENZIONE PRIMARIA:** verificare la possibile presenza di fattori dannosi che minacciano la salute e lavorare attivamente per evitare che questo si ripercuota sulla famiglia. Può aiutare la famiglia a costruirsi le proprie risorse difensive attraverso l'educazione sanitaria ed il sostegno, aiutandola a mobilitare altre risorse e monitorando l'integrità del sistema per identificare possibili fattori dannosi.
- ❑ **PREVENZIONE SECONDARIA:** attraverso attività come screening, programmi vaccinali ed una approfondita conoscenza della famiglie, permette rapidi interventi per ridurre al minimo la disgregazione individuale e familiare, coinvolgendo altre risorse e altri professionisti della salute.
- ❑ **PREVENZIONE TERZIARIA:** ha come obiettivo la riabilitazione e la ricostruzione delle "risorse di resistenza e difensive" della famiglia.
- ❑ **INTERVENTI IN CASI CRITICI/ ASSISTENZA DIRETTA:** implica una collaborazione tra l'infermiere e la famiglia o con il singolo per appropriati interventi di cura, riabilitazione, cure palliative e/ o 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, 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 come maggiore efficacia, a livello domiciliare.

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 l'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 di documentazione circa gli atti sanitari legati alla storia della persona assistita, integrandosi con altri servizi, ospedalieri territoriali e con altri Operatori (fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali, eccetera).

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

Riassumendo, quindi, l'utilizzo dell'infermiere di famiglia e degli ambulatori infermieristici è una nuova modalità di operare che potrà 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 quindi chiaro che una rivisitazione delle funzioni infermieristiche è alla base per qualsiasi politica di sviluppo dei servizi sanitari, dall'Ospedale, al territorio, ai servizi domiciliari. Vanno contemporaneamente rivisti non solo il piano dell'assistenza, ma anche quelli della programmazione, della gestione e dell'organizzazione dei servizi.

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

La figura e la pratica dell'infermiere di famiglia si inserisce perfettamente in questa ottica e sarà quindi quel tassello d'offerta avanzata che permetterà - oltre alla valorizzazione di questa professione - di costruire una risposta sanitaria il più possibile completa.

Il PDL 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.

PROPOSTA DI LEGGE

Assistenza continua h24 nel distretto socio-sanitario

ARTICOLI

Articolo 1 - Finalità e obiettivi

1. Tra le finalità e gli obiettivi del presente progetto di legge vi sono:
- 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 ed il ruolo dei professionisti sanitari per una maggior appropriatezza delle prestazioni in relazione alle necessità clinico-assistenziali, sulla tempestività, la continuità della cura e sulla 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'ASL istituisce gli ambulatori territoriali assistenziali H12/H24 così strutturati: Servizio H12 su cinque giorni la settimana e servizio H24 su sette giorni;
2. gli ambulatori assistenziali prevedono un gruppo di professionisti come figure di riferimento il medico e l'infermiere di famiglia/comunità che operano in forma associata (secondo le forme associate previste dalle norme vigenti) e previo accreditamento e convenzione ad operare per conto del SSN;
3. all'interno degli ambulatori assistenziali sono presenti gli ambulatori infermieristici territoriali;
4. gli ambulatori infermieristici territoriali erogano prestazioni infermieristiche; forniscono informazioni e consulenze, avvalendosi, quando è necessario, di consulenze di altri operatori sanitari, in collaborazione con i medici di famiglia; gestiscono per quanto di competenza le dimissioni protette: case manager; 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 al precedente articolo 2 - possono essere identificati alcuni operatori come infermieri di famiglia cui verranno affidate le cure domiciliari ritenute necessarie in base all'autonomia e responsabilità del professionista, per un numero predefinito di nuclei familiari. Se l'ambulatorio infermieristico territoriale è privato ed accreditato l'infermiere di famiglia sarà compensato non a prestazione ma a quota fissa capitolaria;
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, e volta a ridurre i tempi di degenza ospedaliera, ed 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;

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 dell'inadeguatezza del supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale e dell'idoneità della condizione abitativa;

Articolo 4 - Servizio infermieristico territoriale regionale

1. Gli ambulatori infermieristici territoriali e gli infermieri di famiglia costituiscono 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 per quanto attiene all'area di sua competenza, ha il compito di gestire, controllare ed organizzare l'attività degli ambulatori infermieristici 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 ad un professionista dell'area infermieristica;

2. in ogni ASL, all'interno del dipartimento 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", all'"infermiere di famiglia" e al "direttore infermieristico" verranno finanziate dalle ASL 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 della competente Commissione consiliare, un apposito provvedimento per regolamentare ogni ulteriore aspetto.