

CONSIGLIO REGIONALE DELLA SARDEGNA

PROPOSTA DI LEGGE

N. 163

presentata dai Consiglieri regionali
MELE - PIRAS - GIAGONI - SAIU - ENNAS - MANCA Ignazio - CANU

il 10 giugno 2020

Istituzione e inserimento della figura dell'infermiere di famiglia nel Servizio sanitario regionale e previsione del servizio delle professioni sanitarie nella struttura organizzativa dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale

RELAZIONE DEI PROPONENTI

A settembre del 1998, a seguito di ampie consultazioni tra i 51 Stati membri ed altre organizzazioni invitate allo scopo, è stato approvato dal Comitato regionale dell'OMS per l'Europa il documento "Salute 21": la politica programmatica di Salute per Tutti per la Regione europea dell'OMS".

Il documento politico comprende 21 Obiettivi fondamentali ed il n. 18 di essi tratta dello sviluppo delle risorse umane per la salute e recita: "Entro l'anno 2000, tutti gli Stati membri dovranno garantire che i professionisti della sanità e di altri settori correlati abbiano acquisito conoscenze, atteggiamenti e capacità adeguati a proteggere e promuovere la salute. Al progetto avevano aderito, inizialmente 18 Stati membri, ma quelli che hanno effettivamente implementato il progetto sono 11.

Nella realtà italiana questa figura non è stata ancora percepita nella sua totalità e soprattutto nelle sue potenzialità. Negli ultimi anni si è lavorato molto per inserire questa figura nel Sistema sanitario nazionale, ma senza successo, se non a livello locale/regionale.

Le prime sperimentazioni dell'infermiere di famiglia sono avvenute tra il 2015 e il 2016 in Lombardia, Piemonte e Toscana che hanno deliberato ufficialmente l'introduzione di questa figura nel loro Servizio sanitario regionale (SRR). Altre, come Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Puglia, Valle d'Aosta hanno attivato sperimentazioni e altre ancora, come Lazio e Sicilia, hanno presentato proposte di legge per istituire l'infermiere di famiglia. Il limite attuale è che tutto ciò avviene a macchia di leopardo, con una forte regionalizzazione, ampliando la disomogeneità sul territorio nazionale, mentre sarebbe necessaria una maggiore istituzionalizzazione per allargare il metodo e uniformare il modello su tutto il territorio.

Il bisogno nasce già all'inizio degli anni '90 quando in Italia si affronta la prima riforma del SSN con il decreto legislativo n. 502 del 1992, evidenziando l'esigenza di passare da un sistema ospedalocentrico, che ha caratterizzato il sistema fino alla fine degli anni '80, per passare alla territorializzazione dell'assistenza dove l'ospedale assume forte connotazione specialistica e, soprattutto, si caratterizza per la sua preminente funzione di cura delle acuzie.

Il processo di territorializzazione delle cure e la graduale, ma costante, e preminente funzione dell'ospedale come struttura deputata alla cura delle acuzie e di progressiva specializzazione ha reso necessario l'ampliamento delle strutture e delle attività/interventi di cura sia delle post acuzie sia delle cronicità. Con il decreto legislativo n. 229 del 1999, che modifica e integra il decreto legislativo n. 502 del 1992, viene introdotto il concetto di integrazione socio sanitaria (articolo 3 septies) oltre ad essere definita e disciplinata la rete territoriale dell'assistenza, a ciclo residenziale (post acuzie), semiresidenziale e domiciliare prevedendo livelli differenti di intensità sanitaria.

La previsione della figura dell'Infermiere di famiglia, pertanto, impone una revisione del sistema di assistenza territoriale distrettuale ed una nuova programmazione e articolazione che ben si inserisce nell'attuale contesto di riorganizzazione del sistema sanitario regionale affrontato in questo momento.

Allo stato attuale è noto che è all'esame della Camera e del Senato una proposta di legge che dovrà fornire un profilo omogeneo sul territorio nazionale di tale figura.

Tale proposta di legge è stata superata dal decreto rilancio approvato i giorni scorsi dal Consiglio dei ministri che ha istituito questa nuova figura da impiegare, in questa specifica fase, nell'attività di cure domiciliari dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Nelle more della riorganizzazione del Servizio sanitario regionale, e viste le norme e disposizioni sopra richiamate, con la presente proposta di legge si intende istituire la figura dell'Infermiere di famiglia così come previsto dalla legge n. 251 del 2000, nell'interesse primario del diritto di salute del cittadino.

Con la presente proposta di legge, si vuole riconoscere il ruolo e l'appropriatezza delle prestazioni infermieristiche in relazione alla necessità della continuità delle cure.

Altro elemento di novità introdotto dalla presente proposta di legge è la previsione dell'istituzione del Servizio delle professioni sanitarie all'interno dell'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

In un'ottica di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale e, in particolare, della rete territoriale, il coordinamento delle attività infermieristiche, come quella medica, assume particolare rilevanza per ragioni diverse, tra le quali:

- ottimizzazione delle risorse umane;
- uniformità delle prestazioni;
- omogeneità e adeguata distribuzione delle medesime sul territorio regionale in relazione al fabbisogno reale e rilevato e a quelle effettivamente disponibili.

Il Servizio che si intende istituire avrà, pertanto, una funzione precipua di coordinamento, restando in capo al top management la funzione di pianificazione, programmazione, organizzazione e controllo.

Di fondamentale importanza, non solamente per il settore infermieristico, bensì per tutti i settori del Servizio sanitario regionale, sono le modalità e gli strumenti di rilevazione del fabbisogno al fine di garantire realmente omogeneità e uniformità delle risorse e delle prestazioni.

Tale scelta risulta funzionale al bisogno di gestire/coordinare tutta l'attività riguardante l'assistenza infermieristica nelle aziende sanitarie sarde, omogeneizzando l'attività, monitorando i fabbisogni di salute e rimodulando l'organizzazione delle risorse in relazione alle necessità rilevate.

L'Infermiere di famiglia è un professionista sanitario che progetta, attua e valuta interventi di promozione, prevenzione, educazione e cura, e la sua attività professionale è inserita in un contesto di intervento pluridisciplinare e multidimensionale. La sua attività, pertanto, si svolge in relazione ad altri interventi e azioni, garantendo complementarietà all'azione stessa di cura. Laddove il bisogno si dovesse rilevare di esclusiva rilevanza medico infermieristica, avremo una micro équipe (o unità di base) composta da MMG (diagnosi, terapia, monitoraggio e controllo) e infermiere di famiglia (gestore delle terapie e delle prestazioni infermieristiche correlate alla patologia ed al quadro clinico generale).

Altro aspetto non meno importante che non verrà disciplinato nella presente proposta di legge bensì nella riorganizzazione del SSR, è l'adozione della cartella clinica del paziente in cure domiciliari, essenziale ai fini della gestione stessa delle prestazioni erogate al paziente, alla verifica e monitoraggio delle stesse.

Intervenendo in ambito familiare è chiaro che, a differenza dell'Assistenza domiciliare infermieristica, l'intervento dell'Infermiere di famiglia è esteso ai familiari e familiari caregiver i quali verranno istruiti circa specifiche azioni o interventi da erogare al paziente in relazione a particolari bisogni o situazioni che si dovessero verificare. E l'azione specificatamente educativa e formativa prestata ai familiari o al personale assistenziale (OSS), inserito nella rete assistenziale territoriale e che garantisce la pluridisciplinarietà e multidimensionalità dell'intervento.

Il suo ruolo è quello dunque di aiutare le persone e le famiglie ad affrontare, con la necessaria competenza, la malattia e la disabilità cronica.

Solo attraverso la cura del territorio e la sua valorizzazione si riuscirà a far sì che gli ospedali (compreso il Pronto soccorso) si riappropriino del loro ruolo primario che è la cura dei pazienti acuti e la diagnosi d'ingresso dei medesimi, con conseguente riduzione del numero di ricoveri impropri.

L'articolo 1 indica le finalità della legge rispetto alla previsione della figura dell'Infermiere di famiglia.

L'articolo 2 gli obiettivi della legge.

L'articolo 3 istituisce il Servizio regionale delle professioni sanitarie presso l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale definendone i compiti.

L'articolo 4 prevede tre articolazioni del Servizio regionale delle professioni sanitarie così come individuate negli articoli 1, 2, 3 e 4 quali Area delle professioni infermieristiche, Area della professione ostetrica, Area dei TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, delle riabilitazione e della prevenzione.

L'articolo 5 istituisce la figura dell'Infermiere di famiglia.

L'articolo 6 individua i compiti dell'Infermiere di famiglia.

L'articolo 7 riporta la norma finanziaria.

L'articolo 8 specifica l'entrata in vigore della legge.

TESTO DEL PROPONENTE

Art. 1

Finalità

1. La presente legge regionale riconosce e istituisce la figura dell'Infermiere di famiglia secondo le indicazioni della legge 10 agosto 2000, n. 251 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica). L'istituzione della figura dell'Infermiere di famiglia nel Servizio sanitario regionale trova riscontro nel fatto che essa rappresenta un anello importante e fondamentale nella politica di sviluppo dei servizi sanitari, in particolare nel passaggio del paziente dall'ospedale al territorio e, quindi, nei servizi di cura domiciliari.

Art. 2

Obiettivi

1. La presente legge, nel prevedere l'introduzione della figura dell'Infermiere di famiglia in questa fase di riorganizzazione del Servizio sanitario regionale (SSR), persegue i seguenti obiettivi tesi a:

- a) ottimizzare le strutture e le risorse riportando al loro ruolo fondamentale i presidi ospedalieri e, contestualmente, procedere alla riorganizzazione e rimodulazione dei servizi di continuità delle cure tra ospedale e territorio, potenziando questi ultimi al fine di garantire la gestione delle situazioni di cronicità e lungo assistenza;
- b) ridurre le degenze ospedaliere incentivando gli interventi territoriali tesi ad affrontare i problemi di salute legati all'invecchiamento della popolazione e alla diffusione della cronicità;
- c) promuovere, favorire e potenziare la gestione territoriale dei problemi legati alla disabilità e all'invecchiamento della popolazione e anche ad altre situazioni di fragilità;

- d) orientare il modello organizzativo dell'assistenza e continuità delle cure territoriali/domiciliari sulla tempestività dell'intervento, sull'appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità clinico-assistenziali e sulla comunicazione con gli utenti;
- e) consentire una corretta gestione di funzioni ed attività proprie della professione sanitaria qui prevista, per equilibrare i costi ai benefici e, quindi, migliorare lo standard qualitativo dell'assistenza erogata.

Art. 3

Istituzione e compiti del Servizio regionale delle professioni sanitarie

1. È istituito, presso l'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale, il Servizio regionale delle professioni sanitarie.

2. Il servizio di cui al comma 1, che dispone di una struttura organizzativa propria, è gestito da un responsabile nominato dall'Assessore regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale tra i professionisti dell'Area delle professioni sanitarie, in possesso di precisi requisiti preventivamente individuati.

3. Al servizio è attribuito il coordinamento e la gestione dell'attività di assistenza, in conformità agli indirizzi applicativi della legge n. 251 del 2000.

Art. 4

Aree di intervento

1. Il Servizio regionale delle professioni sanitarie è articolato sui seguenti differenti settori di intervento:

- a) Area delle professioni infermieristiche;
- b) Area della professione ostetrica;
- c) Area dei TSRM e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

Art. 5

Infermiere di famiglia

1. L'Infermiere di famiglia opera principalmente presso un numero predefinito di nuclei familiari e presso l'eventuale ambulatorio infermieristico istituito negli studi associati dei medici di medicina generale (MMG) e, qualora attivati e/o mantenute, nelle Case della salute.

2. Per cura domiciliare si intende una modalità di assistenza sanitaria erogata presso il domicilio del paziente dall'infermiere, in stretta 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, ed a ridurre i tempi di degenza ospedaliera ed i ricoveri non necessari.

3. Le cure domiciliari sono attivate su richiesta del MMG e/o tramite l'apposito ufficio/servizio competente della ASL di riferimento e segue a valutazione medico infermieristica.

4. Le cure domiciliari, in quanto sostitutive del ricovero ospedaliero, sono gratuite e non soggette a ticket, indipendentemente dal reddito.

5. 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'adeguatezza del supporto familiare e/o di una rete di aiuto informale e dell'idoneità della condizione abitativa.

Art. 6

Compiti dell'Infermiere di famiglia

1. Le competenze e le funzioni assolte dall'Infermiere di famiglia sono oggetto di più ampia definizione a seguito della approvazione

della legge regionale di riorganizzazione del SSR. In linea generale l'Infermiere di famiglia assolve alle seguenti funzioni:

- a) partecipa, per quanto di competenza, al raggiungimento degli obiettivi individuati in sede di predisposizione del piano regionale sanitario e socio-sanitario;
- b) partecipa alla rilevazione del fabbisogno relativo alla propria area di competenza, al monitoraggio degli obiettivi assegnati e alla valutazione dei risultati assistenziali raggiunti;
- c) gestisce le risorse, gli strumenti ed i materiali assegnati ai fini dell'erogazione dell'assistenza e dei servizi offerti, prevedendo e accogliendo, laddove necessari, piani di mobilità regionali;
- d) opera in stretta sinergia con il MMG e con altri professionisti di area sanitaria e socio-sanitaria nel rispetto dell'autonomia professionale propria e degli altri componenti.

L'attività svolta sul territorio si caratterizza per la prevalenza di modalità operative pluridisciplinari e multidimensionali, proprie del lavoro d'equipe. I professionisti coinvolti operano secondo un progetto terapeutico concordato i cui obiettivi risultano condivisi (es.: MMG, specialista o UO/Servizio che detiene il controllo del paziente e monitora l'evoluzione della patologia e la rimodulazione del piano terapeutico in essere).

2. Il Servizio regionale delle professioni sanitarie partecipa alle attività degli altri uffici e servizi in staff all'Assessorato regionale dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale e ha l'autorità di richiedere ed ottenere dalle direzioni generali delle aziende sanitarie sarde, pubbliche e private, le informazioni ed i dati necessari all'espletamento delle proprie funzioni e compiti.

Art.7

Disposizioni finanziarie

1. La presente legge prevede l'istituzione della figura dell'Infermiere di famiglia e del Servizio regionale delle professioni sanitarie, per i quali non si prevede alcuna previsione di spesa in quanto collegata e, pertanto, rinviata alla definizione della riorganizzazione del SSR.

Art. 8

Entrata in vigore

1. La presente legge entra in vigore il giorno della sua pubblicazione nel Bollettino ufficiale della Regione autonoma della Sardegna (BURAS).