



Audizione alla VII Commissione Salute della Regione Lazio
su Proposta di Legge 106
di iniziativa dei Consiglieri
Forte-Ciani

“Disposizioni per la promozione dell’assistenza infermieristica
familiare”

XI Legislatura



Egredi Consiglieri regionali voglio intanto ringraziarvi per la disponibilità a incontrare Cittadinanzattiva Lazio e per l'attenzione che vorrete porre alle nostre osservazioni circa l'oggetto della Proposta di Legge.

E' un ringraziamento non formale in quanto riteniamo che tali momenti di confronto tra soggetti, che con diverse responsabilità e ruoli, siano sempre più opportuni alla luce della complessità delle questioni che devono trovare risposte, anche normative, per permettere ai nostri cittadini di avere servizi adeguati, centrati sui reali bisogni e sulle possibili innovative risposte che il pubblico deve e può immaginare per il futuro.

In linea generale il rationale che esplicita gli obiettivi della presente PdL ci trova concordi sulla necessità di integrare i servizi territoriali, di ripensare in modo coordinato i servizi socio-sanitari, di creare equipe multidisciplinari che nel territorio possono giocare un ruolo decisivo rispetto alle sfide che attendono questa realtà regionale: invecchiamento della popolazione, aumento delle patologie croniche (con presenza di pluripatologie), nuclei familiari monocomposti, mobilità in alcune parte della Regione più complesse e oggettivamente gravosa (le nostre aree interne di Rieti, Frosinone ma anche parte della ASL RM5) e altri fattori che incidono sulla capacità di erogare servizi continuativi a livello domiciliare efficienti, efficaci ma soprattutto personalizzati.

E' altresì evidente che le persone preferirebbero avere cure efficaci a domicilio piuttosto che essere ricoverate in strutture ospedaliere.

Detto questo, abbiamo riscontrato lacune e dubbi che vi sottoponiamo alla luce dell'esistente e di una eventuale azione correttiva che, spero, la Commissione regionale potrà, se vorrà, approfondire.



Si definisce l'infermiere di famiglia nel rationale come il soggetto che (sintetizzo i punti):

- Punto1: “analizza i bisogni della famiglia...” Ma tale ruolo non spetta già ai servizi di assistenza sociale?

Cosa e come si intende fare esattamente?

Chi coordina queste attività? Il MMG? Il CAD? In equipe multidisciplinare con psicologi, assistenti sociali etc...?

- Punti 2-3: “Aiuta gli individui e le famiglie...” trascorre una gran parte del suo tempo nella casa del paziente”

Che tipo di attività sono previste e saranno in campo per aiutare i soggetti coinvolti ad affrontare la malattia e la cronicità?

Queste attività non sono già svolte da altri operatori e professionisti sanitari?

Parlare di “gran parte del tempo” rischia di creare false aspettative in quanto non ci saranno risorse umane ed economiche per attuare tali previsioni.

- Punto 4: “faciliteranno le dimissioni dagli ospedali...”

Anche in questo caso si tratta di competenza che sono già svolte da altri professionisti sanitari e vi potrebbe essere una sovrapposizione non da poco con il ruolo del MMG e/o con medico di fiducia della persona che viene dimessa.

Sappiamo bene che la figura che si interfaccia con i professionisti sanitari quando una persona è ricoverata è il MMG che può visionare la cartella clinica e richiedere informazioni sullo stato di salute e, in caso di “dimissioni forzate”, può interloquire con i colleghi ospedalieri per verificare, sulla base delle informazioni cliniche e un base alle condizioni di salute come meglio procedere.

Inoltre, altro rischio sovrapposizione, è con gli assistenti sociali, che nei casi di anziani quindi in condizione di fragilità, con una o più patologie croniche e spesso soli, si attivano per rimuovere le situazioni di ostacolo alla migliore cura della persona.

Sovrapposizione che inevitabilmente rischia di presentarsi anche con psicologi e/o fisioterapisti.

Tale proposta ci appare non chiara sulla definizione di competenze e ruoli che nei fatti rischiano di creare inutili contrapposizioni dove, il paziente e la sua famiglia, saranno inevitabilmente il soggetto debole perché “non normato”.



Poniamo inoltre le seguenti questioni, in ordine sparso, ma riteniamo centrali per comprendere, capire e migliorare:

1. Esiste una valutazione sui fabbisogni?
2. Quanti saranno gli infermieri di famiglia?
3. Dipenderanno dalle ASL o dai medici di famiglia?
4. Come verranno selezionati e da chi?
5. Quante persone o nuclei familiari potrà seguire ogni infermiere?
6. Nella definizione e programmazione delle loro attività e nella loro formazione avranno un ruolo le associazioni dei malati?
7. Ci sarà possibilità di verifica delle attività?
8. Con quale cadenza temporale verrà effettuata una verifica?
9. Chi farà e chi valuterà i risultati della verifica?
10. Che parametri verranno utilizzati per fare una verifica?
11. Saranno sentiti i pazienti e i familiari per avere un riscontro?
12. Quale sarà il meccanismo dei rapporti con gli ospedali laddove debbano favorire le dimissioni dei pazienti ed il loro rapporto con i servizi CAD?
13. Nella fase di sperimentazione sarebbe utile partire con una sola ASL per verificare sul campo le problematiche?
14. Chi si occupa della formazione degli infermieri?

Rileviamo inoltre la mancanza di copertura finanziaria, che stando così le cose, rende di per sé vano lo stesso testo normativo. Questo non è un aspetto secondario.

Nelle domande appena poste si chiede se esiste una valutazione precisa dei bisogni, bisogno inteso non solo quantitativo ma anche e soprattutto qualitativo (ASL per ASL, territorio per territorio) e di quante unità infermieristiche si parla.

Nella situazione del Lazio, che speriamo a breve esca dal Commissariamento, non si può non tenere conto realisticamente delle risorse umane occorrenti.

Senza dimenticare che, dai dati delle organizzazioni infermieristiche, nel Lazio mancherebbero circa 3.300. infermieri.

Immaginando un servizio di infermiere domiciliare e ipotizzando su una popolazione regionale di quasi 6.000.000 di abitanti, di quanti infermieri parliamo? Con che costi? Con quale organizzazione?



Insomma la domanda è: si crea l'infermiere di famiglia, ma chi coordina il suo lavoro? Così espressa, questa figura sembrerebbe assolutamente autonoma e sconnessa dal resto.

L'impressione generale che se ne ricava è pertanto l'ennesima promozione a "generali" ma senza esercito alle spalle.

Come Cittadinanzattiva Lazio riteniamo che se si vuole veramente puntare sul territorio e sui servizi si debba ribaltare il ragionamento: si parta dai reali bisogni, che vanno conosciuti, ricercati e definiti, della popolazione e intorno a questi si utilizzino in modo coordinato, monitorato e verificato per migliorare le diverse professionalità con passaggi chiari, semplici e immediatamente conoscibili e fruibili.

Non si creino altri inutili e vuoti percorsi, vista la situazione futura della nostra popolazione, ma si renda operativo ciò che è già previsto ma che non è ancora attivo.

Si metta al centro la persona e intorno ad essa e al suo contesto familiare si utilizzino tutte le competenze, professionalità, ricchezze umane.

Il rischio che intravediamo, certo non nelle intenzioni dei proponenti, è quello di, con un quadro esistente come lo conosciamo noi, creare conflitti di competenze tra operatori, di resistenze, di chiusure e conflitti inutili e evitabili con ricadute dirette sui cittadini.

Ripetiamo e ribadiamo che la figura dell'infermiere, come quella del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, del fisioterapista e delle altre figure professionali, dovrebbero essere funzionali alla reale creazione e messa in opera di un'unica squadra coesa per sostenere percorsi di salute e non solo.

Ma oggi non è ancora così.



Le famiglie devono farsi carico di spese, assistenza medica, reperimento di presidi e farmaci e via dicendo con spese ingenti e quindi con un crescente numero di persone che rinuncia alle cure.

La sfida dei prossimi anni sarà la medicina nel territorio.

Non la medicina del territorio.

NEL perché i servizi sanitari o saranno rivolti e gestiti nel territorio con equipe multidisciplinari flessibili, centrate sui bisogni della popolazione, composti da professionalità diverse che si integrano tra di loro, si supportano e concorrono al bene salute, oppure non saranno più tali.

Per questo che, ad esempio come Cittadinanzattiva Lazio, stiamo verificando la possibilità di creare nel Lazio **l'Ospedale di Comunità** che è esperienza già realizzata negli anni 90 in Toscana e che nella nostra Regione garantirebbe tre fondamentali passaggi:

1-riuso di strutture ospedaliere dismesse o sottoutilizzate in questi 11 anni di Commissariamento con la concreta possibilità di recuperare beni senza costruire ex novo e cementificare;

2-creare posti per post acuzie dove la persona verrebbe dimessa dall'ospedale in un percorso coordinato tra medici ospedalieri e medici di base e con la figura dell'infermiere di "comunità" che diventerebbe figura centrale del percorso nell'ospedale di comunità con connessione diretta e coordinata con il servizio CAD che si attiverebbe già alla dimissione ospedaliera e prenderebbe in carico la persona durante la permanenza nell'ospedale di comunità ;

3-all'interno dell'ospedale di comunità si potrebbero attivare servizi di cui le diverse popolazioni del Lazio hanno bisogno: Hospice (25 posti letto per malati terminali che si "tira dietro" 100 posti di assistenza domiciliare oncologica); riabilitazione (vista la scarsità di posti pubblici per la riabilitazione e la sempre crescente domanda di questo servizio) e via dicendo.

Ma tutto questo presuppone un piano di integrazione tra il sociale e il sanitario; la messa in campo di medici specialisti e di figure professionali in numero sufficiente per garantire la tenuta minima del sistema territorio.



Ecco in sintesi, Cittadinanzattiva Lazio ritiene che se si lavora in modo coordinato centrando sul territorio un nuovo modello di servizi sociosanitari creando sinergie e reti di cura con le diverse competenze professionali forse, e sottolineo forse, la sfida della medicina nel territorio potrebbe essere vinta.

Ma se invece la logica è quella della frammentazione, della creazione di ulteriori percorsi che “riconoscono”, danno patenti ai diversi operatori sanitari (legittimamente), che sostengono qualcuno o qualche legittimo interesse di riconoscimento formale (Albi o similari) ecco, credo che tale operazione abbia fatto il suo tempo e che non possa essere più sostenuta né sostenibile.

I cittadini chiedono di essere curati in tempi certi e con le migliori capacità tecniche, umane e relazionali possibili.

La creazione di percorsi innovativi dovrebbe essere l'obiettivo di una grande riforma del sociosanitario.

Questo documento è il frutto del confronto con le nostre sezioni del Tribunale per i diritti del malato del Lazio (sono 26 attualmente). Voglio riportarvi un messaggio che una delle nostre realtà ha ricevuto proprio dal personale infermieristico e che forse dice meglio di quanto possa aver fatto io e dia il senso della realtà:

“Cara Maria Teresa,
purtroppo stiamo ancora in grande affanno rispetto al personale infermieristico, non riusciamo neanche a coprire i turni sia a Tivoli che a Subiaco, vengono a darci una mano infermieri di altri servizi.

In realtà sulla carta figurano 8-9 infermieri ma di fatto a lavorare sono in 4 a Tivoli e 4 a Subiaco ed ai CCDD 1 infermiere per centro capisci bene che così come siamo messi anche fare le semplici domiciliari per la somministrazione farmacologica rappresenta un problema.

Sono state fatte richieste e di personale e di incontri alla UOC infermieristica, al momento non abbiamo avuto risposte.

Forse la Consulta può fare qualcosa.

Cordiali saluti.”



Ecco, quindi da persone concrete, perché i problemi che i cittadini ci pongono sono molto concreti, che vi chiedo: che senso ha una Proposta di Legge che riconosce qualcuno, quando il soggetto che dovrebbe essere il centro di tutte le attenzioni è sostanzialmente non correttamente curato?

Che senso ha?

Di leggi siamo pieni: DM 70, Piano nazionale delle cronicità, PDTA tutti strumenti necessari. Ma quando manca l'effettività dei diritti riconosciuti da queste norme tutto diventa drammaticamente inutile, senza senso, vuoto.

Cittadinanzattiva Lazio vuole essere da questo punto di vista soggetto promotore di un nuovo modo di immaginare il futuro.

Ribadiamo la centralità delle professioni sanitarie nella misura in cui queste sono al servizio del cittadino e non viceversa o per parziali riconoscimenti che, seppur legittimi, creano percorsi di altro tipo che ai cittadini non interessano, non sono centrali e non devono assolutamente interessare la comunità pubblica.

Lascio ai componenti la Commissione Salute della Regione Lazio il Rapporto sulle cronicità e il Rapporto Pit Salute nei quali sono contenuti dati ricevuti dalle segnalazioni dei cittadini e dal lavoro realizzato con il Coordinamento nazionale delle Associazioni di malati cronici e rari, nonché il Rapporto "Fuori dall'ospedale, dentro le mura domestiche".

Sono, spero, strumenti di conoscenza che giungono da cittadini e operatori sanitari e che potrebbero darvi ulteriori elementi di riflessione.

So che questo intervento non è stato caratterizzato da tatto e diplomazia, ma siamo in una situazione dove si è in colpevole ritardo e pertanto non posso accettare più nessun calcolo o remora: i cittadini vogliono servizi che funzionano, persone che si prendano cura di loro, famiglie che vengano sostenute.

Altre cose sono accessorie.

Perdonate, se potete, la franchezza con la quale ho espresso i dubbi e le perplessità di questa Proposta di Legge.



Non credo che la Regione Lazio debba seguire su questa via, su questo impianto altre Regioni che hanno prodotto norme simili. Ma debba avere un obiettivo alto, sfidante e di innovazione normativa vera, reale, funzionale alla costruzione del welfare del futuro.

La stagione degli Albi, dei Regolamenti, della burocrazia è, purtroppo, la prova provata della debolezza del pensiero politico, strategico, inclusivo.

Ci si rifugia in questi strumenti perdendo di vista il senso profondo, il perché e soprattutto chi abbiamo di fronte

Ecco a voi chiedo di fare uno sforzo di immaginazione e di scommettere su un nuovo modo di fare le cose.

Mi piacerebbe che la scommessa sia sulla concretezza delle situazioni e non su formalismi vuoti e sterili che producono nulla sommato a nulla.

Ringrazio ancora la Commissione per questa opportunità e restiamo a disposizione per ulteriori interlocuzioni.

Voglio concludere questo intervento con una frase per me centrale pronunciata da un medico che divenne DG di una ASL di Roma e troppo presto ci ha lasciato: Andrea Alesini:

“Sembra assurdo che i servizi nati per l’uomo debbano essere ricondotti ad una dimensione umana, perché l’hanno persa o mai l’hanno avuta. Eppure è questo l’unico obiettivo concreto, rimettere gli uomini e le donne al centro del sistema.”

Ecco io credo profondamente in questa frase e ritengo che l’impegno di tutti si debba conformare a questa idea possibile. Anche oggi a distanza di oltre 20 anni dalla sua scomparsa.

Il segretario regionale di Cittadinanzattiva Lazio

Elio Rosati