

Al Direttore Generale  
ASL RM B

e p.c.,

Al Commissario ad Acta  
per la Sanità della Regione Lazio

Al Presidente  
Ordine dei Medici di Roma e Provincia

Oggetto: Contestazione delibera n. 318 del 1-07-2014 Asl RM B.

La deliberazione di cui in oggetto istituisce nell'Ospedale per acuti S. Pertini una unità di degenza a gestione organizzativa infermieristica cui è affidata la "diretta responsabilità dell'organizzazione e della gestione del modulo di degenza a media bassa complessità".

Questo modulo di degenza si propone "in un modo alternativo alla degenza classica ospedaliera" e viene istituito per una tipologia di pazienti impropriamente definito a carattere post e sub acuto.

Inoltre, le modalità organizzative e il percorso del paziente, così come sono prefigurati nella deliberazione, non rispondono in nessun modo alle specifiche competenze professionali delle professioni infermieristiche.

Infatti:

- 1- Una UOC a Direzione Medica non può affidare in "pre dimissione" un paziente caratterizzato per un quadro diagnostico e terapeutico ben definito, alla gestione diretta di altra professionalità non in possesso di specifiche competenze per la gestione diretta ed autonoma dell'evoluzione del quadro diagnostico terapeutico;
- 2- Le indicazioni di cura, che discendono dalla definizione diagnostica, non possono avere soluzione di continuo di riferimento e di responsabilità nell'ambito della degenza ospedaliera; tanto meno, vanno confuse le indicazioni terapeutiche con il piano di assistenza, che deve solo recepire ed attuare le indicazioni stesse;
- 3- Vale la pena di precisare che le indicazioni di cura e il piano assistenziale sono due aspetti diversi del processo di cura del paziente che fanno riferimento a specifiche competenze professionali; le prime attengono in via esclusiva e non derogabile alle competenze del medico e il secondo alle competenze delle professioni infermieristiche, che possono in tale ambito – ma solo in quello - agire anche in modo autonomo;

- 4- Una Unità di degenza ospedaliera per pazienti unicamente caratterizzati da un definito quadro clinico diagnostico non può essere gestita da figure professionali che non abbiano competenza e “padronanza” dell’elemento centrale che determina e giustifica la degenza stessa e nell’ambito del quale vanno operate quotidianamente le valutazioni e le scelte diagnostico-terapeutiche;
- 5- La dimissione, che nella prassi non è mai “pre dimissione”, è sempre stabilita a seguito di una valutazione clinico diagnostica che la giustifica; tale valutazione ha carattere dinamico ed è di esclusiva ed inderogabile competenza medica, come sancito dal Codice di Deontologia Medica in modo incontrovertibile e vincolante per tutti i medici.

Inoltre, non può non sottolinearsi come la delibera – per come concepita nelle finalità e nell’attuazione – sollevi gravi problematiche di carattere medico legale anche a carico dell’Azienda, che risponde dell’operato dei propri dipendenti.

Non v’è dubbio che essa istituisce un vero e proprio reparto di ricovero e cura, tanto che la gestione dei pazienti, come già detto sopra, è attuata “per differente intensità di cura (alta, media e bassa)”. Se ciò è vero, contrariamente a quanto indicato nella premessa della delibera stessa, sembra inappropriato parlare di “gestione intra-ospedaliera” dei malati (perché inappropriata è la definizione usata), in quanto essi presentano “ancora un rischio di instabilità clinica”, tanto da non poter “essere dimessi al domicilio”.

E’ d’altronde impensabile che l’Azienda voglia attuare, al suo interno, “tipologie di risposta per la post e sub acuzie realizzando strutture di tipo intermedio che possano permettere di curare questo tipo di pazienti in modo alternativo alla degenza classica ospedaliera”, in quanto è indubbio che nelle aziende ospedaliere non vi sia posto per “strutture di tipo intermedio”.

Nella delibera si ritiene “che la degenza soprattutto dei pazienti affetti da patologie cronico-degenerative con malattie acute, può essere ottimizzata mediante processi di *case management* attivando precocemente la valutazione multidimensionale”. Orbene, è noto che nella prassi sanitaria – soprattutto di derivazione anglosassone – con l’espressione “case management” si intende definire “*l’insieme coordinato delle operazioni e dei processi volti a garantire che un assistito riceva i servizi di cui abbisogna nel modo migliore possibile, sia dal punto di vista dell’efficacia sanitaria che da quello dell’ottimizzazione economica. I compiti di base del case management includono: l’effettiva valutazione del bisogno dell’assistito, la cura e la pianificazione, l’implementazione del servizio e la revisione periodica dello stato di avanzamento della cura*”.

Se tali sono le competenze, è evidente che, pur considerando ipoteticamente utile (anche se non indispensabile) un sistema organizzativo dedicato alla gestione di pazienti destinati ad un percorso di continuità assistenziale, non sia possibile affidare questi malati alla gestione diretta e autonoma di personale sanitario non medico.

Si ribadisce infatti che fino alla dimissione, il paziente deve essere affidato al medico, il quale è l’unica figura professionale in possesso della competenza esclusiva sulla determinazione della diagnosi, sulle scelte terapeutiche e, quando possibile, sul momento e sulle modalità della dimissione. Infatti, è solo il medico ad assumersi la responsabilità delle proprie azioni di diagnosi e cura nei confronti del paziente.

Non è pertanto concepibile, soprattutto per gli inevitabili rischi che tale scelta comporta - sia per le figure professionali, che per l'Azienda - che sussista una "presa in carico dei pazienti sulla base di un piano terapeutico-assistenziale individuale (PAI) **concordato** con le UOC ospedaliere di provenienza", né che i Medici della Unità Operativa di riferimento siano chiamati a **valutare, "con l'infermiere case manager o coordinatore infermieristico**, le condizioni di eleggibilità dei pazienti prima dell'ammissione all'AMBI", in quanto il personale non medico non ha e non può avere, per evidenti motivi di preparazione, formazione e differente professionalità, alcuna competenza in ordine alle scelte terapeutiche per la gestione dei pazienti.

Per analoghi motivi, si richiama l'attenzione anche sulla previsione secondo cui "la responsabilità dell'applicazione del PAI è a carico del personale infermieristico, che gestisce direttamente il paziente, fornendo prestazioni di differente peso assistenziale sulle 24 ore" (laddove sembra doversi intendere anche la gestione terapeutica del malato, viste le altre indicazioni della deliberazione), posto che ciò esula da quanto previsto dal D.M. 14.09.1994 n. 739 (Regolamento concernente l'individuazione della figura e del profilo professionale dell'infermiere), secondo il quale: *"l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica; l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali per l'espletamento delle funzioni e si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto"*.

Pertanto, si ritiene assolutamente impropria e lesiva dei diritti dei pazienti la creazione di una "Area assistenziale a media-bassa intensità a gestione organizzativa infermieristica".

La CIMO contesta la deliberazione in oggetto e ne chiede l'immediata revoca in quanto determina una inaccettabile commistione di competenze e realizza un contesto organizzativo non professionale, giuridicamente illegittimo e ad elevato rischio medico legale. Ma è ancora meno accettabile la discriminazione nei confronti dei cittadini che fruiscono delle cure, in quanto solo chi avrà la possibilità sceglierà cure più appropriate e si sottrarrà a tale discriminazione.

In più, il preteso miglioramento dell'efficacia e della qualità delle cure che viene prefigurato con l'istituzione di questa unità di assistenza non è sostenibile in quanto, aggiungendo una sorta di passaggio assistenziale intermedio, determina una frammentazione inutile del processo di cure e del percorso del paziente che ha già risposte assistenziali congrue nella rete delle post acuzie già esistenti nell'ambito delle cure primarie.

La CIMO è certa che per valorizzare le professioni infermieristiche riconoscendone l'evoluzione importante della qualificazione professionale non siano necessarie commistioni e sovrapposizioni di competenze professionali che rischiano di creare confusioni, contrapposizioni e conflitti che inevitabilmente comporterebbero l'esatto contrario del benessere organizzativo che si dovrebbe perseguire per evitare disservizi; ben altro è il percorso utile a perseguire questo giusto obiettivo e ben altre sono le attese della

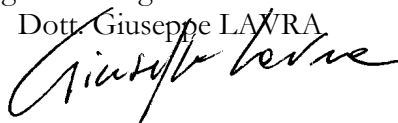
maggioranza degli operatori delle professioni infermieristiche che quotidianamente svolgono con buona coscienza professionale la propria attività sul campo.

Infine, perseverare nell'illogicità dell'atto deliberativo in questione significherebbe, di fatto, negare la stessa utilità e la preziosa peculiarità delle professioni infermieristiche perché sarebbero snaturate per essere adibite a svolgere un ruolo "similmedico" per il quale non sono formate e perché sarebbero anche esposte a rischi professionali assurdi.

In attesa di un sollecito ed auspicabile positivo riscontro si porgono distinti saluti.

Il Segretario Regionale CIMO Lazio

Dott. Giuseppe LAVRA



Roma 15/09/2014