

Cgil Cisl Uil Fp, potenziare SSN con infermiere di famiglia

Sanita: Cgil Cisl Uil Fp, ok a potenziare Ssn con infermiere di famiglia e comunita. Valorizzare tutte le figure professionali coinvolte nelle attivita territoriali. In allegato il testo consegnato nel corso dell audizione al Senato.

01-07-2020

Roma, 30 giugno - La strutturazione della figura dellâ€™Infermiere di famiglia e di comunitÃ (Ifc), allâ€™interno del Distretto, puÃ² offrire un contributo necessario e importante al fine di garantire, attraverso la presa in carico anche domiciliare dei casi, lâ€™individuazione precoce della malattia, la prevenzione delle complicanze, la gestione delle cronicitÃ e non ultimo la riduzione del sovraccarico sui Pronti Soccorso e sugli Ospedali. Ã^ quanto si legge nel testo di Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl consegnato nel corso dellâ€™audizione presso la commissione Igiene e SanitÃ del Senato sul ddl 1346 (infermiere di famiglia), nel sottolineare la necessitÃ che â€œlâ€™Ifc sia alle dipendenze del Servizio sanitario nazionaleâ€•.

Partendo da questo assunto, fanno notare i sindacati, â€œnon appare chiarissima la finalitÃ del Ddl in ordine alla natura della figura che si vuole disciplinare: lâ€™Ifc Ã¨ attualmente oggetto di formazione post laurea ma, comâ€™Ã¨ noto, non Ã¨ una professione sanitaria a sÃ©â€•. Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl rilevano che â€œnon essendo ad oggi la figura oggetto di accordo Stato-Regioni, ai sensi della L.43/2006 non appare chiaro come finirebbe per inserirsi lâ€™infermiere di famiglia e di comunitÃ istituito dal DDL nellâ€™attuale quadro normativo che regola le professioni sanitarie e le figure di natura specialistica, col rischio di ingenerare ulteriore "confusione".

CosÃ¬ come, proseguono, â€œdesta piÃ¹ di una domanda quanto disciplinato dallâ€™art. 2 comma 2 del Ddl, in quanto indica in modo non equivocabile che lâ€™attivitÃ prevista sia da considerarsi non in continuitÃ con quella di carattere ospedaliero, ma in alternativa, disegnando cosÃ¬ uno scenario nel quale, a paritÃ di patologia, sia possibile trattare pazienti o in ospedale o al domicilio. Viene da chiedersi, perciÃ², in un contesto in cui le strutture ospedaliere sono da tempo e in maniera assoluta dedicate alle acuzie, quali patologie possano essere trattate piÃ¹ appropriatamente di quanto non accada ora presso il domicilio del paziente. Questa previsione, inoltre, non risulta coerente con i contenuti del successivo art. 4 il quale, nellâ€™attribuire le competenze allâ€™infermiere di famiglia le fa in gran parte coincidere in termini di funzioni con quelle ora attribuite allâ€™assistenza domiciliareâ€•.

Questâ€™ultima misura, inoltre, â€œoltre a correre il rischio di ingenerare processi confusivi e sovrapposizioni di competenze, se messa in coerenza con la previsione di rapporti di lavoro di natura esclusivamente convenzionale, potrebbe far intravedere il rischio di un massiccio processo di dismissione della gestione diretta da parte del Ssn di queste funzioni. Quanto sopra risulta in netto contrasto con la scelta di un Ssn basato sullâ€™integrazione e sulla continuitÃ fra percorsi ospedalieri e percorsi territoriali e in profonda antitesi con quanto emerso durante lâ€™emergenza Covid-19 sulla necessitÃ di potenziare il ruolo del Distretto e delle attivitÃ in esso incluseâ€•.

Infine, â€œema prioritario in termini dâ€™importanzaâ€• per Fp Cgil, Cisl Fp, Uil Fpl, â€œcâ€™Ã¨ il tema della tipologia del rapporto di lavoro, convinti come siamo che la dipendenza sia la strada di gran lunga migliore e piÃ¹ sicura per garantire sia i cittadini che chi lavora. In questi anni abbiamo misurato con mano, e la tragedia della pandemia lâ€™ha messo di fronte agli occhi di tutti, i danni prodotti da un sostanziale depauperamento e da una progressiva precarizzazione dellâ€™occupazione del nostro servizio sanitario nazionale, cosÃ¬ come quelli derivanti da unâ€™eccessiva frammentazione dei processi organizzativi e clinici legati al sistema delle cure primarieâ€•.

La scelta operata dal Ddl in questione, â€œche modificando lâ€™articolo 3 del Dlgs 502/92 inserisce lâ€™Infermiere di famiglia e di comunitÃ quale â€˜terzo pilastroâ€™, dopo i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta, ma come soggetto esterno e in convenzione rispetto ai servizi a gestione diretta delle aziende sanitarie, rischia invece di decontestualizzarne lâ€™intervento dal sistema delle cure primarie, smentendo in parte le condivisibili intenzioni riguardo il fatto che lâ€™Infermiere di famiglia e di comunitÃ debba agire in un contesto multiprofessionale e quale parte integrante di quel sistema.Tale scelta, se confermata, andrebbe in direzione contraria a ciÃ² che sarebbe necessario fare in tema di riforma del sistema delle cure primarie, e cioÃ¨ ricondurre ad unitÃ , nella sua complessitÃ , la presa in carico e la continuitÃ assistenziale delle personeâ€•.

â€œRiteniamo invece che nella strutturazione dellâ€™Infermiere di famiglia e di comunitÃ allâ€™interno delle attivitÃ distrettuali, sia necessario apportare modifiche atte alla creazione di una rete assistenziale e di presa in carico che coinvolga, oltre che lo stesso infermiere, anche le professioni sanitarie ostetrica, tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione, professioni sanitarie che compiutamente rispondono allâ€™attuale esigenza di salute sul territorio, definendone con chiarezza la piena autonomia, determinando la loro dipendenza, come quella di tutti i professionisti interessati, da direzioni delle professioni sanitarie affidati ai relativi direttori dando piena attuazione a quello che Ã¨ il dettato normativo della 251/2000. Mai come in un momento delicato come questo per il paese Ã¨ fondamentale che la politica sappia cogliere tutte le esigenze per meglio rispondere alla tutela della salute dei cittadiniâ€•, concludono.
Â
IN ALLEGATO IL TESTO INTEGRALE