

Salute in crisi di identità.

Nicola Draoli, Presidente Ordine Professioni Infermieristiche Grosseto – 16/03/2018

Nella nostra cultura sanitaria siamo abituati a considerare la salute come un elemento determinato dall'assenza di una serie di indicatori quantitativi fisiopatologici. La complessità del sistema sociale in cui viviamo oggi rende però la persona una persona "liquida". Possiamo sentirci sani pur essendo classificati come malati e viceversa. I luoghi di cura sono sempre più sfumati tanto che possiamo dire che il luogo di cura è la persona stessa (P. Arcadi, 2015).

La salute da coltivare non può essere quella definita dagli asterischi presenti o assenti nei risultati degli esami del sangue o dell'urina: è quella che può nascere in un condominio solidale, dove i compiti di cura dei vecchi, dei bambini e di chi è malato sono condivisi e sostenuti da una rete di risorse interne ed esterne. O in un gruppo di educazione terapeutica fondato sull'aumento e sullo scambio di competenze per la miglior gestione di pazienti disabili. O in un progetto di sostegno e orientamento nella rete dei servizi per le famiglie che affrontano i primi segni di decadenza cognitiva di un familiare anziano. O in un'iniziativa per migliorare il gusto e la piacevolezza del cibo in un reparto di ematologia (...)(G. Bert, S. Quadrino, 2016)

La salute è quindi una sfera da analizzare esclusivamente dal punto di vista qualitativo prima che quantitativo e risente di una imprescindibile soggettività che, se mai può essere studiata, ha bisogno di forti competenze relazionali e di un tempo di cura adeguato. Elementi entrambi rari nelle organizzazioni sanitarie moderne. Ad esempio secondo una ricerca ISTAT del 2018 Quasi 9 milioni di italiani hanno paura di restare soli al momento del bisogno. Anziani, con basso titolo di studio e scarso reddito, ma non solo. La solitudine spaventa a tutte le età. La malattia oggi ha una sorella gemella che non è più la morte ma l'abbandono sociale, sanitario....umano.

Questo paradigma culturale di fondo che ancora non sondiamo abbastanza, forse perché ci coglie impreparati e non fornisce quelle sicurezze che la medicina moderna ci ha dato nell'elargire rassicuranti classificazioni sui processi e sugli esiti si impianta in un quadro epidemiologico e anagrafico che sposta l'attenzione dalla diagnosi e l'acuzia all'assistenza e alla presa in carico di lunga durata.

Del resto la spesa sanitaria media per un cittadino dipende dall'età e quindi tanto più la distribuzione di età si sposta in alto e tanto più la spesa dovrebbe aumentare, verosimilmente in un range tra i 2,5 e i 5 miliardi l'anno.(<http://www.cermlab.it/wp-content/uploads/cerm/PROJECTIONS.pdf>)

Uno stato di salute medio ottimo, comparato con gli altri paesi, principalmente dovuto ad abitudini di vita migliori (cibo, relazioni, fumo, alcool, attività fisica) ha reso il problema meno grave e in un qualche senso meno misurabile in termini di risultato, ovvero abbiamo scoperto che molti determinanti di salute oggi importanti sono molto meno controllabili di una volta. In fondo abbiamo la vita media tra le più lunghe del pianeta. Ma se andiamo a guardare il dettaglio di quello che sta succedendo ci rendiamo conto delle crepe del sistema. La qualità della vita negli ultimi anni di vita sta peggiorando. Lo Stato aiuta in modo molto limitato le famiglie per quanto riguarda la presa in carico degli anziani, quasi tutti con patologie croniche.

(L. Foresti, 2017)

Quello che l'Istat definisce "supporto" sociale altro non è se non la percezione che i cittadini hanno di essere lasciati più o meno soli nel momento del bisogno e di avere qualcuno che fa per loro da caregiver. La

salute dipende quindi sempre meno dai professionisti quando questi erogano prestazioni, ma sempre più quando questi svolgono funzioni di advocacy, di collettori, di tramite, di attivatori di risorse, di educatori, di facilitatori dell'empowerment e dell'autocura, di profondi conoscitori del welfare.

E purtroppo, proprio secondo il rapporto PIT SALUTE 2017 di Cittadinanzattiva l'Assistenza territoriale: va peggiorando che in passato. In aumento anche le difficoltà relative all'assistenza territoriale (dall'11,5% del 2015 al 13,9% del 2016): in particolare, quasi un cittadino su tre (30,5%) segnala problemi con l'assistenza primaria di base, soprattutto per rifiuto prescrizioni da parte del medico e per l'inadeguatezza degli orari dello studio del medico di base. In seconda battuta, il 16,6% ha difficoltà all'interno delle strutture residenziali come RSA e lungodegenze, a causa dei costi eccessivi della degenza (per quasi due su cinque), della scarsa assistenza medico-infermieristica (meno di uno su tre) e delle lunghe liste di attesa per l'accesso alle strutture (uno su cinque).

I cittadini lamentano maggiormente le difficoltà relative all'ottenimento delle informazioni e all'iter burocratico delle pratiche: si tratta del 32,7% del totale delle segnalazioni. In misura del 14,3% per il 2016 e del 12,6% per il 2015 i cittadini segnalano anche che nella loro zona di residenza o domicilio il servizio non è nemmeno attivo.

La risposta dell'infermieristica e dell'infermiere.

La salute in ottica sistemica è alla base della matrice disciplinare infermieristica; detto così parrebbe pura speculazione teorica, ma non lo è. Oggi abbiamo molto più di ieri la possibilità di mettere in atto interventi di promozione e aiuto nei luoghi di vita, sul territorio, perché le richieste di 'salute' vanno sempre più in questa direzione [...] ma per farlo occorre sperimentare, osare, proporre. [...] Proprio in virtù di ciò che gli assistiti e i *caregiver* percepiscono (come abbiamo visto) c'è la necessità di identificare qualcuno che li supporti nel percorso decisionale legato al proprio stato di salute e che ne favorisca l'autodeterminazione (Choi PP, 2015).

Pertanto, riconoscendo all'infermiere le conoscenze tecnico scientifiche e relazionali peculiari della professione, unitamente al ruolo di maggiore prossimità nei confronti dell'assistito rispetto ad altre figure sanitarie, è facile intuire come il paziente, inevitabilmente, elegga l'infermiere come colui che è in grado di difendere e sostenere se stesso, le rispettive famiglie e le comunità (Arcadi P. et al., 2016; Kaur Khalsa SG, 2016).

Vengono inoltre descritti alcuni fattori che ostacolano l'attuazione del ruolo di garante, quali la mancanza di chiarezza concettuale da parte del professionista coinvolto, la mancanza di supporto da parte della direzione/organizzazione e dei colleghi, il sentimento di paura connesso al rischio di incorrere in sanzioni e/o conflitti con altre figure professionali, la carenza di risorse umane e materiali, la mancanza di comunicazione e di tempo da parte dell'infermiere ma anche la mancanza di una propria motivazione, competenza ed esperienza (Negarandeh R et al., 2006; Tomaschewski-Barlem JG et al., 2015, 2016; Water T et al., 2016).

Nella maggior parte delle situazioni descritte, la posizione di garanzia è assunta dal singolo e non si configura come pratica collettiva, riducendone le effettive potenzialità e i possibili esiti, poiché non condivisi. In tal senso, si rinforza quanto indicato in letteratura, ovvero che la responsabilità legata al ruolo di tutela e garanzia debba imprescindibilmente essere configurata come un dovere collettivo (Ventimiglia R., Arcadi P., 2017).

Anche l'osservatorio FNOPI/Cittadinanzattiva ci dice che il 52% circa dei cittadini reputa **insufficiente il numero degli infermieri** e ne chiede un potenziamento per evitare che i **carichi burocratici**, che quasi un paziente su due vede pesare eccessivamente sugli infermieri, incidano negativamente su qualità e sicurezza dell'assistenza.

Più infermieri sul territorio: 3 cittadini su 5, ovvero il 78% riterrebbe utile poter scegliere e disporre di un **infermiere di famiglia** come si fa con il medico, in particolar modo (80%) per poterlo consultare in caso di lesioni da decubito. Infine, l'84% accoglierebbe volentieri un **infermiere nei plessi scolastici**.

CONCLUSIONI.

È necessario mettere da parte tecnicismo e modelli prestazionali.

Che la politica abbia il coraggio di ripensare profondamente i modelli organizzativi, saturando le competenze che le varie professioni possono erogare, offrendo un maggiore Empowerment degli infermieri per suddividere maggiormente il lavoro con i medici rispetto a quanto viene fatto oggi, e spostando l'asset dalla cura al prendersi cura

Va ritrovata una nuova e profonda sinergia tra professionisti e cittadini per sviluppare le libertà di scelta e di indirizzo della popolazione.

De-medicalizzazione di molti aspetti della vita che sono considerate oggi patologie da dover essere trattate in modo aggressivo

Spostamento massiccio dagli ospedali e RSA al domicilio delle persone dei servizi

Aumento della spesa e dell'attenzione verso "l'allenamento a stare in salute" prendendo risorse dalla cura delle patologie (Dobbiamo non fare ammalare le persone e non semplicemente curarle quando si ammalano)

Da una medicina reattiva ad una medicina proattiva

Un sistema di pagamento degli erogatori che allinei gli interessi economici e di salute dei pazienti. Ovvero all'erogatore deve interessare essere il meno interventista possibile e prevenire la malattia. Questo significa una remunerazione procapite e non a prestazione