

Infermieri e medici: un rapporto da costruire

Mauro Marin

Medico di medicina generale
Pordenone
AIMEF

È necessario garantire il coordinamento degli interventi nell'assistenza sanitaria territoriale per la gestione delle patologie croniche e dei pazienti fragili. Bisogna quindi evitare le contrapposizioni e dare priorità ai bisogni multidisciplinari degli utenti rispetto a rivendicazioni corporative

L'esperienza inglese ha dimostrato che gli infermieri di famiglia autonomi non riducono il carico di lavoro dei medici di famiglia (*BMJ* 2004; 328: 927), hanno un costo simile ai medici per il sistema sanitario (*BMJ* 2000; 320: 1048-53) e inoltre presentano ancora difficoltà a uniformare la pratica clinica alle evidenze della letteratura scientifica (*Family Practice* 2005, 22/5: 490-497; *J Adv Nurs* 2005, 52/4: 432-44). L'assistenza dopo la dimissione a pazienti con scompenso cardiaco da parte di infermieri specializzati, rispetto al solo follow up cardiologico tradizionale, appare inutile in quanto non riduce la mortalità e i ricoveri (*Arch Intern Med* 2008, 168: 316).

Appare dunque anacronistica la proposta di istituire l'infermiere di famiglia convenzionato che lavori in autonomia nel contesto attuale in cui tale modello appare superato anche per i medici di medicina generale a favore del lavoro multidisciplinare negli studi associati o nei distretti sanitari.

■ Sinergia e non contrapposizione

Per non compromettere la qualità delle cure è importante che le competenze mediche e infermieristiche non si sovrappongano, ma agiscano in modo sinergico con ruoli chiari e interdipendenti.

Gli assistiti del Servizio sanitario nazionale hanno il diritto di ricevere l'assistenza "multidisciplinare" necessaria ai loro bisogni di salute in tempi utili e che sia garanti-

ta da un effettivo coordinamento degli interventi sul territorio. Attualmente le diverse figure professionali operanti sul territorio lavorano spesso in assenza di un rapporto gerarchico tra di loro.

È contrario all'interesse pubblico nonché compromettente l'esito terapeutico che il medico e l'infermiere professionale lavorino a favore dello stesso paziente ignorandosi in forza della loro autonomia, invece di interagire in modo continuo e collaborativo riconoscendo reciprocamente la necessità di un lavoro condiviso con pari dignità, ma con un coordinatore accettato ed effettivo.

In assenza di un coordinamento definito delle autonomie professionali, è alto il rischio di sovrapposizione di competenze, duplicazioni onerose di prestazioni, mancanza di continuità assistenziale e di risposte univoche alla domanda di cure multidisciplinari, conflitti tra operatori e frammentazione delle responsabilità che mettono in pericolo la sicurezza degli assistiti nel loro percorso di cure.

■ Il profilo dell'infermiere

La professione infermieristica ha acquisito una sua autonomia operativa con l'insegnamento universitario del "nursing" (www.evidencebasednursing.it) e grazie alla legge n. 42 del 26 febbraio 1999, pubblicata in *Gazzetta Ufficiale* n. 50 del 2 marzo 1999, con cui è stato abrogato il limitante mansionario contenuto nel DPR 225/1974 e i compiti propri del ruolo sono stati riferiti al

profilo professionale dell'infermiere contenuto nel DM sanità n. 739 del 14 settembre 1994 secondo cui l'infermiere:

- è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica;
- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività;
- formula gli obiettivi di assistenza infermieristica;
- pianifica, gestisce e attua l'intervento assistenziale infermieristico;
- valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- collabora con il restante personale;
- si avvale, quando necessario, del personale di supporto affidatogli;
- garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

Già l'enunciazione di questi compiti chiarisce i limiti tra professione medica e infermieristica e stabilisce un dovere di interdipendenza tra infermieri e medici.

Al medico compete il ruolo e la responsabilità nella diagnosi e terapia, secondo la definizione di atto medico già dettagliata nella sentenza n. 3403/1996 della Cassazione Sezione Penale VI. Invece all'infermiere professionale compete la responsabilità dell'assistenza infermieristica e dell'eventuale coordinamento del personale subordinato conferitogli in affidamento, ma pure un dovere di collabora-

zione che si concretizza specificamente anche nella corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche stabilite per propria competenza dal medico. Dunque, lo stesso profilo professionale degli infermieri stabilisce un inequivocabile rapporto di subordinazione al medico nell'applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, la cui omissione può avere rilevanza penale (art. 328 CP).

Se l'infermiere professionale disattende gli ordini del medico di segnalare l'insorgenza di una emergenza richiedente cure non rinviabili a favore dell'assistito in carico, si rende responsabile di omicidio colposo nel caso che lo stesso assistito deceda per mancanze di cure urgenti, secondo la sentenza n. 9638 del 2 marzo 2000 e 13 settembre 2000 della Cassazione Sezione Penale IV.

■ Il medico di famiglia

L'art. 5 dell'allegato H al DPR 270/2000, riconfermato nell'ACN 2005 per la medicina generale, afferma che il coordinatore dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) all'assistito del Ssn è il medico di medicina generale, il cui ruolo nell'assistenza primaria dei diversi sistemi sanitari è universalmente riconosciuto (*Ann Intern Med* 2005, 142/8: 691-99; *NEJM* 2007, 357: 181-190) e la cui pratica clinica è regolata da diverse linee guida (www.mafpofmedicine.com).

Nel lavoro multidisciplinare tutti i sanitari sono portatori di una posizione di garanzia verso l'assistito che consiste nell'obbligo di attivarsi per quanto di propria competenza e comporta una valutazione della responsabilità personale di ogni operatore nell'intero percorso di cura ai sensi dell'art. 40, comma 2, e 110 CP, secondo la sentenza n. 9739 del 1 dicembre 2004 e 11 marzo 2005 della Cassazione Sezione Penale IV. Ciò dimostra l'importanza di una buona comunicazione tra sanitari con diversi profili.

■ Un lavoro di équipe

Nel Servizio sanitario nazionale c'è spazio per tutte le figure professionali, ma le riforme organizzative razionali devono essere fondate sui bisogni reali di salute degli utenti, prima che sulle aspettative di realizzazione degli operatori. È indubbio che un lavoro usurante come quello dell'infermiere professionale debba avere un'adeguato riconoscimento economico e di ruolo (*J Health Hum Serv Adm* 2007; 29/4: 380-408), ma appare irrealistico ritenere che una singola categoria di sanitari possa avere un ruolo di totale autonomia in una realtà di lavoro multidisciplinare fortemente caratterizzata dall'interdipendenza tra operatori nell'interesse prioritario dell'assistito e del Ssn.

In Italia già l'art. 45, lettera B5, del DPR 270/2000 ha previsto la figura dell'infermiere professionale in qualità di operatore sanitario nello studio di medicina generale, ponendo le basi per un lavoro di équipe negli studi medici associati sul territorio.

Nella pratica, la titolarità delle cure primarie non appartiene sempre a un singolo sanitario, ma è condizionata dai bisogni specifici e accertati dell'assistito del Ssn che, attraverso il suo consenso informato, decide, quando è in grado di farlo, quali cure e quale assistenza accettare. Ciò determina la priorità degli interventi e la maggiore utilità dei singoli sanitari in momenti diversi del processo di cura, sebbene l'assistenza di competenza infermieristica rimanga comunque vincolata ai percorsi di diagnosi e terapia di esclusiva competenza medica.

Perciò il dibattito sui rapporti tra le due professioni dovrà maturare da un paradigma competitivo di diffidenza ad un paradigma collaborativo di riconoscimento per costruire un senso di appartenenza comune al pubblico servizio, orientato a obiettivi condivisi di qualità e sicurezza dell'assistenza e dell'ambiente di lavoro.

A questo proposito è auspicabile che Regioni e Aziende sanitarie locali inizino a organizzare eventi ECM di formazione continua, anche comuni per medici e infermieri, allo scopo sia di promuovere il lavoro multidisciplinare secondo linee guida e protocolli aziendali e sia di favorire la reciproca conoscenza dei ruoli e delle persone per coinvolgere e motivare i diversi sanitari al lavoro di équipe nel rispetto reciproco.

Infatti, gli atteggiamenti di collaborazione interprofessionale sono considerati positivi dove il modello complementare e non gerarchico tra professioni viene promosso a partire dalla formazione (*Int J Nurs Stud* 2003; 40: 327-354).

L'attuazione di un lavoro d'équipe richiede una reciproca conoscenza e definizione dei ruoli, fondata prima sui riferimenti normativi e poi su una comunicazione efficace.

■ Funzioni di Regioni e Asl

Sebbene il DLgs. n. 517/1993 abbia attribuito alle Regioni il compito di regolamentare l'organizzazione del servizio infermieristico, rimane compito esclusivo dello Stato fissare i requisiti per l'esercizio di professioni sanitarie secondo l'art. 6, comma 1, lettera q, della legge n. 833/1978 la cui violazione configura il reato di esercizio abusivo della professione previsto dall'art. 348 del codice penale o il suo concorso previsto dall'art. 40, comma 2, del codice penale.

La Corte Costituzionale con la sentenza n. 424/2006 ha ribadito che l'individuazione delle figure professionali con i relativi profili è riservata allo Stato, in conformità ai requisiti fissati dalla legge 251/2000 e n. 43/2006.

Ciò significa che Regioni e Asl non hanno il potere di attribuire agli infermieri, attraverso protocolli, compiti di diagnosi e cura estranei al profilo professionale di cui al DM sanità n. 739/1994 e rientranti invece nelle competenze esclusive dei medici, in quanto esse pos-

sono modificare l'organizzazione sanitaria ma non i profili professionali che sono di competenza statale.

Regioni e Asl possono invece favorire l'integrazione tra il lavoro del medico e dell'infermiere con protocolli rispettosi dei ruoli che definiscano efficaci modalità di interazione nei complessi processi di cura multidisciplinari.

Fanno eccezione i casi limitati di stato di necessità (art. 54 CP) in cui, già ai sensi del DPR 27.03.1992 (*Gazzetta Ufficiale* n. 76 del 31.03.1992) all'art. 10, si affermava che il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare terapie e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

L'analisi del Cergas Bocconi sugli organici infermieristici in Italia (*Il Sole 24Ore Sanità* 2007; 22: 32) ha rilevato che le stime sulla reale carenza di infermieri in Italia sono autoreferenziali della categoria, prive di una dimostrata razionalità economica delle dotazioni organiche delle aziende del Ssn e contraddittorie rispetto alle difficoltà che invece molte agenzie interinali incontrano a inserire nel sistema i loro infermieri stranieri. Inoltre tali ricerche non si considerano come variabili l'utilizzo attuale di personale infermieristico del Ssn in impropri ruoli di segreteria e amministrativi meno usuranti, l'eterogenicità dell'attuale categoria degli infermieri in merito alla formazione e all'aggiornamento certificato, la preferenza di parte della categoria infermieristica per la sicurezza e gli istituti del lavoro dipendente subordinato piuttosto che l'incertezza dell'autonomia del lavoro libero-professionale.

■ Domande aperte

Rispetto a una categoria che conta 340.000 infermieri iscritti dall'Ipav, se nelle strutture sanitarie ita-

liane mancassero, come da risultati di indagini, realmente 60.000 infermieri, dove si dovrebbero ricercare gli ulteriori altri 45.000 infermieri laureati per la nuova figura ipotizzata di infermiere di famiglia organizzato con uno studio proprio come per i quasi 47.000 medici di medicina generale italiani?

Il Servizio sanitario nazionale ha veramente bisogno di 60.000 nuovi dirigenti sanitari oppure di 60.000 sanitari assistenti direttamente i soggetti fragili a domicilio nell'ambito di un'organizzazione coordinata?

Forse l'emergenza vera è la carenza di personale ausiliario qualificato, di norma gestito dalle cooperative, che nelle strutture sociali per anziani presenta spesso un alto turn over a causa dei bassi salari e appena acquisisce una formazione certificata emi-

gra nelle aziende del Ssn che offrono migliori retribuzioni, lasciando così nelle case di riposo i soggetti fragili alle cure di nuovo personale con scarsa esperienza e qualificazione. Il D.Lgs 229/1999 all'art. 3 septies, riconosce le denominazioni "prestazioni sociali a rilevanza sanitaria" a favore di soggetti fragili fornite da personale non sanitario e promuove l'integrazione socio-sanitaria tra le attività delle Aziende sanitarie e dei Comuni.

Non è dunque interesse pubblico prioritario che Regioni e Asl abbiano un ruolo diretto a garantire minimi salariali (TAR Puglia Sez. 1, n. 1572/2007) e formazione certificata istituzionale del personale ausiliario che sta prendendo il posto degli infermieri nelle mansioni più usuranti dell'assistenza diretta agli ammalati cronici anziani e disabili?