

Replica all'articolo "MEDICI E INFERMIERI SENZA ATTRITI" pubblicato sul Sole24Ore del 4 SETTEMBRE 2007

di Stefano Citterio e Marina Negri

L'articolo di **Mauro Marin**, pubblicato sul sole 24 ore del 4 settembre u.s merita un commento per la rilevanza delle affermazioni contenute ma anche per le conseguenze che ne derivano.

L'autore delinea con precisione la responsabilità professionale del medico (*"responsabilità nella diagnosi e terapia"*) e dell'infermiere (*"responsabilità nell'assistenza infermieristica" "ma pure un dovere di collaborazione che si concretizza specificatamente nella corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche"*).

Marin, evidenziando la necessità di un lavoro multidisciplinare ed indicando l'importanza di una buona comunicazione tra sanitari con diversi profili, giunge però a ritenere *"anacronistica la figura dell'infermiere di famiglia convenzionato"*; le argomentazioni addotte a sostegno di questa affermazione possono contribuire ad aprire un dibattito che speriamo costruttivo.

Egli auspica che i rapporti tra medici ed infermieri passino 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"*. Queste affermazioni non possono che trovare pieno accoglimento in chi scrive ma devono necessariamente accogliere anche le conseguenze di questo modo di concepire l'insieme delle cure fornite alla persona.

Ancora: *"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..."*. Non vi può essere nessuna autonomia o gerarchia predefinita tra le diverse professionalità sanitarie; questo dunque vale per tutte le professioni (compreso il medico) che hanno *"semplicemente"* ambiti di competenza diversi, la diagnosi e la terapia da un lato l'assistenza infermieristica dall'altro. Come giustamente afferma Marin occorre il reciproco riconoscimento delle competenze e una condivisione di obiettivi. L'interdipendenza tra le professioni è legata non solo alle differenti competenze ma soprattutto alla centralità che viene data ai bisogni della persona.

Come può essere realizzato il necessario lavoro multidisciplinare ? c'è un problema di *"riforme organizzative razionali devono essere fondate sui bisogni reali di salute degli utenti, prima che sulle aspettative di realizzazione degli operatori"*.

Esemplifichiamo, come suggerisce Marin, nell'ambito delle cure a domicilio. Pare opportuno individuare, nella maggioranza dei casi, un coordinatore dell'equipe o un referente per la persona assistita. Va quindi presa in considerazione la competenza richiesta per la gestione/organizzazione di un gruppo, dove deve essere possibile l'espressione della professionalità specifica di ciascuno.

Quindi il coordinatore dell'equipe che segue il paziente, a domicilio, non deve essere per forza un medico, ma potrebbe differenziarsi in relazione alla capacità di coordinamento del gruppo di cura e/o anche in relazione alla prevalenza dei bisogni espressi.

Seguendo questa logica anche in ospedale le U.O. dovrebbero essere non più distinte per patologia, bensì per aree omogenee in relazione alla intensità/tipologia di cure richieste.

I requisiti per la direzione di queste strutture organizzative dovrebbero quindi essere estese anche ai laureati delle altre professioni sanitarie e non solo ai laureati in Medicina e Chirurgia non essendo *"competenze esclusive della medicina"*. Le competenze organizzative e gestionali possono essere patrimonio di ciascuna delle professioni che compongono le equipe, in ospedale come a domicilio.

Affermato che la guida alle riforme sanitarie sono i bisogni della popolazione, in presenza di una così significativa rilevanza di bisogni “assistenziali” legati all’invecchiamento e all’aumento della cronicità, appare riduttivo “medicalizzare” queste priorità. L’assistenza infermieristica non può essere considerata come mera applicazione dell’intervento diagnostico e terapeutico. In numerose circostanze gli interventi diagnostici e terapeutici sono spesso marginali rispetto alle necessità assistenziali della persona e della sua famiglia. La presa in carico e la risposta a questi bisogni rappresenta il *core* dell’attività infermieristica.

Occorre costruire risposte credibili e sostenibili dove il ruolo degli attuali professionisti dell’assistenza trovi lo spazio per esprimere appieno il proprio contributo.

La discussione sull’infermiere di famiglia non può nascere dalla necessità di difendere le attuali posizioni in campo, ma deve rappresentare un tassello di quanto si vuole fare per rispondere realmente ai bisogni delle persone.

E’ necessario superare due barriere.

Da una parte la distorsione che provoca l’estraneità tra i professionisti in nome della diversa competenza.

Ma se vogliamo uscire da un “paradigma competitivo” e “fondare l’organizzazione sui bisogni del paziente” perché escludere a priori che un professionista sanitario diverso dal medico possa coordinare gli interventi di una equipe pluriprofessionale o una struttura organizzativa?