



**Università Gabriele d'Annunzio
Chieti – Pescara
FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**Corso di Laurea in
INFERMIERISTICA**

Titolo Tesi

**L'INFERMIERE: CONSULENTE
PRESSO LO STUDIO
ASSOCIATO DI MEDICI DI
MEDICINA GENERALE**

La vita è un talento che ci è stato affidato perché possiamo trasformarlo e accrescerlo, facendone un dono per gli altri. Nessuna persona è un iceberg alla deriva nel mare della storia. Ognuno di noi fa parte di una grande famiglia in cui ciascuno di noi ha il proprio posto e il proprio ruolo.

Giovanni Paolo II

INDICE

PREMESSA		Pag. 3
1° Capitolo	L’Evoluzione storica della professione infermieristica	Pag. 9
1.1	L’accordo di Strasburgo e la sua innovazione	Pag. 10
1.2	L’evoluzione successiva	Pag. 11
1.3.	L’infermiere laureato	Pag. 13
2° Capitolo	L’Infermiere libero professionista del III millennio	Pag. 14
2.1	Il lavoro autonomo	Pag. 18
2.2	Aspetti fiscali e giuridici	Pag. 19
2.3.	Perché esercitare la libera professione	Pag. 21
2.4	Le responsabilità giuridiche	Pag. 22
2.5	Gli obblighi per l’esercizio della libera professione	Pag. 24
2.6	L’inizio dell’attività libero professionale	Pag. 25
3° Capitolo	La consulenza infermieristica nello studio associato di Medicina Generale	Pag. 27
3.1	Cos’è la Medicina Generale	Pag. 27
3.2	La medicina di gruppo e censimento degli Infermieri negli ambulatori di Medicina Generale Italiana	Pag. 34
3.3	Lavorare in TEAM è meglio	Pag. 36
3.4	L’Infermiere consulente in TEAM con il Medico di Medicina Generale: l’esperienza personale	Pag. 39
4° Capitolo	La consulenza infermieristica: base di lancio per l’istituzione della figura dell’infermiere di famiglia in Italia	Pag. 43
4.1	L’Infermiere di Famiglia nel contesto di Salute21	Pag.43
Conclusioni		Pag. 50
Bibliografia		Pag. 52

PREMESSA

Oggetto del lavoro

Il concetto di tutela della salute pubblica è stato definito dell'OMS come: *“La scienza e l'arte che permette di prevenire malattie, prolungare la vita e promuovere la salute mentale e fisica ed il buon utilizzo delle risorse attraverso gli sforzi collettivi organizzati. Si può considerare che la salute pubblica sia costituita dalle strutture e dai processi che permettono di comprendere, di preservare e di favorire la salute delle popolazioni grazie agli sforzi organizzati dalla società”.*

Essa prevede, perciò, la messa in atto di attività multidisciplinari a vantaggio della salute e del benessere della comunità e tendenti a prolungare la vita della persone ed a ridurre le disuguaglianze in termini di salute.

Fu Florence Nightingale che, concentrando la sua attenzione sul concetto di ambiente, diede il primo importante contributo di “Scienza Infermieristica” al miglioramento della salute. Ancora oggi, molti fattori giustificano la richiesta di apporto che gli Infermieri possono dare in quest'ambito.

A partire dai primi anni '80 si va via via affermando il **Modello della Salute o Biopsicosociale** che si rivela più idoneo ad offrire risposte globali e integrate al bisogno di salute.

Di pari passo alle altre evoluzioni della Scienza, anche la Società muta il suo atteggiamento nei confronti della malattia e dei metodi per curarla, mentre l'OMS definisce la SALUTE come "il completo benessere bio-psico-sociale".

E' un dato di fatto, che la nostra società negli ultimi decenni abbia prodotto cambiamenti capaci di causare un forte impatto sulla salute pubblica come ad esempio:

- L'aumento della popolazione anziana;
- L'aumento delle malattie croniche e degenerative;
- La configurazione di una società multirazziale.

La competenza degli infermieri nell'educare e promuovere la Salute fornisce una possibile risposta, che va ad aggiungersi a quelle offerte in un'ottica multisetoriale, da altre discipline, ai nuovi bisogni sanitari che da tali cambiamenti derivano.

Operando nell'ambito della salute pubblica come infermiere consulente della Medicina Generale e quindi come libero professionista, si può agire sul piano locale, regionale o nazionale, mettendo in atto interventi i cui destinatari sono rappresentati dai singoli individui, dalle famiglie o dalle comunità. Perseguire obiettivi di salute pubblica, può comportare, allora, la necessità di sviluppare un orientamento alle comunità nell'erogare assistenza infermieristica, centrando quest'ultima maggiormente sugli aspetti di prevenzione ed educazione alla salute.

Quando parliamo di salute pubblica ci viene in mente il termine comunità, a cui possiamo attribuire diversi significati: una località geografica, una rete sociale, un insieme di relazioni amicali o parentali, o una struttura organizzata; qualunque accezione vogliamo darle, essa coincide con i luoghi in cui la salute viene a determinare, ovunque, cioè, essa viene guadagnata o perduta nella vita di tutti i giorni, nell'ambiente in cui viviamo, attraverso le nostre relazioni ed in base all'influenza della nostra cultura. La comunità costituisce, dunque, l'ambiente in cui più di ogni altro, si sperimentano salute e malattia, dove, spesso, avviene la riabilitazione e dove molte persone scelgono di morire. Essa rappresenta, il luogo in cui la maggior parte dell'assistenza sanitaria è prestata e ciò molto spesso, non grazie all'opera dei medici od infermieri, bensì grazie all'impegno di genitori, figli, parenti od amici.

L'infermieristica come consulenza nella Medicina di base rappresenta un'area professionale in grado di potenziare l'integrazione tra servizi ospedalieri ed assistenza sanitaria di base con la funzione di collegamento tra i servizi esistenti nella rete assistenziale, non solo sanitari ma anche sociali, in grado di favorire dimissioni precoci e protette, particolarmente in quei casi in cui è richiesta maggiore attenzione come cronicità, maternità, geriatria.

Al suo interno si potrebbe delineare una figura professionale inserita nella comunità, con una profonda conoscenza dei

meccanismi che la regolano, in grado di stabilire una relazione di fiducia con gli individui che la compongono e capace di far leva su quest'elemento per promuovere la salute e permettere agli individui di raggiungere il massimo grado di benessere possibile.

In quest'ottica l'Infermiere consulente, assieme al Medico di Medicina Generale, assume un ruolo chiave per la promozione della salute e quindi per il raggiungimento del completo benessere

bio – psico - sociale.

Motivazione

Ho iniziato la mia carriera circa dodici anni fa, con l'esperienza ospedaliera, dopo quattro anni dal mio diploma di Infermiere nasce nell'ASL FG/1 il Servizio di Assistenza Domiciliare, così decisi di lasciare l'occupazione ospedaliera per dedicarmi al territorio.

Circa due anni fa, lavorando sempre nel Servizio di Assistenza Domiciliare come infermiere coordinatore, vengo contattato da uno studio associato di Medici di Medicina di Famiglia, erano alla ricerca di un infermiere, mi proposero un contratto, ma il dubbio prima di accettare, mi venne su come poter conciliare il mio primo lavoro con l'esperienza libero-professionale; così insieme al mio commercialista riuscimmo a costruire un percorso legislativo e fiscale per la libera professione e decisi di accettare.

L'obiettivo sul quale mi sono concentrato è stato quello di potere in qualche modo, trasmettere la mia esperienza lavorativa, nell'attività della Medicina di Famiglia. Ho percepito la necessità di cambiamenti che potessero migliorare l'attività del medico di famiglia, sia dal punto di vista della soddisfazione personale sia, soprattutto e più in generale, dal punto di vista del servizio offerto agli assistiti.

Nasce così la consulenza infermieristica nello studio associato di Medicina Generale.

La scelta di questa tesi è nata dal desiderio di poter parlare di un argomento "nuovo" per la professione infermieristica, e perché mi sono reso conto di come sia di fondamentale aiuto alle persone assistite ed ai loro familiari, la presenza di un infermiere al di fuori dell'ambito ospedaliero che sia disponibile ad assisterle nello studio del proprio Medico di Famiglia. Credo, inoltre, che in un Paese come il nostro (la cui popolazione anziana va aumentando) sia molto importante la figura dell'infermiere nell'ambulatorio del proprio medico di famiglia e che la libera professione svolta in consulenza al medico arricchisca non solo la categoria, ma sia un bene prezioso per tutta la popolazione.

L'obiettivo principale di questo lavoro è quello di definire il ruolo del consulente infermiere nella Medicina di Famiglia, per capire teoricamente se tale figura possa trovare una sua collocazione nel panorama dell'assistenza sanitaria italiana.

Nel 1° capitolo verranno descritti i cambiamenti della professione infermieristica con tutta la sua evoluzione storica dall'accordo di Strasburgo alla figura dell'infermiere laureato.

Nel 2° capitolo verranno analizzati gli aspetti fiscali e giuridici della libera professione costruendo un percorso per l'infermiere consulente libero - professionista.

Il 3° capitolo mirerà ad identificare sia il ruolo della Medicina di Famiglia nella Sanità Italiana, sia il ruolo dell'infermiere consulente negli studi dei medici di famiglia. Verranno inoltre analizzati alcuni dati elaborati da un censimento riguardante gli infermieri che operano nella Medicina Generale Italiana; verranno prese in esame le prospettive per lo sviluppo della figura dell'infermiere consulente, gli ambiti e la natura delle attività, le caratteristiche della relazione professionale.

Nel 4° capitolo verranno analizzate le differenze tra l'infermiere consulente della Medicina Generale e l'infermiere di famiglia, mettendo a confronto le due figure professionali.

In ultima analisi descriverò la mia esperienza nello studio di Medicina di Famiglia, spiegando la positività della presenza dell'infermiere consulente nello studio del Medico di Medicina Generale, e mettendo in evidenza il fatto che essere consulente non vuol dire essere dipendente da una gerarchia, infatti, in questo modo, l'infermiere può mettere in rilievo tutte le sue capacità e potenzialità di assistenza curativa, palliativa, riabilitativa, tecnica e soprattutto, relazionale ed educativa.

La figura dell'infermiere consulente nella Medicina Generale può contribuire a dare una risposta altamente qualificata ai bisogni di salute che il "territorio" ci chiede.

CAPITOLO 1

L'EVOLUZIONE STORICA DELLA PROFESSIONE

INFERMIERISTICA IN ITALIA

Negli ultimi vent'anni la professione infermieristica si è evoluta molto rapidamente, ma non è stato sempre così, bisogna analizzare brevemente nelle nostre menti, per renderci conto come la professione infermieristica abbia attraversato "tempi bui" e di come nel nostro Paese, le riforme siano arrivate in ritardo, tanto che la figura dell'infermiere è ancora oggi vista come subordinata a quella del medico.

Bisogna ricordare che l'infermieristica come scienza è indirizzata a garantire alla persona una situazione di equilibrio con l'ambiente che la circonda, anche quando la medicina è impotente e la guarigione non è più possibile.

L'infermieristica è di supporto all'atto diagnostico – terapeutico, ma il suo ruolo principale consiste nell'aiutare la persona a conservare un buono stato di salute, o a poter sfruttare le capacità residue di salute.

1.1 L'accordo di Strasburgo e la sua innovazione

I primi passi del più recente sviluppo della formazione infermieristica, che ha consentito di recuperare gli "anni perduti", cominciano nel 1965, quando si apre agli infermieri la possibilità di accedere all'Università.

Prima La Sapienza di Roma, poi la Cattolica modificarono il loro
statuto, prevedendo l'istituzione della Scuola per Dirigenti dell'assistenza infermieristica; negli anni 70 si affianca l'Università di Milano e fino agli anni 90 queste tre sedi rimangono le uniche formatrici di infermieri dirigenti.

L'accordo di Strasburgo siglato nel 1967, è la locomotiva che traina il cambiamento, uniformando i contenuti della preparazione del personale infermieristico nei paesi CEE.

La Legge n. 124 del 1971 apporta in Italia fondamentali cambiamenti, quali l'ammissione di allievi di entrambi i sessi e la trasformazione delle scuole convitto in scuole per infermieri professionali; come requisito culturale di ammissione essa stabilisce il possesso del diploma di istruzione secondaria di primo grado.

Con la Legge 795 del 1973 ed il D.P.R. n. 867 del 1975 vengono recepite buona parte delle disposizioni previste dall'accordo di Strasburgo ed in particolare:

- A decorrere dall'anno scolastico 1975/76 il corso di studio è ripartito in tre anni;
- L'insegnamento infermieristico di base deve essere fissato ad un minimo di 4600 ore di cui 1750 di teoria e 2850 di tirocinio;
- Vengono ridefiniti i programmi di studi.

Per l'ammissione occorre aver superato il secondo anno di scuola media superiore.

1.2 L'evoluzione successiva

Il pieno sviluppo della professione infermieristica avviene negli anni 90.

La legge n. 341 del 1990 dispone che le Università possano rilasciare Diplomi Universitari della durata di 3 anni; successivamente la legge n. 421 del 1992 regola il rapporto tra il Servizio Sanitario Nazionale ed Università per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per la specializzazione post-laurea.

Il D.lgs n. 502 del 1992 e n. 517 del 1993, riguardanti il riordino del S.S.N., prevedono la soppressione della formazione

regionale, a decorrere dal gennaio 1996 e stabiliscono l'obbligo della formazione universitaria per tutte le figure professionali sanitarie; viene previsto come requisito di accesso il possesso del diploma di scuola secondaria superiore quinquennale.

Dopo la legge n. 341 del 1990 il Ministro dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica, ritenendo che il corso di studi per la formazione dell'infermiere professionale abbia tutti i requisiti per essere incluso nei Diplomi Universitari, ha approvato la tabella XXXIX-ter relativa all'ordinamento didattico del diploma in Scienze Infermieristiche.

Per l'evoluzione della professione infermieristica in Italia è fondamentale il D.M. n. 739 del 1994 che individua il profilo professionale dell'infermiere e supera il D.P.R. n. 225/74 il vecchio mansionario che limitava le funzioni infermieristiche ed impediva alla figura infermieristica di evolversi in vero e proprio professionista della sanità. Bisognerà però aspettare la legge n. 42 del 1999 affinché venga definitivamente abrogato il mansionario e venga riconosciuta alla professione piena autonomia e responsabilità.

Per dare corpo ad un atteggiamento professionale, l'infermiere dovrà esprimere il proprio specifico con padronanza, competenza, senso di responsabilità e con quella discrezionalità che è propria di una Professione.

1.3 L'infermiere laureato

Ulteriori passi sono stati fatti con la trasformazione del Diploma Universitario per l'Infermiere in Laurea di I° livello attraverso il D.M. n. 503/99 e successivamente attraverso la legge n. 251 del 2000 che riconosce la Laurea di II livello in Scienze Infermieristiche, uniformando la formazione degli infermieri italiani a quella degli altri paesi Europei.

Gli infermieri ora auspicano che la professionalità richiesta dalla nuova formazione e dalle nuove leggi possa dar luogo ad una vera e propria "rivoluzione" culturale. Un passo importante che deve essere compiuto per far sì che questo avvenga è l'istituzione della Facoltà di Infermieristica come negli altri paesi Europei ed extra Europei.

CAPITOLO 2

L'INFERMIERE LIBERO PROFESSIONISTA DEL III MILLENNIO

L'esercizio autonomo della professione infermieristica ha suscitato molta curiosità negli ultimi anni e, al contempo, ha richiesto molto impegno agli organismi professionali sia per conoscere il fenomeno ed offrire un idoneo supporto ai professionisti, sia per puntualizzare le regole secondo cui la libera professione debba essere esercitata da parte dei Collegi IPASVI.

Gli elementi caratterizzanti sono stati:

- Una formazione professionale orientata al lavoro dipendente ed un tirocinio svolto all'interno di strutture sanitarie soprattutto ospedaliere con conseguente aspettativa di lavoro in ambito ospedaliero e prevalente tendenza al lavoro come "dipendente";
- Una limitazione delle attività che secondo il D.P.R. n. 225/74, potevano essere svolte solo all'interno di strutture ospedaliere e/o alla presenza del medico con conseguente scarsa offerta di prestazioni e scarsa "iniziativa" da parte

degli infermieri nei confronti di un mercato ancora più potenziale che reale;

- Una limitata domanda di assistenza infermieristica da parte di privati o da parte di piccole strutture;
- Un modello di assistenza, inteso nel senso che l'infermiere doveva occuparsi del malato in modo continuativo e per tutte le sue esigenze a prescindere dalla dipendenza assistenziale infermieristica con conseguente tendenza a chiedere/offrire solo pacchetti di assistenza infermieristica in modo continuativo.

A partire dagli anni 90 si è manifestata una serie di fenomeni che hanno profondamente modificato lo status:

- Aumento della domanda di assistenza sanitaria, in particolare infermieristica, all'interno delle strutture extraospedaliere;
- Superamento del mansionario, emanazione del profilo professionale, inquadramento dell'infermiere tra le professioni sanitarie con evidenziazione della dimensione di autonomia nella "presa in carico" dei problemi assistenziali.

I primi significativi effetti sull'attività libero-professionale sono

stati il confluire di molti giovani neo-diplomati in questo ambito

lavorativo, senza specifica preparazione e come scelta transitoria.

I Collegi provinciali e la Federazione Nazionale si sono fatti carico del problema con massicci interventi di

sensibilizzazione, formazione, controllo e regolamentazione.

Nell'area della regolamentazione vanno segnalati:

- a) La definizione di un nomenclatore tariffario nazionale da cui sono poi derivati quelli provinciali: il tariffario ha consentito interventi specifici a difesa di un onorario minimo confacente alla dignità e responsabilità professionali; la difesa del cittadino nei casi in cui il professionista chiedeva onorari eccessivi; la componente "nomenclatore" ha passato in rassegna le attività infermieristiche evidenziando che le stesse sono attività "proprie", ed ha orientato al compenso a prestazione, caratteristico del libero professionista accanto al compenso orario tipico del lavoro subordinato;
- b) La predisposizione di regole applicative della normativa attinente la pubblicità sanitaria consentendo un migliore controllo dell'abusivismo professionale e difendendo il cittadino da una pubblicità ingannevole, molto rischiosa in ambito sanitario;
- c) La predisposizione di elenchi provinciali dei liberi professionisti, anch'essi con finalità di lotta all'abusivismo e, al contempo, di garanzia ai cittadini ed alla strutture del possesso di competenza da parte dei professionisti inseriti nell'elenco stesso. Elenchi utili anche come strumenti pubblicitari e come occasione di censimento e monitoraggio dei liberi professionisti e delle forme di esercizio professionale messe in atto;

d) La definizione di "norme di comportamento" dei liberi professionisti. Questo documento ha prima anticipato, e ora integra, il Codice Deontologico degli infermieri, soffermandosi proprio sulla tipicità del lavoro autonomo e sulle sue criticità. Essere un libero professionista significa operare in un contesto concorrenziale in cui le capacità di competenza si coniugano con lo spirito imprenditoriale. Per il raggiungimento di buoni risultati è necessario che la qualità delle prestazioni sia sempre sorretta da una sostanziale correttezza deontologico-professionale. L'elemento dell'autoregolamentazione deve essere fondato sulla sensibilità morale. È stato, quindi, dedicato spazio ad una serie di componenti tipiche del lavoro autonomo.

e) La costituzione di una Cassa di Previdenza Autonoma (E.N.P.A.P.I.)

Nel volgere di pochi anni la situazione è profondamente mutata: alla disponibilità di infermieri è subentrata la carenza; sono sempre meno gli infermieri che fanno della libera professione un passaggio transitorio ed aumentano quelli che ne fanno una scelta consapevole con forti connotati di auto imprenditorialità; agli appalti generici al ribasso si sostituiscono sempre più spesso incarichi professionali per attività di assistenza infermieristica, si diversificano gli ambiti di lavoro: collaborazioni con i medici di famiglia, assistenza domiciliare, ambulatori infermieristici, prestazioni per strutture sanitarie.

Sempre più necessario è il rispetto delle regole della libera professione e il tenersi pronti all'evoluzione in atto, inoltre, risulta sempre più facile realizzarsi professionalmente.

2.1 Il Lavoro autonomo

Il lavoratore autonomo è chi si obbliga a compiere, in cambio di un corrispettivo, un'opera od un servizio con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente.

Poiché per esplicita previsione normativa è stato posto tassativo divieto all'esercizio della professione infermieristica in forma imprenditoriale, trattandosi di attività a contenuto intrinsecamente personale, l'alternativa all'infermiere lavoratore dipendente è quella dell'infermiere lavoratore autonomo, in forma individuale od associata.

Prima di addentrarci nella trattazione del lavoro autonomo nelle sue varie forme, è bene schematizzare sinteticamente quali sono gli elementi che distinguono il lavoratore autonomo da quello dipendente (Tab. 1.1).

Tabella 1.1 Principali differenze tra lavoro autonomo e lavoro dipendente

Caratteristiche	Lavoro autonomo	Lavoro dipendente
<u>Fondamento giuridico</u>	Contratto d'opera: obbligo a compiere una determinata opera o servizio con lavoro proprio e senza vincolo di subordinazione.	Contratto di mezzi: obbligo a prestare il proprio lavoro intellettuale o manuale alle dipendenze e sotto la Direzione di altri
<u>Struttura organizzativa</u>	Propria	Datore di lavoro
<u>Retribuzione</u>	Sulla base del numero delle prestazioni effettuate.	Sulla base del numero di ore lavorate.

2.2 Aspetti fiscali e giuridici

Il lavoro autonomo è disciplinato dal Codice Civile secondo due linee principali:

- ❖ Gli artt. dal 2222 al 2228 contengono le disposizioni generali relative al contratto d'opera. La legge prevede alcune norme relative alla prestazione dell'opera, al corrispettivo, agli eventuali vizi, al recesso unilaterale ed alla impossibilità sopravvenuta;
- ❖ Gli artt. dal 2229 al 2238 contengono invece le disposizioni per l'esercizio delle professioni intellettuali: requisito essenziale per l'esercizio della libera professione è l'iscrizione negli appositi Albi Professionali.

Sostanzialmente quindi si definiscono lavoratori "autonomi"

l'insieme di coloro che esercitano attività artistica o professionale definendo poi all'interno un sottoinsieme di liberi professionisti costituito da quei lavoratori autonomi la cui attività professionale è normata e tutelata dagli Albi Professionali.

Il Testo Unico delle Imposte Dirette (D.P.R. n. 917 del 22 dicembre 1986) contiene la disciplina dei redditi di lavoro autonomo ai fini delle imposte dirette. L'art. 49 fornisce una definizione dei redditi di lavoro autonomo e ne elenca le tipologie esistenti; l'art. 50 espone i criteri generali di determinazione del reddito imponibile ai fini dell'I.R.P.E.F.

Nella normativa fiscale sono previste tre modalità di svolgimento di lavoro autonomo:

1. attività artistiche e professionali esercitate in modo professionale ed abituale, di cui all'art. 49 comma 1 D.P.R. 917/86;
2. altre attività di lavoro autonomo, elencate in modo tassativo dall'art. 49 commi 2 e 3 del D.P.R. 917/86 esercitate in modo abituale, ma non professionale (le collaborazioni coordinate e continuative che dal 1° Gennaio 2001 hanno avuto un nuovo trattamento fiscale);
3. attività di lavoro autonomo occasionale elencate dall'art. 81 comma 1 lett./ del D.P.R. 917/86, esercitata in modo non abituale e non professionale.

Le categorie di lavoro autonomo di cui ai punti nn. 1 e 2 hanno in comune il requisito dell'abitualità, ma si distinguono per il carattere della professionalità. Lo svolgimento di un'attività di lavoro autonomo in presenza dell'iscrizione all'Albo Professionale fa presumere l'esistenza dei requisiti di professionalità ed abitualità.

Le collaborazioni coordinate e continuative cui fa riferimento il secondo comma dell'art. 49 del D.P.R. 917/86 consistono in *"... rapporti aventi per oggetto la prestazione di attività, non rientranti nell'oggetto dell'arte o professione esercitata dal contribuente ai sensi del comma 1, che pur avendo contenuto artistico o professionale sono svolte senza vincolo di subordinazione a favore di un determinato soggetto nel quadro di un rapporto unitario e continuativo senza impiego di mezzi organizzati e con retribuzione periodica prestabilita"*.

L'art. 5 del D.P.R. 26 Ottobre 1972 n. 633 è la norma di riferimento per quanto attiene l'applicazione dell'IVA alle operazioni svolte nell'esercizio della professione, ovvero esso definisce l'esercizio di arti e professione come *"..... l'esercizio per professione abituale, ancorché non esclusiva, di qualsiasi attività di lavoro autonomo da parte di persone fisiche....."*.

2.3 Perché esercitare la libera professione

L'infermiere, oltre a seguire i consolidati percorsi di carriera previsti all'interno dei diversi enti ed aziende, può svolgere un'attività di tipo libero professionale, sicuramente appetibile sotto differenti punti di vista.

Le motivazioni alla base di tale scelta possono essere molteplici:

- la crescente domanda di professionisti da parte del mercato, in quanto il ricovero ospedaliero non sempre costituisce l'unica soluzione adeguata, o la migliore, per le problematiche del paziente (si pensi alle numerose difficoltà incontrate da un anziano che debba essere allontanato dall'ambiente familiare o alla propensione di alcune persone ad essere assistite a domicilio);
- l'insoddisfazione professionale da parte degli infermieri che operano all'interno di strutture ospedaliere: orari estenuanti, burn-out;
- la recente elaborazione di specifici strumenti legislativi in grado di tutelare, di favorire, ma anche di garantire la possibilità di lavoro libero-professionale.

Tuttavia il concreto vantaggio dello svolgimento di un'attività libero - professionale consiste nell'opportunità di godere di un'ampia libertà di azione grazie ad una personale gestione dei tempi e delle modalità di lavoro. A ciò si accompagnano le soddisfazioni relative all'opportunità di svolgere un ruolo in primo piano nei rapporti con la persona, grazie alle capacità di individuare soluzioni per i problemi, assistenziali, proponendosi in modo empatico, ossia di divenire il principale referente per la persona assistita e le sue esigenze, in un'ottica di fiducia e comprensione reciproca.

2.4 Le responsabilità giuridiche

Le responsabilità giuridiche dell'infermiere libero-professionista possono concernere aspetti di natura:

- 1. penale;**
- 2. civile;**
- 3. deontologica.**

La responsabilità penale, riguarda violazioni di norme, particolarmente rilevanti per la collettività. Affinché sussista reato, tre elementi devono essere compresenti:

- la condotta, con un comportamento attivo od omissivo;
- l'evento, ossia un fatto lesivo;
- il nesso causale, cioè un rapporto causa-effetto tra la condotta e l'evento.

La responsabilità civile, riguarda il riconoscimento di un indennizzo di natura patrimoniale a chi abbia subito un danno.

La responsabilità deontologica, concerne una responsabilità nei confronti dei clienti e dell'Albo professionale di appartenenza, infatti l'iscrizione all'Albo comporta l'onere di rispettare le regole comportamentali stabilite dall'Ordine, prospettandosi in caso contrario ipotesi di responsabilità deontologica – disciplinare, come stabilito dall'art. 38 del D.P.R. 5 Aprile 1950 n. 221 "Regolamento per l'esecuzione del DLCPS 13 Settembre 1946 n. 233, sulla ricostituzione degli Ordini delle professioni sanitarie e per la

disciplina dell'esercizio delle professioni stesse", e successive modificazioni ed integrazioni, che così afferma: *"I sanitari che si rendono colpevoli di abusi o mancanze nell'esercizio della professione, e, comunque, di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del consiglio dell'Ordine della provincia nel cui Albo sono iscritti. Il procedimento disciplinare è promosso d'ufficio o su richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica"*.

2.5 Gli obblighi per l'esercizio della libera professione

Affinché l'infermiere possa svolgere l'attività libero-professionale sono necessari alcuni adempimenti di seguito elencati:

- a. l'iscrizione all'Albo professionale, obbligatoria ai sensi dell'art. 8 DPLCPS 233/1946 è necessaria, ove previsto al fine del godimento del regime di esenzione IVA di cui al D.P.R. 633/72 e D.M. 739/94;
- b. la registrazione del Diploma di Laurea ed il deposito della firma all'ASL di appartenenza (art. 100 TUSL 27 Luglio 1934 n. 1265);
- c. l'acquisizione del numero di partita IVA;
- d. la domanda per la pubblicità sanitaria secondo la legge n. 175 del 5 Febbraio 1992 ed il D.Lgs 657/94 che prevede l'obbligo della preventiva autorizzazione da parte del Sindaco

- anche per la semplice predisposizione di carta intestata, biglietti da visita, targhe e per l'inserimento di un'inserzione nell'elenco telefonico;
- e. la comunicazione all'Albo professionale provinciale attraverso la compilazione e la consegna del modulo di presentazione informativa dell'esercizio di attività libero – professionale;
 - f. l'iscrizione alla Cassa di Previdenza ed Assistenza E.N.P.A.P.I., per cui sono necessari: certificato di nascita, certificato di residenza, codice fiscale, certificato di iscrizione al Collegio IPASVI, certificato di attribuzione della partita IVA.

2.6 L'inizio dell'attività libero – professionale

Qualora si decida di intraprendere l'attività libero - professionale a livello individuale è necessario fare comunicazione entro 30 giorni all'ufficio IVA competente, a cui seguono gli obblighi di tenuta della contabilità ai fini fiscali. L'ufficio IVA competente è l'ufficio in cui il contribuente abbia il domicilio fiscale ossia per le persone fisiche, la residenza anagrafica.

La dichiarazione di inizio attività è effettuata attraverso la compilazioni del modello AA9/6 in cui vanno indicati:

1. la data di inizio dell'attività;
2. i dati anagrafici del libero professionista;
3. i dati sul luogo di esercizio;

4. il volume di affari presunto;
5. il codice dell'attività e la descrizione delle attività svolte;
6. altre attività svolte;
7. altri luoghi di esercizio;
8. i dati relativi al depositario delle scritture contabili (commercialista).

Dopo la compilazione del modello l'ufficio attribuisce al contribuente il numero identificativo della partita IVA che dovrà essere indicato nelle fatture da emettere per i compensi, in tutte le dichiarazioni, i documenti ed i versamenti indirizzati all'ufficio.

CAPITOLO 3

LA CONSULENZA INFERMIERISTICA NELLO STUDIO ASSOCIATO DI MEDICINA GENERALE

E' necessario definire la Medicina Generale o di famiglia, di base, del territorio, generica, come si vede non esistono criteri univoci di denominazione: differenze sociali, storiche, linguistiche e politiche hanno generato una proliferazione di termini ai quali si sono aggiunti confini legislativi e burocratici.

Le diverse denominazioni attribuite a quest'area professionale, in realtà, mascherano diverse concezioni del sistema sanitario che si sono succedute nel nostro Paese.

3.1. Cos'è la Medicina Generale

La disciplina della Medicina Generale trae fondamenti dalle aree delle dinamiche familiari, dalle relazioni interpersonali, del counseling e della psicoterapia ma la base rimane, comunque,

clinica e privilegia soprattutto l'assistenza medica prestata all'uomo ammalato ed all'uomo sano.

La medicina di famiglia consiste in quel complesso di funzioni, compiti ed abilità, rivolte alla prevenzione, diagnosi, terapia, riabilitazione ed assistenza alle persone, all'interno del loro sistema sociale e familiare, posto dopo il livello dell'autocura e prima dei livelli ospedaliero - specialistico. Il medico di medicina generale è il primo professionista a cui il paziente si rivolge una volta presa la decisione di chiedere un parere al medico. Data la natura stessa della medicina generale, i problemi che vengono sottoposti al medico presentano caratteristiche profondamente diverse tra loro sia dal punto di vista medico sia dal punto di vista sociale. Il compito del medico consiste, perciò, nell'analisi del problema che gli viene sottoposto e, soprattutto nell'identificazione di tutti gli aspetti del problema, che possono anche essere latenti, ma, che sovente sono significativi per elaborare una risposta adeguata e coinvolgere, di volta in volta, altre figure professionali. In questo caso al medico di medicina generale resta il compito di coordinare gli interventi e contemporaneamente, quello di spiegare al paziente il significato della diagnosi, le procedure necessarie, le alternative terapeutiche disponibili.

La cura rappresenta la funzione più ovvia della medicina generale. I medici quotidianamente sono chiamati ad affrontare una gamma di disturbi e malesseri più o meno gravi: infezioni delle alte vie respiratorie, dolori di varia localizzazione, febbre, eritemi

cutanei, disturbi gastrointestinali ecc..... Questi disturbi spesso rappresentano condizioni autolimitanti che non necessitano di terapia. La capacità di valutare correttamente una situazione e di fornire un consiglio medico adeguato in ogni singola circostanza rappresenta una delle peculiarità del medico di medicina generale.

Anche le opportunità di prevenzione nella medicina generale sono numerose e si traducono in programmi di immunizzazione, educazione sanitaria, screening per individuare pazienti a rischio tra gli assistiti, valutazione periodica di parametri come colesterolemia ed ipertensione. Una indagine recentemente compiuta in Europa dall'O.M.S. sul profilo professionale del medico di medicina generale ha rilevato che, in media, un medico italiano effettua 26 visite ambulatoriali e fornisce 10 pareri telefonici al giorno effettua 17 accessi domiciliari settimanali, con una percentuale di pazienti che lo consultano, almeno una volta nel corso dell'anno, superiore al 78%. Ciò si traduce in un numero di contatti medico – paziente molto elevato.

La medicina generale si rivolge, quindi, soprattutto a persone sane o con malattie acute e croniche di elevata prevalenza e incidenza nella popolazione. Le principali caratteristiche della medicina generale sono:

- La *generalità* in quanto non esclude alcuna categoria di popolazione né alcun tipo di patologia;
- La *continuità* in quanto si basa su una relazione interpersonale di lunga durata tra paziente e medico ed

interessa l'assistenza sanitaria agli individui per lunghi periodi della loro vita;

- La *globalità* in quanto riguarda promozione integrata della salute, prevenzione delle malattie, terapia, riabilitazione, supporto psicologico e sociale;
- Il *coordinamento* in quanto il medico di medicina generale ha in carico la responsabilità delle cure in relazione ad altri operatori della salute;
- La *collaborazione* in quanto opera con altri professionisti in un rapporto multidisciplinare di team;
- L'*orientamento della famiglia* in quanto l'individuo è considerato nella situazione familiare, socioculturale e lavorativa;
- L'*orientamento della comunità* in quanto gli individui sono visti nel contesto della vita e della comunità locale.

Le condizioni che permettono al medico di famiglia di erogare servizi di qualità sono rappresentate da condizioni strutturali, organizzative e professionali quali:

- Utenza ben definita;
- Servizio alla popolazione;
- Ambiente di lavoro facilmente accessibile;
- Sistema di consulto, collaborazione, scambio di informazioni;

- Sistema retributivo equilibrato tra retribuzione fissa, quota capitarla in modo da incoraggiare una varietà di servizi e qualità;
- Cartelle cliniche complete ed orientate al problema;
- Lavoro in team;
- Organizzazione dell'ambulatorio (strutture, apparecchiature, personale di consulenza);
- Formazione di base, specialistica e permanente;
- Possibilità di ricerca;
- Valutazione della qualità;
- Organizzazioni professionali in grado di identificare le esigenze professionali e promuoverne lo sviluppo.

L'assistenza di medicina generale, insieme a quella infermieristica, specialistica ambulatoriale, domiciliare, farmaceutica, residenziale e semi residenziale, pediatrica e consultoriale rientra nelle forme di assistenza garantita del Dipartimento delle Cure Primarie (DPC) attraverso l'emanazione dei Nuclei per le Cure Primarie (NCP), vero braccio sul territorio. È, infatti, a livello del NCP che si realizza l'integrazione professionale ed operativa delle varie figure, indipendentemente e nel rispetto delle strutture organizzative di appartenenza, siano esse articolazioni del Servizio Sanitario Nazionale o dei Comuni.

La maggioranza delle attività di Medicina Generale si realizza nei NCP. L'organizzazione distrettuale, infatti, deve garantire alla popolazione di riferimento l'attività assistenziale per l'intero arco

della giornata attraverso il coordinamento operativo e l'integrazione professionale nel rispetto degli obblighi individuali derivanti dalle specifiche convenzioni, tra i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale e della medicina dei servizi, anche sviluppando forme di associazionismo professionale.

È utile quindi, analizzare, a questo punto, i vari modelli organizzativi, elencati dal più semplice e vicino alla realtà, a quello maggiormente complesso.

Il Medico singolo Gatekeeper. Tale modello sostanzialmente si sovrappone al modello dominante della medicina di base in Italia e infatti, il medico di medicina generale che lavora da solo nel proprio ambulatorio senza sostanziali rapporti né con le strutture distrettuali né con i colleghi.

Il Modello organizzativo in Team. Consiste in un legame funzionale tra i medici di medicina generale che si suddividono in gruppi omogenei per discutere tra pari problematiche cliniche ed organizzative. Il Team costituisce il fulcro del sistema di programmazione e controllo in quanto il sistema di budget individua come centro di responsabilità, con cui negoziare obiettivi e risorse, il Team stesso. Il Team non costituisce una formula associativa vera e propria, ma un meccanismo organizzativo per condividere obiettivi e risorse, per permettere ai medici di famiglia di dialogare tra loro. Dal punto di vista organizzativo i Team potrebbero costituire anche un legame tra una o più medicine di gruppo e di più medicine in rete od entrambe queste due soluzioni, rappresentando il Team nel

suo complesso un centro di responsabilità del sistema di programmazione e controllo.

La Medicina in rete. Questo modello organizzativo rappresenta una formula di passaggio verso l'associazionismo medico: il singolo medico rimane ancora ad operare individualmente nel proprio ambulatorio, ha gli obiettivi di budget condivisi con i colleghi della rete, analogamente a quanto avviene nella medicina in Team, ma condivide alcuni fattori produttivi ed elementi organizzativi comuni a tutti i membri della rete. Questo assetto presuppone la connessione in rete dei medici di famiglia che devono essere, quindi informatizzati.

La Medicina di gruppo. Prevede che vi sia la condivisione degli ambulatori da parte dei medici di famiglia aderenti, garantendo importanti livelli di continuità assistenziale diurna. All'interno delle medicine di gruppo vi è da parte dei medici la responsabilità di sostituirsi a vicenda, senza che i pazienti possano revocare il proprio medico a favore di un collega.

Ricapitolando, il ruolo del medico di medicina generale consiste nella fornitura di un servizio di assistenza sanitaria che sia universalmente disponibile per tutti, continua, focalizzata alla persona, olistica, particolarmente attenta alla famiglia, collegata agli altri aspetti della sanità ed organizzata all'interno di un'appropriata struttura amministrativa.

3.2 La Medicina di gruppo e censimento degli infermieri negli ambulatori di Medicina Generale Italiana

L'esperienza della Medicina di gruppo in Italia, intesa anche con la presenza dell'infermiere in ambulatorio, nonostante sia iniziata ormai dagli anni ottanta non ha certo avuto lo sviluppo che si pensava, a fronte di indubbi vantaggi sia per i medici sia per i pazienti. I primi condividono le spese, il personale e la tecnologia d'ambulatorio, così come possono confrontarsi per i dubbi diagnostici, scambiarsi le conoscenze specialistiche ed avere la possibilità di svolgere insieme lavori di ricerca e di studio. Gli assistiti beneficiano di un ambulatorio aperto più ore al giorno, della presenza contemporanea di più medici e dell'infermiere che possono valutare un disturbo, e della maggiore possibilità di reperire un medico od un infermiere conosciuto in caso di urgenza.

Eppure sulla base dei dati ottenuti da due inchieste italiane, una riguardante le associazioni dei medici di medicina generale e l'altra riguardante il censimento degli infermieri presenti negli ambulatori di medicina di famiglia, la situazione non appare confortante. Infatti, per quanto riguarda la prima inchiesta,

attraverso il Centro Studi e Ricerca in Medicina Generale (CseRMeG), è stata inviata richiesta di informazioni a 103 Ordini dei Medici italiani, ma dopo vari mesi d'attesa sono pervenute soltanto le risposte di 19 Ordini. Dei 19 ordini, 126 gruppi sono stati interpellati, ma solo 24 hanno risposto al questionario inviato, per un totale di 86 medici. La popolazione coinvolta è di 100.150 persone, con una media di 1.200 assistiti per medico. Questo buon numero di pazienti per ogni medico può derivare dal fatto che più della metà dei gruppi è operativa già da molti anni. Inoltre la riunione di più medici, con i vantaggi ed i servizi offerti, compreso quello infermieristico agli assistiti, può essere un incentivo per l'iscrizione.

Dalla proposta della *Medicinae Doctor* (M.D.) di poter censire gli infermieri che operano negli ambulatori di Medicina Generale in Italia, in un anno sono giunte solamente cinque risposte scritte ed una tramite contatto telefonico. Non è certo un campione rappresentativo, ma anche questa esiguità ha permesso di poter cominciare a tracciare il profilo e le competenze di questi professionisti, di fare luce sulla presenza dell'infermiere nell'ambulatorio del Medico di Medicina Generale. Anche l'OMS, nonché altre organizzazioni autorevoli, come l'*International Council of Nurses*, ne hanno delineato le caratteristiche generali. In Italia purtroppo ancora non c'è chiarezza a riguardo. Spesso tale figura viene assimilata all'infermiere che opera nel territorio, ma che nulla conosce della realtà specifica della consulenza in Medicina Generale.

3.3 Lavorare in TEAM è meglio

In tutta la nostra vita, sebbene spesso inconsapevolmente, ci siamo trovati a dover lavorare in team: basti solo pensare alle occasioni scolastiche, o alle varie attività sportive di squadra. Tutte le definizioni che nel tempo ne sono state date, concordano innanzitutto nel riconoscere che un team è un gruppo di persone che lavorano insieme per raggiungere un comune obiettivo.

Le caratteristiche di base, perché un team possa avere successo, sono:

- La condivisione dei comuni obiettivi;
- La diversità di conoscenze e competenze dei singoli componenti il team;
- La disponibilità a dare supporto vicendevolmente;
- La capacità di gestire correttamente i conflitti.

Recentemente si è voluto ampliare la definizione stessa del lavoro in team, allo scopo di meglio definire l'integrazione e l'interazione dei suoi membri. Per meglio comprendere il significato dobbiamo prima puntualizzare quali sono i prerequisiti indispensabili

al fine di dare coordinamento, cooperazione ed efficacia al lavoro di squadra. Essi sono:

- Tutti i componenti del team devono aver accettato e compreso chiaramente l'obiettivo prefissato unanimemente;
- Ognuno deve avere consapevolezza del proprio ruolo, delle proprie capacità e della propria responsabilità;
- Ognuno deve avere consapevolezza del ruolo, delle capacità e delle responsabilità anche di tutti gli altri membri;
- Deve esserci il rispetto vicendevole al fine di garantire flessibilità agli approcci;
- Deve esserci disponibilità al dialogo, ed alla revisione critica.

Per la Medicina Generale inoltre è importante capire quali siano le figure costituenti il team; nella nostra realtà il fulcro è chiaramente costituito dai medici, dall'infermiere e dal cliente/paziente.

Attorno al team, inoltre, possono ruotare altre figure professionali e non, al fine di coadiuvare gli interventi, così come essere di primaria importanza per il raggiungimento dell'obiettivo.

Come possiamo già comprendere molti sono i vantaggi del lavorare in team; potremmo sinteticamente identificarli come di seguito:

- Ciascun componente può offrire competenze e capacità specifiche e diversificate tra loro;

- È possibile delegare parte del lavoro alle persone più abili a trattare un problema specifico;
- Ogni membro del gruppo può educare l'altro;
- Vi è la possibilità di condividere idee e conoscenze;
- Vi è la possibilità di ottimizzare la qualità delle cure dell'assistenza.

In questa prospettiva il team è visto come un sistema interagente, la cui struttura deve essere in grado di assecondare varie esigenze, sia in base agli obiettivi preposti, sia alla disponibilità, alle problematiche, ed alle capacità di ogni suo componente.

È opportuno rivalutare gli aspetti che determinano l'efficacia di impostare il lavoro tra medico ed infermiere in senso collaborativo. Ogni professionista deve aver chiaro in quali termini le proprie conoscenze e capacità si possono integrare vicendevolmente, al fine di produrre attività di diagnosi, cura, riabilitazione, prevenzione ed educazione sanitaria che rispondano in maniera adeguata ai bisogni ed alle esigenze dell'individuo e della comunità.

3.4 L'Infermiere consulente in TEAM con il Medico di Medicina Generale: l'esperienza personale

Lo spazio fisico nel quale più professionisti collaborano si suddivide in altrettanti ambulatori, nei quali è garantita l'accessibilità, così come i collegamenti al suo interno, tra le varie parti. La zona d'accesso è sufficientemente ampia da poter assicurare un primo libero colloquio tra clienti/pazienti e segreteria, nel nostro caso in quest'ambito opera il personale di segreteria ed a seconda delle necessità anche l'infermiere. Nella suddetta area sono disposti tutti gli strumenti indispensabili per poter gestire al meglio tale compito e cioè: telefono, fax, computer e tutto il materiale cartaceo. Adiacente a quest'area è ubicato l'ambulatorio infermieristico, spazio in grado di garantire la privacy, nel caso in cui ci siano richieste "riservate" da parte dei clienti/pazienti.

Il momento dell'accesso da parte del cliente/paziente è assai delicato ed importante, infatti l'infermiere consulente ha il primo contatto, ed è in questo momento che fa una prima valutazione dei bisogni. Spesso ci viene semplicemente chiesto di ripetere la prescrizione di farmaci d'uso comune, di terapie fisiche, oppure ci

vengono chieste informazioni di diverso tipo e consigli di varia natura.

Altrettanto spesso ci viene richiesto un intervento di tipo professionale che va dalle domande di delucidazioni sulla posologia, sugli effetti collaterali e sulle modalità di assunzione dei farmaci, all'informazione su determinate patologie, sui sintomi relativi, alla loro gestione, al riconoscimento delle complicanze, al significato di determinate indagini diagnostiche, alla richiesta di interventi infermieristici o medici, a seconda del nostro giudizio. Ecco che qui risulta essere fondamentale innanzitutto il **rapporto di fiducia** che si è in grado di instaurare con il cliente/paziente: questo è il nostro banco di prova, in quanto il cliente/paziente spesso ha bisogno di verificare le nostre competenze per convalidare il nostro ruolo.

Avere una buona padronanza del: saper comunicare, saper cogliere i dati rilevanti, saper porre giuste domande di verifica ed analisi, sono doti indispensabili per assicurare credibilità e professionalità al nostro agire. In seguito, in base alla visione del caso da noi effettuata, il cliente/paziente si recherà nell'attigua sala d'attesa, oppure riceverà direttamente le nostre cure o sarà indirizzato all'attenzione del medico.

È necessario precisare che nello studio di Medicina Generale non arrivano soltanto i casi d'interesse clinico, frequentemente ci sono richieste d'intervento immediato che esigono particolare considerazione, ad esempio possono arrivare pazienti con coliche

renali in atto, con crisi d'emicrania, con ferite da medicare o suturare, e quant'altro di urgente possa esserci. Chiaramente ciò prevede che nello studio vi siano attrezzature e materiali in grado di darci la possibilità di operare in maniera adeguata. Sarà di competenza dell'infermiere consulente anche la corretta gestione, cura e manutenzione di tutta la strumentazione, dei vari materiali presenti nello studio.

Emergono così tre ambiti specifici di intervento, che sono:

1. **di tipo educativo - relazionale**, attraverso i quali la nostra attenzione e comprensione dei vari problemi, può coadiuvare l'intervento del medico;
2. **di tipo tecnico - pratico**, nei quali è prevista l'esecuzione di compiti tecnici infermieristici;
3. **di tipo burocratico/amministrativo**.

Volendo individuare quegli aspetti che potrebbero distinguere questo nuovo ruolo, in riferimento all'ambito educativo - relazionale, ci si dovrà orientare soprattutto alla corretta acquisizione e padronanza delle tecniche comunicative, per essere in grado di instaurare rapporti di fiducia di tipo empatico, per mezzo dei quali poter dare ad ognuno la reale possibilità di libera espressione. Tutto ciò è fondamentale per poter poi comprendere quando sia necessario informare, o educare, o saper ascoltare, e laddove sia richiesto, essere capaci di fare counseling. Quindi l'ambulatorio di Medicina Generale presenta, per l'infermiere consulente, una grande opportunità di evidenziare spazi operativi nella gestione dei

clienti/pazienti con i quali egli ha instaurato un rapporto di fiducia e di stima, avendo la possibilità di gestire in parziale autonomia particolari classi di pazienti sulla base di procedure e protocolli preventivamente concordati con il Medico definiti sulla scorta di linee guida derivanti dalle più recenti evidenze scientifiche. Pensiamo, ad esempio, al follow up di alcune patologie o alla gestione di persone affette da patologie croniche come il diabete o l'ipertensione arteriosa. In quest'ambito si prospetta la possibilità di svolgere un'importante opera di educazione sanitaria e di promozione alla salute operando su programmi stabiliti di comune accordo con il medico. Accanto a queste competenze si colloca ovviamente una serie di interventi di tipo tecnico, come le terapie iniettive, medicazioni, rilevazione periodica dei parametri vitali, esami ematochimici di sangue capillare, ecc....

Lavorando da circa un anno e mezzo nello studio associato di Medicina Generale ho avuto la possibilità, anche grazie alla presenza di un DATABASE per la gestione dei pazienti assistiti, di raccogliere i dati di attività di consulenza infermieristica. Essi riguardano una popolazione in carico a quattro Medici di Medicina Generale (circa 6.000 pazienti) per un periodo medio mensile e sono così di seguito rappresentati:

- rilevazione dei parametri vitali 155
- terapia iniettiva I.M. e S.C. 55
- medicazioni 78
- glicemia capillare 123

• colesterolemia capillare	29
• vaccinazioni	120
• educazione sanitaria	445
• counselling	556

CAPITOLO 4

LA CONSULENZA INFERMIERISTICA: BASE DI LANCIO PER L'ISTITUZIONE DELLA FIGURA DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA IN ITALIA

Una volta analizzati tutti i riferimenti relativi alla Medicina Generale ed il contesto in cui collocare la consulenza infermieristica, si definisce il ruolo dell'infermiere di famiglia per mettere in evidenza il confronto tra le due figure professionali.

4.1 L'infermiere di famiglia nel contesto di Salute21

In conseguenza delle politiche europee di salute per tutti, anche l'Unità Infermieristica e l'Ostetricia dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità cominciò ad elaborare uno studio sull'Assistenza Infermieristica nell'intento di riorientare l'assistenza stessa, alla luce dei 38 obiettivi individuati, per rispondere in modo adeguato ai bisogni espressi dai cittadini della Regione Europea. Tale impegno sfociò nella prima Conferenza

Europea sull'Infermieristica, che si tenne a Vienna nel 1988, durante la quale fu elaborata la "Dichiarazione di Vienna sull'infermieristica in supporto agli obiettivi Europei per la Salute per tutti" e vennero definite una serie di direttive.

I Ministri dell'Organizzazione Mondiale della Sanità partecipanti alla Conferenza raccomandarono lo sviluppo di servizi infermieristici innovativi, centrati sullo sviluppo della Salute oltre che sulla malattia. Inoltre, secondo le direttive di Vienna, la pratica avrebbe dovuto essere basata sull'assistenza sanitaria di base.

Le raccomandazioni e la dichiarazione che scaturirono dalla Conferenza di Vienna, riguardavano nel loro complesso, tutte le funzioni dell'infermiere: assistenziale, organizzativa - gestionale, educativa e di ricerca. In particolare riguardo alla formazione professionale, si affermava l'opportunità di formare un "*infermiere generalista*", capace di operare sia in ospedale sia nella comunità, con una profonda e solida educazione di base che desse una forte enfasi alle tematiche dell'assistenza sanitaria primaria.

In pieno accordo con questa visione, la rappresentativa di Infermieri dei 32 Paesi Membri di tutta la Regione Europea avviò un progetto teso ad aiutare i governi a sviluppare programmi infermieristici in grado di formare infermieri capaci di erogare assistenza più adatta ai bisogni della gente e, contemporaneamente, a garantire una evoluzione della Professione ricca di attrattive e gratificante. L'impeto della Conferenza di Vienna continuò, perciò, nel progetto definito "Nursing Action", elaborato

nel 1993 e tendente a rafforzare l'infermieristica e l'ostetricia affinché fossero entrambe in grado di supportare la politica di salute per tutti. Questa strategia si indirizzava a due aspetti principali: leadership infermieristica e sviluppo della qualità dell'assistenza. Relativamente a quest'ultimo punto la strategia era diretta a sviluppare, nell'arco dei sei anni, servizi innovativi orientati all'assistenza sanitaria di base, sensibili ai bisogni dell'utente, capaci di conseguire risultati in termini di qualità, efficacia ed efficienza e garantire i principi di equità e appropriatezza stabiliti dalla politica di salute per tutti. L'infermieristica cominciava, così, ad elaborare, a livello europeo, risposte adeguate al quadro politico sanitario regionale delineato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

In tempi più recenti, nel 1999, nel contesto della politica di Salute21, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha definito una nuova tipologia di infermiere, l'Infermiere di Famiglia.

Si tratta di un professionista chiave dei sistemi sanitari moderni che, assieme al Medico di Famiglia, dovrebbe costituire il perno su cui incentrare l'assistenza sanitaria di base, capace di fornire prestazioni che possano garantire il raggiungimento degli obiettivi di salute pubblica espressi nel documento.

Due dei 21 obiettivi di Salute21, gli obiettivi 15 e 18, definiscono insieme la specificità dell'Infermiere di Famiglia. Secondo quanto espresso nel testo di Salute21, le risorse umane costituiscono un elemento critico dei servizi sanitari poiché,

giocando un ruolo indispensabile alla messa in atto delle politiche e delle programmazioni, permettono di garantire il principio dell'equità e la continuità assistenziale. Sempre secondo il documento, in tutti i moderni Stati dell'organizzazione, quando si registra la carenza di personale sanitario adeguatamente formato, accade che il sistema si orienti prioritariamente verso la malattia, caratterizzandosi per la centralità dei servizi ospedalieri e concentrandosi, prevalentemente, su cure terziarie molto specializzate. La conseguenza di un tale atteggiamento è che i componenti, come la prevenzione della malattia e la promozione della salute e di stili di vita più sani, siano sottovalutati e relegati in secondo piano.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità sostiene che i diversi professionisti della sanità ricevono, ancora oggi, una formazione insufficiente riguardo i contenuti indispensabili per mettere in atto interventi di promozione della salute sulla popolazione. Capacità di valutazione dei bisogni sanitari su base epidemiologica, conoscenza dei principi e tecniche per la promozione della salute e la prevenzione delle malattie o capacità di analizzare sistematicamente il proprio operato in termini di qualità vengono ritenuti requisiti fondamentali.

Particolare importanza viene riservata alla necessità di formare equipe multidisciplinari di professionisti che collaborino tra loro, dispensando cure sanitarie integrate anche nel settore dell'assistenza sanitaria di base. Una strategia multidisciplinare, o

meglio interdisciplinare, è considerata, in questo documento, un requisito ormai irrinunciabile per un approccio alla salute basato sull'intero arco dell'esistenza, il quale riflette le complesse interazioni tra eventi della vita, condizioni ambientali, sociali e rischi biologici.

È proprio in quest'ambito che l'Organizzazione Mondiale della Sanità inserisce la figura dell'Infermiere di Famiglia, affermando:

*l'Infermiere di Famiglia "..... aiuterà gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica o nei momenti di stress, trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio dei pazienti e con le loro famiglie. Tali infermieri consigliano riguardo agli stili di vita ed ai fattori comportamentali di rischio ed assistono le famiglie in materia di salute. Attraverso la diagnosi precoce, essi possono garantire che i problemi sanitari delle famiglie siano curati al loro insorgere. Con la loro conoscenza della salute pubblica, delle tematiche sociali, e delle altre agenzie sociali, possono identificare gli effetti dei fattori socio-economici sulla salute della famiglia e indirizzare quest'ultima alle strutture più adatte. Possono facilitare le dimissioni precoci dagli ospedali **fornendo assistenza infermieristica a domicilio** ed agire da tramite tra la famiglia e il medico di famiglia, sostituendosi a quest'ultimo quando i bisogni identificati sono di carattere prevalentemente infermieristico".*

In Salute21 si delinea un professionista inserito nel sistema dell'assistenza sanitaria di base che accede a una larga fascia di popolazione e che costituisce il primo punto d'incontro con il

servizio sanitario. Egli si trova, così, in una posizione ideale per raccogliere dati ed informazioni sullo stato di salute della popolazione, sui bisogni della comunità e può, inoltre, valutare il possibile impatto che possono avere sulla salute della famiglia fattori sociali, ambientali ed economici. Grazie ad un prolungato contatto con le famiglie, l'infermiere, può instaurare uno stretto rapporto di fiducia con i singoli membri e su questo può fare leva per rinforzare la sua azione di promotore della salute. Può, infine, intervenire nelle situazioni svantaggiate per ridurre le ineguaglianze in termini di salute.

Da un punto di vista organizzativo si individuano strategie da mettere in atto per centrare l'assistenza sulla famiglia e sulla comunità, con le cure a domicilio, l'assistenza nelle scuole e nei luoghi di lavoro e di trasmissione delle informazioni tra i vari settori della sanità. In particolare orientare i pazienti, secondo l'ottica dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, verso cure secondarie o terziarie più appropriate, nello specifico, dirigerli verso professionisti che operano in altri settori, non necessariamente sanitari, come ad esempio nel caso degli assistenti sociali.

Il ruolo centrale, l'anello di collegamento di questa visione è affidato alle strutture di assistenza sanitaria di base che sono in grado, essendo collocate nel territorio, di mantenere il contatto tra membri dell'equipe multidisciplinari, scuole, imprese, istituzioni e media che agiscono a livello locale, in modo da realizzare un valido approccio multisetoriale ai problemi sanitari.

Nel documento vengono evidenziati componenti del ruolo dell'infermiere come il rapporto di fiducia che egli crea con la popolazione assistita, la conoscenza delle famiglie e dell'ambiente in cui esse vivono, la continuità nelle cure assistenziali, la conoscenza dei servizi disponibili sul territorio. Sono questi i fattori che permettono ai professionisti che si occupano della famiglia di svolgere funzioni di agente, guida e consigliere nelle relazioni che i loro clienti instaurano con le altre istituzioni sanitarie, i servizi sociali o tutti coloro che interagiscono nel campo della salute. Questo concetto rende evidente quando l'Organizzazione Mondiale della Sanità afferma che, per essere efficace, l'azione dei medici e degli infermieri di famiglia, deve essere resa nei confronti di una popolazione specificatamente definita da una zona geografica o da una lista di scelta la quale, in entrambi i casi, deve spettare in modo libero all'individuo. Questa relazione fiduciaria costituisce un elemento che facilita lo svolgimento delle funzioni e delle attività nell'ambito delle cure primarie e, inoltre, costituisce una garanzia di miglior efficacia e continuità dell'assistenza.

CONCLUSIONI

Nell'attuale panorama di cambiamento che percorre i servizi sanitari e sociali centrati su elementi spesso interni ai servizi stessi, non va mai dimenticato che la persona, la famiglia, la comunità, sono i fruitori dei servizi, la ragione fondante dell'esistenza stessa dei servizi e lo scopo ultimo dei servizi stessi. Inoltre se si "ascolta" la richiesta degli utenti si può sentire forte e chiara la necessità di un'assistenza integrata e coerente come risposta ai problemi di salute.

Le innovazioni dei servizi sanitari alle persone possono funzionare e dare esiti positivi se si fondano su alcune opzioni operative che hanno un sostanziale fondamento etico come l'auto-aiuto, l'umanizzazione delle pratiche cliniche e organizzative, l'ascolto dei bisogni, la ricerca della collaborazione con le famiglie e la comunità.

In questa prospettiva il contributo della scienza infermieristica e dell'Infermiere può essere significativo e decisivo per il potenziamento di servizi, realmente fruibili dalle persone e dalle loro famiglie.

Le prospettive delle cure alla persona inserita nell'ambito della Medicina di Base rappresenta una prospettiva di intervento efficace e dalle potenzialità largamente inesprese e a costi contenuti. Questa prospettiva richiede di modificare il generico concetto di Infermiere, spesso ricco di luoghi comuni e stereotipi, poiché un ruolo decisivo nell'implementazione delle cure primarie può e deve essere giocato proprio dall'Infermiere. Questo implica un impegno notevole degli Infermieri coinvolti ai vari livelli e chi scrive ha ragione di credere che siamo probabilmente più pronti di quanto noi stessi non pensiamo e c'è solo un modo per saperlo: giocare il proprio ruolo!

Con l'umiltà e la tenacia di chi scopre l'urgenza di continuare a scoprire strade e percorsi ancora ignoti all'umana conoscenza/bisogno di sapere e curare, chi scrive sperimenta così la *passione*, dopo già tanti anni di esercizio professionale, *verso questo lavoro*così particolare....*il lavoro di assistenza!!*

Bibliografia:

- ❖ Artioli G. Evoluzione storica dell'assistenza e della formazione infermieristica. Milano: area Qualità, 2000
- ❖ Benci L. Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing. Milano: Mc Graww-Hill, 1996 e 2000
- ❖ Schiavardi O. Professionisti e Lavoratori Autonomi. Roma: Buffetti Editore, XXXIII ed. 2000
- ❖ Statuto e Regolamento della Cassa di Previdenza E.N.P.A.P.I. ed. 2006
- ❖ Vademecum dell'infermiere libero professionista E.N.P.A.P.I. ed. 2006
- ❖ Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, *Healt21: the health for all policy for Who European Region, Copenhagen, 1999*
- ❖ R. Dilani, A. Semenzato, "Nursing practitioner: l'infermiere del futuro" ed. M.D. Medicinae Doctro 2000
- ❖ AA.VV. con il coordinamento di Bottari C.: il Nuovo Servizio Sanitario Nazionale ed Maggioli
- ❖ Bottari C. Nuovi Modelli Organizzativi per la Tutela della Salute ed G. Giappichelli Torino
- ❖ D.P.R. 23/7/1998, Piano Sanitario Nazionale 1998/2000
- ❖ D.P.R. 1/3/1994, Piano Sanitario Nazionale 1994/1996
- ❖ Ministero della Sanità – Relazione sullo stato sanitario del Paese – 2000

- ❖ Ufficio Regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, "The role of general practice in primary health care", 1998
- ❖ Vendramini E., Modelli Organizzativi per il Territorio, CeRGAS – Bocconi, Milano, s.d.
- ❖ Crafen R.F., Hirnle C.J., Principi fondamentali dell'assistenza infermieristica: promuovere la salute, CEA Milano 1998
- ❖ Ufficio Regionale per l'Europa Organizzazione Mondiale della Sanità, "The family health nurse. Context, conceptual framework and curriculum, EUR/oo/5019309/13, gennaio 2000
- ❖ D.M. 739/1994 Il Profilo Professionale dell'Infermiere
- ❖ Legge 42/1999
- ❖ Legge 341/1990
- ❖ D.Lgs 502/1992 e 517/1993
- ❖ D.M. 503/1999
- ❖ Artt. 2222 al 2238 Codice Civile
- ❖ D.P.R. 917/1986 – Testo Unico delle Imposte Dirette
- ❖ D.P.R. 633/1972 – Norma per l'applicazione dell'IVA
- ❖ Norme di riorganizzazione della funzione infermieristica con relativa proposta di legge elaborata dal consigliere della Regione Piemonte dott. G. Caracciolo
- ❖ Il professionista infermiere e l'autonomia infermieristica – www.infermierionline.net
- ❖ Lavorare insieme è meglio, ma sono pochi a farlo – Giovanni Rizzi Medicina Generale Pioltello MI – www.occhioclinico.it
- ❖ Dipartimento del Nursing – AIMEF: il ruolo del Nursing Practitioner – RNC – 1994

