

TESI CONGRESSUALE

a cura di

MARIO LAVECCHIA

PAOLA GNERRE

FABIO FLORIANELLO

OSVALDO SCARPINO

ALBERTO SPANÒ

# LE PROFESSIONI SANITARIE

- **Le competenze professionali**
- **L'autonomia professionale**
- **La responsabilità professionale**
- **Conclusioni**
- **Allegato 1 - Le professioni sanitarie: principali elementi del contesto normativo**
- **Allegato 2 - Task shifting: la dichiarazione del Presidente della FNOMCEO**

## LE COMPETENZE PROFESSIONALI

### 1.1 Dalle competenze professionali alla demagogia

Lo scenario normativo (vedi allegato 1) relativo alle professioni sanitarie in tema di competenze si è caratterizzato da un lato con un percorso normativo coerente con lo sviluppo di responsabilità e competenze in linea con l'evoluzione scientifica e dall'altro con un percorso rivendicativo progressivamente più complesso da parte dei rappresentanti delle professioni sanitarie del comparto.

La caratteristica di tale percorso rivendicativo non è stata la ricerca di specificità tipiche di alcuni profili, ma una sorta di rivendicazione generale di avanzamento "uguale per tutti" che non ha consentito l'avvio di un confronto costruttivo sul tema, in particolare tra medici e altre professioni.

### 1.2 Ruolo della politica

La cornice delle rivendicazioni è stata costituita da una notevole disponibilità delle regioni che hanno più volte tentato di produrre documenti unilaterali di implementazione di competenze delle professioni più spinte da esigenze di bilancio che da necessità di garanzia ed implementazione della qualità dei servizi clinico assistenziali.

Ne è stata la prova il progressivo calo degli organici medici, la riduzione dei posti nelle scuole di specializzazione, l'introduzione di modelli organizzativi autoreferenti con marginalizzazione dei medici, il conseguente degrado dei servizi sanitari.

Sulla questione delle competenze "avanzate" quindi si è sviluppato un confronto talvolta conflittuale tra Organizzazioni mediche e Governo/Regioni su ipotesi più volte ripresentate che tendevano per taluni aspetti a determinare trasferimenti di competenze da medici ad altre figure che, in base alla normativa previgente, non hanno tali attribuzioni.

Sulla base di questi presupposti alcune Regioni hanno conferito ad altri professionisti specifiche competenze che, in particolari situazioni, possono comportare sia l'effettuazione di atti assistenziali e curativi salvavita, sia un primo inquadramento diagnostico dell'individuo, seppur nel rispetto di protocolli operativi stabiliti dal personale medico.

È pertanto in discussione una modalità di revisione organizzativa per cui alcune funzioni attualmente svolte da laureati in medicina e chirurgia possano essere svolte da altri professionisti, senza temere di svolgere esercizio abusivo della professione medica.

### 1.3 La creazione di mondi separati e la disgregazione della unitarietà del processo assistenziale

Tutto ciò in un contesto organizzativo in cui non si è mai cercato il confronto tra professioni, ma si è giocata una partita tutta politica ed opportunistica, valorizzando in buona sostanza un modello di "mondi separati", come previsto dalla Legge 251/00, in cui la "dirigenza" ha significato solo divisione verticale tra settori professionali e interruzione dei percorsi virtuosi di integrazione, unici in grado di consentire non solo la crescita professionale ma anche l'innalzamento delle responsabilità delle figure infermieristiche e tecnico sanitarie. Per effetto della 251/00 si è determinata di fatto una frattura tra organizzazione medica ed organizzazione del-

## LE PROFESSIONI SANITARIE

le professioni, con professionisti che non si sono più rapportati con i medici del proprio settore/disciplina, ma direttamente con un soggetto esterno avulso dalla specificità dell'organizzazione, le cui decisioni organizzative hanno spesso ignorato le esigenze specifiche del reparto/servizio, soltanto tutelando una sorta di neocorporativismo negativo che è andato a scapito dei servizi clinici.

### 1.4 Il task shifting: il grimaldello per scardinare la professione medica

In questo complesso ed articolato scenario si è sviluppato disordinatamente negli ultimi due decenni, in un contesto segnato da una forte disattenzione su tali temi dei medici, si sono mosse rivendicazioni estremamente critiche per il Sistema sanitario nel suo complesso.

A titolo di esempio segnaliamo la recente proposta di permettere la prescrizione di farmaci da parte di altri professionisti sanitari, in nome di una presunta maggiore “funzionalità”.

Questo esempio mostra in piena evidenza la logica dominante delle operazioni di “task shifting”: sostituire i medici con figure a minor costo, rispondendo peraltro a logiche di demagogia politica. Su questo ed su altri temi non sono mancati i “profeti” del progresso ad ogni costo che hanno condito le ipotesi con paragoni impropri con altri Paesi dove totalmente diversi sono contesti e figure coinvolte.

### 1.5 La Conferenza Stato Regioni: il luogo delle decisioni spesso in assenza di un confronto con tutti gli addetti al lavoro

Diversi sono stati nel tempo gli scontri sul tema anche in sede di Conferenza Stato Regioni, organo che si caratterizza purtroppo per percorsi di definizione degli Accordi non sottoposti ai meccanismi di valutazione, confronto e controllo garantiti dal Parlamento, spesso risentendo di azioni laterali di lobbying da parte di portatori di interessi.

In Conferenza si sono sviluppate ipotesi normative sul cosiddetto “task shifting” che rifacendosi alle leggi 42/1999, 251/2001 e 43/2006, tentavano di entrare malamente sul tema competenze per implementare il “campo proprio di attività e responsabilità”, indicando criteri guida e criteri limite, tra cui quello delle competenze mediche. I “criteri guida”, indicati dalla conferenza nella bozza del marzo 2017, erano il contenuto del profilo professionale, gli ordinamenti didattici ed i codici deontologici, mentre i “criteri limite” erano le competenze previste per le professioni mediche e quelle delle altre figure professionali sanitarie. Poi le dure critiche delle parti fecero sostituire i “criteri limite” con “fatte salve” le competenze dei medici.

Evidente il tentativo di indebolimento della norma di salvaguardia contenuta nella Legge 42/99 sostenendo la “dinamicità positiva dell'innovazione dell'organizzazione del lavoro in sanità, finalizzata ad un'ottimizzazione dell'uso delle risorse umane e professionali in un'ottica di valorizzazione e di integrazione”, ovvero in altre parole sostenendo la possibilità di procedere tout cur al cosiddetto “task shifting” delle competenze delle professioni a scapito delle competenze mediche. Al quadro derivante dal contesto attuale si aggiunge la costituzione degli ordini delle professioni sanitarie di cui alla Legge 3/2018 che non intercetta però questioni relative alle competenze tranne confermare le attuali norme vigenti ed in particolare i decreti emanati ai sensi del D.Lgs 502/92.

## L'AUTONOMIA PROFESSIONALE

### 2.1 Autonomia professionale coniugata alle competenze

Il concetto di autonomia espresso nella Legge 251/2000 presuppone la discrezionalità delle scelte operative legate alle competenze attribuite e la relativa assunzione di responsabilità, la titolarità, per quanto di competenza, nella valutazione dei bisogni, la capacità di pianificare gli interventi attribuiti e di verificarne i risultati.

L'autonomia quindi si configura come la capacità di pensare e agire liberamente, in modo indipendente e costituisce una delle caratteristiche principali, con la responsabilità, delle professioni liberali.

In sè il riconoscimento di autonomia professionale per gli atti di competenza, previsto già dai decreti ministeriali del 1994, costituisce un principio certamente condivisibile.

Deve però essere chiaramente definito l'ambito dell'autonomia, che non può discrezionalmente estendersi al di fuori delle competenze, come si è osservato in questi anni purtroppo per effetto di innovazioni organizzative di singole regioni o aziende sanitarie, e di interpretazioni unilaterali di norme legislative spesso fumose e generate in un clima di forte con-

trapposizione tra categorie. Il concetto di autonomia professionale, pienamente legittimo se riferito agli ambiti propri di competenza di ciascuna professione, non poteva e non può essere estremizzato, come talvolta avvenuto per effetto dell'applicazione delle norme della Legge 251/00, creando comparti autonomi e non comunicanti, con i contestuali gravi danni arrecati ai modelli assistenziali.

### 2.2 Autonomia e integrazione

L'autonomia professionale deve trovare compatibilità con la valorizzazione dei processi di integrazione interprofessionale e della valorizzazione del lavoro di equipe, nella logica del miglioramento continuo della qualità clinico-assistenziale, rifuggendo da modelli di auto-referenza professionale privi di fondamento giuridico e logico.

## LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

### 3.1 Responsabilità professionale e unitarietà del processo assistenziale

I principi teorici posti alla base dell'evoluzione legislativa in materia di professioni sanitarie si sono fondati su ipotesi di risposta al mutato contesto socio – politico – economico ed all'evoluzione della domanda di salute che avrebbero “cambiato” lo scenario delle competenze e quindi della responsabilità professionali.

L'evoluzione scientifica ha profondamente cambiato logiche e strumenti dei processi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, anche determinando lo sviluppo di nuove professioni, che hanno assunto un ruolo rilevante nei processi assistenziali, ma non ha mutato il quadro delle responsabilità centrali che restano indiscutibilmente in capo ai medici, fatte salve le aree di responsabilità che si sono definite e costituite nel più ampio contesto delle professioni che hanno assunto nel sistema sanitario ruoli e funzioni rilevanti e fondamentali. Purtroppo anche sul tema della responsabilità professionale si è diffusa una cultura di progressiva acquisizione di ambiti sempre utilizzando in modo errato la metodologia del task shifting. E' vero che il progressivo sviluppo di sistemi complessi ha determinato nuove responsabilità, ma esse dovevano svilupparsi sempre in forma integrata e compatibile con le competenze mediche e non in forma sostitutiva o conflittuale come purtroppo osservato in numerosi casi e come sostenuto dai soggetti che, promuovendo in forma indifferenziata il task shifting, vanno talvolta contro un armonico processo di sviluppo delle responsabilità delle professioni sanitarie stesse, che trarrebbero grande vantaggio da una crescita integrata ed armonica delle responsabilità nell'equipes interprofessionali.

I presunti cambiamenti dei processi di diagnosi e cura alla base delle nuove responsabilità, il più delle volte, hanno sotteso il taglio della spesa di personale, diminuendo oltre i limiti corretti la presenza dei medici negli organici, e sostituendoli con figure a minor costo.

Il largo abuso dei concetti quali appropriatezza delle prestazioni, ricerca di strumenti e tecniche innovative, soluzioni organizzative ed operative di provata efficacia, aspetti etici e deontologici, formazione hanno corredato una modalità contraddittoria di innovazione organizzativa e delle responsabilità. La genericità ed intrinseca demagogia delle espressioni usate dal legislatore nel definire gli ambiti dei nuovi profili (identifica i bisogni, pianifica, gestisce, valuta, elabora, garantisce, propone, svolge, agisce, si avvale, etc.) hanno connotato la definizione di figure certo fondamentali ma che avrebbero trovato giovamento sia professionale, che contrattuale ed organizzativo, da una definizione oggettiva che valorizzasse molto di più ruolo, funzioni e responsabilità, rispetto a quanto avvenuto a spese dell'intero sistema. Le affermazioni diffuse di indipendenza e della correlata responsabilità nelle scelte relative alle modalità di esercizio delle proprie competenze non hanno consentito di impostare le relazioni con le altre figure sanitarie in termini di collaborazione a pari dignità e scambio proficuo di conoscenze, ma hanno solo determinato disfunzioni, disservizi e danni agli stessi professionisti. Gli interventi sanitari sono invece condizionati in modo sempre crescente dalla capacità di lavorare efficacemente in squadra, ponendo attenzione al quadro delle responsabilità ed alla realizzazione e integrazione fra il lavoro di molti attori, con professionalità diverse, per superare e non incrementare la parcellizzazione delle risposte professionali, verso una risposta globale ed integrata dell'intero sistema.

In questo ambito molto è derivato dalle attività formative definite in ambito universitario, a partire dalle lauree brevi fino master e specializzazioni di settore o ambito su cui si sono costruite ipotesi di implementazione del task shifting.

### 3.2 La creazione di steccati in nome della responsabilità

Alcuni percorsi definiti che hanno consentito assunzione di responsabilità professionale sono quelli che riguardano i “case manager” attualmente presenti in unità operative dove è ritenuta forte la necessità di integrazione fra diversi livelli di attività che compongono un intero processo. A seguire sono stati definiti ulteriori livelli di responsabilità nelle Unità Operativa, nei Servizi, nei Dipartimenti e perfino a livello di responsabilità aziendale dove vengono pianificati i programmi formativi, le procedure e le linee guida su processi complessi. Il procedimento, in parte condivisibile viene però ipotizzato, definito e dove possibile realizzato a compartimenti stagni in particolare tra mondo delle professioni, medici e dirigenti sanitari.

### 3.3 Ricadute sulla organizzazione del lavoro

Il sistema posto in essere presenta notevoli rischi per:

- L'ottimale organizzazione del lavoro,
- L'individuazione delle risorse umane,
- l'erogazione efficace ed efficiente delle prestazioni,
- i contrasti interprofessionali tra medici e professioni sanitarie, ma anche tra professioni sanitarie diverse.

## CONCLUSIONI

### 4.1 Cambiare verso

Uno dei modi auspicabili per valorizzare un cambiamento costruttivo nel complesso mondo delle professioni sanitarie resta legato ad una sostanziale inversione di tendenza rispetto a quanto avvenuto negli ultimi anni, individuando ed applicando mezzi e regole condivise e validate tra medici ed altri professionisti, nel rispetto delle specifiche competenze. Costruire un mondo professionale armonico ed evoluto in sanità significa

- far crescere tutti i professionisti nel rispetto pieno del ruolo fondamentale di ognuno di essi;
  - evitare sovrapposizioni e conflitti;
  - impegnarsi sulla interdisciplinarietà, sul lavoro di equipe, sulle sinergie professionali, in altre parole sulla crescita di tutti gli attori al di fuori dei conflitti e dei corporativismi.
- L'innalzamento delle competenze, l'autonomia e le responsabilità sono grandezze implementabili in larghissima misura in ogni profilo e categoria sanitaria senza alcuno sconfinamento e senza abusi, e ciò perché larghissimo è il margine di miglioramento che è davanti a ciascuna categoria professionale e che spinto al massimo non potrà che far crescere l'intero sistema sanitario italiano. La subalternità, la demotivazione, la deresponsabilizzazione, da anni lamentate dagli esponenti del mondo professionale, hanno cause estranee al rapporto tra medici ed altri professionisti, derivano dall'arretratezza anche culturale che ha afflitto il sistema, da speculazioni e demagogie, e sono superabili solo in una armonizzazione vera dei ruoli e delle funzioni di ciascuna figura, trasferendo valore e incrementando la qualità di ciascun apporto in un contesto che non ponga più in discussione la pari dignità degli operatori tutti, fermo restando i ruoli che comunque spettano a ciascuno.

### 4.2 - Governare il tash shifting

La politica e alcuni ordini professionali, nascondendosi dietro vere o presunte innovazioni scientifiche, cambi di modelli assistenziali, esempi di altri paesi, stanno approfittando per portare avanti una progressiva erosione delle competenze proprie della professione medica, complice anche la errata programmazione universitaria nella formazione dei medici e la crisi economica, minando contemporaneamente alla base il sistema sanitario italiano.

Disconoscere i progressi formativi e culturali della professione sanitaria sarebbe miope, il muro contro muro non giova a nessuna certamente non ai medici che, inferiori di numero, sono politicamente meno appetibili. Ne deriva che poiché non esistono metodi e modelli lavorativi valevoli in tutti i luoghi di cura e che certamente vi sono ambiti lavorativi, per esempio nella prevenzione, nel socio sanitario, nel territorio, dove la “la cura e l'assistenza alla persona” sono prevalenti, che possono offrire maggiori possibilità di sviluppo di nuovi e più efficaci modelli operativi che senza sovrapporsi al compito di altri, offrono alle professioni sanitarie opportunità di sviluppo delle proprie competenze professionali e manageriali.

In sintesi gli aspetti principali da monitorare attentamente sono

- Il coniugare autonomia e responsabilità,
- l'unicità del processo assistenziale,
- la centralità del paziente che vuol dire integrazione dei singoli professionisti e lavoro di gruppo,
- I nuovi modelli organizzativi.
- Il rischio della parcellizzazione dei processi

#### 4.3 Dalla contrapposizione alla condivisione

Il Sindacato quindi dovrà procedere, per evitare derive negative per il sistema sanitario, così come per medici e professioni sanitarie tutte, ricercando una vera inversione dei percorsi verso strategie condivise e verso la definizione di modelli di rilancio delle risorse umane nel loro complesso. In questo percorso alleato privilegiato deve essere la FNOMCEO specie per gli aspetti professionali.

### ALLEGATO 1

## LE PROFESSIONI SANITARIE: PRINCIPALI ELEMENTI DEL CONTESTO NORMATIVO

1. Fino al 1992 il T.U. delle leggi sanitarie (R.D. n. 1265/1934) distingueva coloro che operavano nel campo della sanità in tre categorie:
  - professioni sanitarie principali (medico chirurgo, veterinario, farmacista e, dal 1985, l'odontoiatra);
  - professioni sanitarie ausiliarie (levatrice, assistente sanitaria visitatrice e infermiera diplomata);
  - arti ausiliarie delle professioni sanitarie (odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico ed ernista, tecnico sanitario di radiologia medica e infermiere abilitato o autorizzato).
2. La riforma delle professioni sanitarie inizia con il D.Lgs 502/92 che istituisce la Dirigenza Sanitaria e ne definisce il ruolo, e che contestualmente definisce le competenze delle professioni sanitarie infermieristiche e ostetriche, tecniche, della riabilitazione, e della prevenzione con i Decreti Ministeriali dal n. 739 al n. 746 del 1994.
3. Accanto al riordino delle professioni si avvia anche la riforma della formazione che si incardina da un lato sull'obbligatorietà della formazione specialistica per i dirigenti medici e sanitari e sulle lauree triennali per le professioni sanitarie
4. Il D.lgs n. 502/92 nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge n. 833/78, attribuì al Ministero della Sanità, l'individuazione e regolamentazione dei profili professionali dell'area sanitaria e trasferì la formazione dalla sede regionale a quella universitaria, introducendo inoltre la programmazione dei fabbisogni a partire dai medici e per tutte le categorie della dirigenza, oltre che del comparto.
5. L'impianto normativo sopra descritto fu perfezionato con la legge 26/02/1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" che all'art. 1 comma 2, recita: "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e sm.i., è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".
6. Con la legge n. 251/00 fu emanata la "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica" che all'art. 1 prevedeva:
  - C. 1 Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali

nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza. C. 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea.

- C.3** Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per: a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni; b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata".
- 7.** L'oggetto del complesso delle professioni sanitarie è costituito dalle "attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, comma 1, l. n. 251/2000); le funzioni proprie della professione sono definite "dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza" (art. 1, comma 1, l. 251/2000); ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative.
- 8.** Inoltre, la Legge 42, all'art. 1, stabilisce che quanto previsto si attui comunque facendo salve, "le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali".
- 9.** La Legge n.3 dell'11 gennaio/2018 ha previsto il riordino degli assetti ordinistici dei medici, veterinari e farmacisti, oltre che di biologi, chimici, fisici e psicologi, ed ha completato l'assetto normativo per tutte le 22 professioni sanitarie costituite in ordini. La legge approvata introduce tre nuovi ordini: per le professioni di Infermiere, per le Ostetriche, e per i Tecnici di Radiologia ai quali ultimi si aggregano le altre 17 professioni. Si riconoscono inoltre due nuove professioni (osteopati e chiropratici) e si introduce la possibilità di presentare richiesta di riconoscimento anche da parte di associazioni rappresentative per nuovi albi.

---

## ALLEGATO 2

### TASK SHIFTING: LA DICHIARAZIONE DEL PRESIDENTE DELLA FNOMCEO

**Il presidente della Federazione nazionale** degli ordini dei medici Chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), su tale tema, ha recentemente dichiarato il suo "no forte e chiaro al task shifting, al trasferimento delle competenze professionali dal medico ad altre figure sanitarie. Le competenze del medico non gli derivano da investitura soprannaturale, ma sono acquisite in ragione di percorsi formativi condivisi da tutte le istituzioni e gli attori coinvolti: dal Parlamento, dal Governo, dal Ministero della Salute e dal Miur, dalla Conferenza Stato Regioni, dalle Università, dagli Ordini, dai rappresentanti dei professionisti del Servizio Sanitario Nazionale. È una questione di garanzia nei confronti dei nostri pazienti e dei nostri sistemi sanitari: in tutti i paesi dove si è attuato il task shifting, il risultato è stato un abbassamento di qualità dei Servizi Sanitari. La prescrizione non è un fatto automatico ma è la conclusione di un percorso articolato che passa attraverso la diagnosi, anche differenziale. Non può essere un momento avulso dalla valutazione complessiva del malato, non può essere estrapolata dalla relazione di cura tra il medico e il suo paziente. Anche nell'ambito della cronicità: ogni volta vanno valutati aggiustamenti terapeutici, vanno monitorate le risposte del paziente e messe in conto le eventuali interazioni, se il malato, come sempre più spesso accade, è in politerapia. È una garanzia per la salute del paziente, è una questione di appropriatezza, di efficacia e di buon funzionamento per il Servizio Sanitario Nazionale. La collaborazione con l'Ordine degli Infermieri può e deve esprimersi anche nella gestione della terapia, e nei progetti di miglioramento dell'aderenza terapeutica. Ma la "prescrizione", con qualunque nome si scelga di chiamarla, è e non può che rimanere atto medico".

