



FNOMCEO

CONSIGLIO NAZIONALE

RELAZIONE DEL PRESIDENTE

RAVENNA, 15 MAGGIO 2010

Cari Amici,

apriamo questo Consiglio Nazionale ricordando uno di noi che ci ha lasciato improvvisamente e dolorosamente al termine del nostro ultimo incontro di febbraio a Roma.

A Nunzio Romeo, alla sua famiglia e a tutti i suoi cari vi propongo di dedicare un piccolo spazio di raccoglimento nel quale ricordare con grande affetto, amicizia e rispetto un uomo, un amico, un Presidente di Ordine.

Grazie per aver accolto questo invito al ricordo e prima di affrontare il tema centrale all'ordine del giorno di questo Consiglio Nazionale, vorrei aggiornarvi sugli sviluppi di alcune questioni di particolare rilievo che ci hanno visti impegnati in questi ultimi due mesi.

LE CERTIFICAZIONI DI MALATTIA E IL DISPOSITIVO SANZIONATORIO PREVISTO DAL Dlgs 165/2010 (Decreto Brunetta)

Tralascio le considerazioni più generali sull'intero impianto del provvedimento Brunetta, peraltro già ampiamente oggetto di precedenti relazioni e mi limito a ricordare l'impegno che avevamo assunto di intervenire sull'interpretazione e quindi l'applicazione della norma sulle certificazioni, soprattutto quando riferite alle prognosi brevi essendo la stessa ingestibile nella pratica quotidiana ed incoerente sul piano giuridico relativamente all'applicazione delle sanzioni disciplinari di pertinenza ordinistica.

Con tenacia abbiamo perseguito e conseguito l'obiettivo di riportare su un tavolo tecnico presso il Ministero della Funzione Pubblica tali questioni, peraltro in un contesto politico che ci vedeva abbastanza isolati, essendo stato il provvedimento convertito in legge con la benevola astensione delle opposizioni.

Risale a qualche giorno fa la pubblicazione di una circolare a firma del Ministro Brunetta che traccia una linea interpretativa della norma sulle certificazioni che riconduce ai principi della buona pratica clinica sia la correttezza formale sia la legittimità giuridica della certificazione, soprattutto in riferimento alle prognosi brevi, mentre è in via di definizione l'emendamento legislativo che corregge l'improprio automatismo tra sanzione amministrativa e sanzione deontologica disciplinare in caso di accertata violazione della norma stessa.

Come già affermato in un comunicato, non possiamo che essere soddisfatti del consenso che molte OOSS mediche di categoria hanno dichiarato sui

contenuti di tale circolare, magari vendendola come farina esclusiva del proprio sacco.

Va bene così, anche se per il dovuto rispetto che dobbiamo portare all'impegno ed al merito non posso esimermi dal rendervi conto del fatto che ogni soluzione, ed ogni singola parola che l'ha esplicitata è stata frutto della tenacia, dell'intelligenza e della competenza di due persone il Dott. Marinoni e il Dott. Augello, autorevoli componenti del Comitato Centrale delegati a trattare la questione per conto della FNOMCeO, che sottolineo è stata nella circostanza l'unica rappresentanza professionale abilitata al confronto.

IL DECRETO ATTUATIVO DEI NUOVI SERVIZI NELLE FARMACIE

Credo che tutte le premesse di questa vicenda vi siano ampiamente note e in questi giorni siamo all'epilogo essendo ferma volontà del Ministro Fazio varare il decreto entro la fine di maggio.

E' tuttavia opportuno ribadire alcuni elementi di contesto della vicenda senza i quali rischieremmo di produrre valutazioni astratte e scelte che potrebbero metterci fuori gioco in questa delicata partita.

L'attuazione di nuovi servizi (secondo livello) nelle farmacie nasce da un progetto politico che risale ad alcuni anni or sono e che si propone di concretizzare l'obiettivo di trasformare le farmacie in veri e propri presidi sanitari sul territorio, non limitati cioè all'approvvigionamento e dispensazione di farmaci e prodotti sanitari.

Questa visione ha assunto ancora più vigore perché, a vario titolo, ritenuta idonea e funzionale ad offrire risposte, concrete ed efficaci, all'emergente bisogno di ridistribuire alcune tipologie di servizi sanitari sul territorio sia in un'ottica di razionalizzazione della spesa sia in una prospettiva di migliorare la qualità e l'accessibilità di alcuni servizi.

In altre parole i nuovi servizi nelle farmacie vengono prospettati come una delle risposte efficaci e praticabili alla crescente ed incalzante domanda di cure primarie, in particolare quelle dedicate alla cronicità e alle fragilità.

In questo contesto, il problema vero che abbiamo davanti non è solo quello di definire i contenuti e le forme di organizzazione del lavoro di professionisti sanitari nelle farmacie evitando profili di bassa appropriatezza e sicurezza, ma soprattutto quello di tutelare un modello più generale di cure

primarie e di servizi sanitari e socio sanitari territoriali che non possono e non devono cortocircuitare i ruoli e le funzioni del medico.

Questo concetto sul quale ritorneremo e che può prestarsi a facili ironie su un presunto arroccamento neo paternalista della FNOMCeO nelle ridotte della vecchia dominanza professionale, esprime in realtà il bisogno di affrontare le innovazioni della medicina e della sanità attraverso una ridefinizione rigorosa delle relazioni tra competenze, autonomie e responsabilità.

La crescita tumultuosa dei saperi e delle competenze in medicina e in sanità sollecita lo sviluppo di nuovi modelli assistenziali a cui vengono reclutate le autonomie e le responsabilità di vecchie e nuove professioni, comprese quelle di estrazione non sanitaria, i così detti *strangers at bedside*: quali ad esempio i chimici, i fisici, gli ingegneri, i sociologi etc.

Questo vorticoso sviluppo di professionalità e professioni che costituisce la base materiale per la consunzione di vecchi modelli di organizzazione fondati su centralismi autoritari, in realtà manifesta un grande bisogno di una governance autorevole delle autonomie e delle responsabilità che si faccia carico non dei singoli atti ma dell'intero processo assistenziale al cui centro è posizionato l'interesse primario dei pazienti.

La sanità a cui ci stiamo avvicinando a grandi passi ha sempre più bisogno di esprimere e riconoscere, nella governance dei processi clinico assistenziali, il ruolo di una leadership funzionale che garantisca l'armonia, l'efficienza, l'appropriatezza, la sicurezza complessiva governando di volta in volta quelle aree grigie di conflitto di competenze che immancabilmente si accendono nelle terre di confine tra le diverse professioni.

Credo che questo ruolo di leadership possa e debba sostanziare la moderna funzione di garanzia del medico così che ogni modello clinico assistenziale che pensa di poterne fare a meno rischia di tradursi in una mera somma di prestazioni, fortemente esposte sul terreno dell'inappropriatezza e della bassa efficacia.

Questo è stato il compito che il Comitato Centrale ha affidato al Dr. Marinoni e al Dr. Spata che ci rappresentano nel Gruppo di lavoro ministeriale per la stesura del decreto attuativo dei nuovi servizi nelle farmacie e gli atti di cui fino ad oggi disponiamo e nei quali siamo stati coinvolti ci dicono che stanno autorevolmente in campo, basta ricordare ad esempio che è ormai consolidato il fatto che i servizi di secondo livello nelle farmacie possono essere attivati solo dietro specifica prescrizione del medico di famiglia.

LA RIFORMA DEGLI ORDINI E DELLE PROFESSIONI

A seguito dell'iniziativa del Ministro della Giustizia avviata alcune settimane fa e culminata nella convocazione dei cosiddetti stati generali delle professioni regolamentate al fine di riavviare il processo di riforma, fui raggiunto da una telefonata del Ministro Fazio che mi domandò quale opzione avrei scelto tra quella di convergere nell'iniziativa generale del Ministro Alfano o quella di avviare in via preliminare un confronto autonomo delle professioni sanitarie.

Non ebbi alcun dubbio nell'indicare questa seconda opzione, avendo la FNOMCeO più volte sottolineato la necessità di valorizzare, in un processo generale di riforma, quei molteplici elementi di specificità delle professioni sanitarie ed in particolare quelli relativi ai medici e agli odontoiatri.

L'incontro si è così svolto presso il Ministero della Salute, con tutte le rappresentanze delle Federazioni Nazionali degli Ordini e dei Collegi delle professioni sanitarie ed in quella sede si è unanimemente condiviso l'avvio di alcune iniziative:

1. Sollecitare il Parlamento a proseguire nell'iter di approvazione del D.L. 1142 in materia di costituzione degli Ordini delle professioni sanitarie rivedendone alcuni aspetti e soprattutto inserendo in quel testo una Delega al Governo per la definizione dei principi generali che dovranno informare i decreti attuativi dell'ammodernamento organizzativo e gestionale degli Ordini delle professioni di Medico Chirurgo, Odontoiatra, Farmacista e Medico Veterinario.

Non appena possibile vi faremo pervenire una bozza di documento che ritengo possa costituire il riferimento di tali principi ordinamentali; questi, peraltro desumibili da documenti ufficiali della FNOMCeO degli ultimi anni, dovranno costituire oggetto di una vostra attenta e puntuale riflessione, fermo restando che, in ragione di una tempistica a tutt'oggi non prevedibile del processo legislativo, una nostra posizione ufficiale sui contenuti della delega non potrà che scaturire da un confronto nel Consiglio Nazionale che ne discuterà o in via ordinaria il 09 luglio 2010, o in via straordinaria prima, con una convocazione urgente.

2. Il secondo impegno con il Ministro consiste nel produrre un documento, possibilmente condiviso, relativo ad alcune questioni che, pur nelle oggettive diversità di contesto, esprimono problematiche comuni a tutti i servizi professionali e cioè:

a) la previsione per i servizi professionali caratterizzati dalla salvaguardia di interessi generali e terzi alla diretta committenza, di tariffe di riferimento per onorari professionali ed eventuali fasce di oscillazione.

b) Una diversa e più incisiva integrazione tra processi e soggetti che producono e governano la formazione di base e i processi e soggetti che presiedono invece il governo del concreto esercizio professionale, con particolare riferimento alla formazione long-life e ai sistemi di valutazione e certificazione della qualità professionale.

c) La definizione giuridica delle società professionali e multi professionali con particolare riferimento ai principi di responsabilità, di affidamento delle attività e di ruolo di eventuali soci di capitali al fine di garantire sia il rispetto delle competenze, sia le finalità etiche dei servizi professionali che tutelano diritti della persona costituzionalmente sanciti.

d) Rafforzare il ruolo deontologico (e disciplinare!) degli Ordini professionali nella valutazione della veridicità e trasparenza nella comunicazione delle informazioni sui servizi professionali resi, in altre parole la pubblicità, secondo quanto peraltro previsto nelle direttive europee in materia.

e) Rivedere l'attuale normativa sul riconoscimento dei titoli e delle attività, nonché delle associazioni di soggetti esercenti attività nel campo della salute umana, attribuendo al Ministero della Salute un ruolo più incisivo presso il CNEL e soprattutto ponendo rigorose restrizioni ai meccanismi di autoformazione e autolegittimazione di attività offerte ai cittadini come prestazioni finalizzate alla tutela della salute e del benessere. Al riguardo vi ricordo che è stato pubblicato sulla G.U. il DLgs n° 59 del 26/03/2010, relativo ai servizi professionali che, all'art. 8 modifica o meglio perfeziona la definizione di professione regolamentata in recepimento della Direttiva Zappalà (123/2006), includendovi anche le "attività non riservate". Tale esclusione aveva ristretto il campo di potestà delle professioni regolamentate, consentendo di fatto ad altre figure ed associazioni di qualificarsi e legittimarsi su attività in parte o in tutto rientranti nel campo di azione delle professioni regolamentate in Ordini e Collegi. In altre parole vengono finalmente chiariti alcuni grandi equivoci del cosiddetto sistema duale: Ordini ed Associazioni escludendo la possibilità di sovrapposizioni di attività.

Appena disponibile il documento che individua le nostre proposte su tutte queste questioni che caratterizzano la riforma delle professioni, vi sarà inoltrato e naturalmente costituirà anch'esso oggetto di confronto in quel Consiglio Nazionale dedicato che vi ho già prospettato.

I DECRETI ATTUATIVI DEL DECRETO GOVERNATIVO SULLA MEDIAZIONE

Stiamo lavorando affinché i decreti attuativi in materia di mediazione dei contenziosi nell'ambito della responsabilità professionale medica, consentano ai nostri Ordini di esercitare ogni possibile ruolo e compito nella risoluzione stragiudiziale dei contenziosi.

In particolare sono in via di definitiva stesura le proposte per un regolamento di formazione ed attività dei conciliatori espressi dai Consigli degli Ordini; non appena definito, vi sarà inviato per le vostre osservazioni ed integrazioni.

RUOLI E FUNZIONI DEL MEDICO NELL'AMBITO DELLE ÉQUIPE MULTIPROFESSIONALI

In questi anni, nell'ambito delle autonomie regionali sul piano dell'organizzazione dei servizi sanitari, stiamo assistendo a un proliferare di progetti assistenziali che prevedono l'affidamento di nuovi ruoli e compiti alle professioni sanitarie nell'ambito delle équipes.

Queste proposte, per le delicate questioni che sollevano, richiedono nostre puntuali considerazioni sia deontologiche, alle quali richiamiamo i nostri professionisti, che tecnico professionali che invece proponiamo ad una attenta riflessione dei decisori in sanità.

I tumultuosi progressi della tecnica e i continui avanzamenti della ricerca scientifica in medicina, determinano nella sanità percorsi clinico assistenziali sempre più complessi e costosi, richiedenti in particolare una maggiore e più incisiva cooperazione, coordinamento e comunicazione tra diverse competenze e tra molteplici professioni.

In più occasioni la FNOMCeO ha messo in rilievo come la crescita esponenziale delle conoscenze in medicina e delle competenze in sanità si sia tradotta in un processo legislativo che, sull'onda della ricerca del consenso e rinunciando al governo vero delle innovazioni, si è limitato a trasferire ogni specificità tecnica emergente in uno specifico ordinamento didattico di corso di laurea universitario e in una definizione giuridica del relativo profilo professionale che ne definisce le competenze e le attività riservate.

Tale legislazione ha generato 22 nuove professioni sanitarie, ognuna caratterizzata da autonomia nell'ambito delle proprie competenze che, nei

processi clinico assistenziali e preventivi, intercettano le competenze dei medici e degli odontoiatri, i quali già si confrontano con altre professioni che hanno da tempo consolidato un loro ruolo nelle attività e nelle organizzazioni sanitarie (biologi, fisici, chimici, psicologi).

Questo insieme di vecchie e nuove professioni operanti in ambito sanitario esercita una forte azione erosiva dei tradizionali ambiti di esercizio della professione medica ed odontoiatrica, coerentemente con il possesso di un oggettivo e specifico profilo di competenze esclusive, ma anche conseguentemente a discutibili sovrapposizioni o a surrettizie e inaccettabili sottrazioni di competenze.

La preoccupazione non nasce ovviamente da una prospettiva di sviluppo continuo delle competenze e degli skills delle professioni sanitarie né da una pregiudiziale ostilità a modelli flessibili di assistenza, ma dal grande rischio di un uso spregiudicato ed opportunistico delle competenze ai fini di realizzare organizzazioni meno onerose di servizi sanitari; una prospettiva low-cost che potrebbe sedurre molti, soprattutto quelle amministrazioni in difficoltà con la tenuta dei bilanci.

In questo contesto, acquista significato vincolante l'art. 66 del Codice di Deontologia Medica che, nel promuovere i migliori interessi per i pazienti attraverso la cooperazione di più professionisti, rivendica il rispetto delle competenze entro i limiti oltre i quali si realizza (art. 67) un esercizio abusivo della professione medica.

Se è dunque vero che non può non riconoscersi alle nuove professioni sanitarie nuovi profili di competenze avendo questi frutto di formazioni e di titoli universitari nell'ambito della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a loro volta produttivi di una dignità e di una potestà operativa autonoma "... *nel campo proprio di attività e responsabilità.... sulla base dei contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, ... degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici (Legge 42/1999, art. 1, comma 2)*, non può del pari ritenersi ammissibile una indisciplinata confusione operativa e tanto meno una sostanziale erosione del ruolo e della dignità del medico che travalichi il limite di una sinergia integrativa rispettosa di una professione, la nostra, garantita e resa specifica dallo Stato attraverso l'abilitazione.

Non sembra comunque possibile né praticamente esperibile una ulteriore definizione e delimitazione giuridica dell'attività medica specifica ed esclusiva che farebbe vacillare quella *duplice posizione di garanzia* verso lo Stato e verso i cittadini di cui è titolare soltanto il medico, così come riconoscono dottrina e

giurisprudenza *in primis* costituzionale (vedi da ultimo la recente sentenza sulla Fecondazione Medicalmente Assistita) e come afferma il Codice di Deontologia Medica, restando pur sempre il medico il protagonista e il primo responsabile delle fasi relazionale, diagnostica e terapeutica su cui si articola la sua attività.

D'altronde, nella prassi assistenziale, specie se esperita in *équipe*, è riconosciuto al medico un ruolo *preminente e come tale garante anche delle scelte praticate dal personale dipendente, con lo specifico obbligo di sorveglianza e di controllo* e con l'*assunzione* di una responsabilità ad altri non delegabile ma neppur produttiva di impunità per ogni altro operatore che sbagli (Cass. civ., 16 marzo 2010, n. 10454).

Se ciò è vero e documentato, ne deriva la inderogabile necessità che ogni percorso o progetto assistenziale riconosca la figura del medico tanto nella composizione della *équipe* quanto nel relativo processo funzionale, relazionale e curativo, anche nel quadro di una responsabilità *in eligendo e in vigilando* che non esclude deleghe strettamente operative ma sempre entro limiti di capacità e di fiducia commisurati alla entità del rischio e nel rispetto delle esclusive prerogative del medico.

La *leadership* medica (intesa in senso funzionale) è dunque da considerare come presidio di armonia, di coerenza, di efficienza e di sicurezza e come fattore di sintesi e di contemperamento di plurime esperienze e specializzazioni professionali, adeguatamente formate, preparate e senz'altro insuscettibili di improvvisati assemblaggi.

Nella verosimile impossibilità di pervenire a una definizione e distinzione giuridica, esaustiva e praticabile, di atto o attività medica ed atto o attività sanitaria sulla base dei contenuti tecnico professionali e delle riserve di competenze, è tuttavia da perseguire l'obiettivo di riconoscere che l'atto o attività medica si caratterizza e distingue per quella potestà, esclusiva e specifica, di formulare diagnosi, prescrivere ed eseguire trattamenti che, nella moderna complessità dei processi clinico assistenziali garantisce una sintesi tecnico professionale che si identifica sul piano operativo come insostituibile espressione di tutela della salute.

Se questa duplice posizione di garanzia del medico, verso lo Stato e verso i cittadini, non è in discussione, la FNOMCeO deve considerare come punto fermo che nessuna delle competenze fondanti questo ruolo possa essere oggetto di inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, costituendo altresì la fonte di legittimazione e garanzia di atti o attività esercitate in autonomia dalle professioni sanitarie, nell'ambito delle proprie competenze.

Questa complessità rende necessaria una riflessione ed un confronto attento e rigoroso, fuori e dentro le nostre professioni anche sui risvolti organizzativo-gestionali dei servizi e sui relativi profili di responsabilità, dovendosi garantire l'unitarietà e l'efficienza dei processi clinico assistenziali pur nel rispetto delle autonomie professionali.

I nostri Ordini professionali sono i naturali portatori di questi interessi peraltro generali e anche in ragione dell'art. 64 del Codice di Deontologia Medica a loro spetta il compito di vigilare e intervenire su tali processi di cambiamento affinché le innovazioni non si riducano a mere derive efficientiste che mirano a ridurre i costi impoverendo i servizi di competenze appropriate, esponendo categorie sanitarie su terreni tecnico professionali non propri, sottraendo ruoli e compiti al medico oltre e contro la sua indiscussa posizione di garanzia e tutela della salute dei cittadini.

Grazie dell'attenzione

Amedeo Bianco
Presidente FNOMCeO