

CONVEGNO

**“ATTO E RUOLO MEDICO DI FRONTE
ALL’INTEGRAZIONE
CON LE PROFESSIONI SANITARIE NELL’AMBITO
DELL’ASSISTENZA A TUTELA DEL CITTADINO”**



**UNIONE PARMENSE DEGLI INDUSTRIALI
PALAZZO SORAGNA
STRADA AL PONTE CAPRAZUCCA 6/A
PARMA 28-29 MAGGIO 2010**



Parma, Piazza Duomo

**“NON È UNA QUESTIONE DI DIFESA DELLA PROFESSIONE,
MA DI AFFIDO DEI PAZIENTI IN MANI COMPETENTI”**



**Una due giorni, 28 e 29 maggio, organizzata dall'Ordine
dei Medici e Odontoiatri di Parma,
a Palazzo Soragna,
per riflettere sulla funzione da assegnare
alle varie figure portanti della sanità pubblica e privata**



“Atto e ruolo medico di fronte all’integrazione con le professioni sanitarie nell’ambito dell’assistenza a tutela del cittadino”. *E’ questo il titolo dell’importante convegno che l’Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Parma ha organizzato per riflettere sulla funzione da assegnare alle varie figure portanti della sanità pubblica e privata e in occasione del Centenario degli Ordini dei medici chirurghi e odontoiatri.*

*L’evento, durante il quale si sono confrontati esponenti di spicco delle istituzioni, del mondo medico e di quello accademico, si è svolto a **Palazzo Soragna**, sede dell’Unione parmense degli industriali, nei giorni **28 e 29 maggio** scorsi.*



Il convegno porta alla ribalta le problematiche di attualità della classe medica in rapporto a quella delle professioni sanitarie al fine di trovare una giustificazione ed un orientamento nella funzione da assegnare alle varie figure portanti della sanità pubblica e privata.

L’obiettivo è chiarire ruoli ed ambiti di azione arrivando a tracciare quello che è il ruolo medico dopo la definizione dell’atto medico.

In una sinergia d’intenti, unendo aspetti legislativi, esperienziali, culturali e formativi si ritiene che si possa arrivare ad indicare una linea d’azione utile soprattutto alla cittadinanza debole, di cui l’ammalato ne è la testimonianza, ma anche al lavoro degli stessi operatori in ambito sanitario, la cui collaborazione dev’essere assolutamente garantita pur sempre nel rispetto dei ruoli e delle competenze.

A tale fine si attiva il confronto fra i vari attori della sanità, vedendo il problema da varie angolature: da quella professionale, a quella etico deontologica a quella culturale e formativa, tenendo presenti anche altri aspetti che, nuovi nello specifico della trattazione, sicuramente potranno modificare nel corso del tempo l’evoluzione delle scelte fino ad influenzarle: l’economia sanitaria e non più l’economicismo, e l’informatica con le nuove tecnologie comunicative ed informative.

28 MAGGIO 2010

ABSTRACTS



“Non possiamo certo ritenere che l’atto medico si esaurisca nella stesura dei protocolli o delle linee guida. Questi sono da ritenersi mezzi applicativi del sapere medico e non fini. E certo non possono essere applicati tout court da personale sanitario non medico”.



*La prima giornata ha preso il via con l'intervento del Presidente dell'Ordine dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Parma, **Tiberio d'Aloia**, che entrando nel merito della questione ha precisato:*

“La legislazione ha generato 22 nuove professioni sanitarie, ognuna caratterizzata da autonomia nell’ambito delle proprie competenze ma che, nei processi clinico assistenziali e preventivi, intercettano le competenze dei medici, i quali già si confrontano con altre professioni che hanno da tempo un ruolo consolidato nelle attività e nelle organizzazioni sanitarie. 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 non coerentemente con il possesso di un obiettivo e specifico profilo di competenze esclusive.

Esiste quindi una forte necessità di chiarimento delle reciproche competenze per far sì che da questa attuale confusione non si generi un danno alla tutela della salute dei cittadini, bene primario



che dovrebbe fungere da costante criterio guida quando si vogliano operare scelte riorganizzative delle prestazioni sanitarie. Nel contesto di una tempistica dell'atto sanitario sempre più ridotta, di fronte ad una sanità che sempre più si affida alla tecnologia e al lavoro in équipe, obbligata sempre più alla collaborazione con altre professionalità, in una gestione complessa con numerosi responsabili dell'assetto organizzativo, nella quale è oltremodo facile che si verifichino incomprensioni fra i medici e fra medici e altri professionisti sanitari, avvertiamo la necessità di una ridefinizione giuridica e tecnico-professionale dell'atto medico e del profilo di competenze del medico e delle altre professioni sanitarie.

Non possiamo certo ritenere che l'atto medico si esaurisca nella stesura dei protocolli o delle linee guida. Questi sono da ritenersi mezzi applicativi del sapere medico e non fini, e certo non possono essere applicati tout court da personale sanitario non medico. Non ci preoccupa ovviamente una prospettiva di sviluppo continuo delle competenze che è invece auspicabile, né abbiamo una pregiudiziale ostilità a modelli flessibili di assistenza, ma siamo invece preoccupati che si possa fare un uso opportunistico e troppo disinvoltato delle competenze, al mero fine di arrivare a organizzazioni meno onerose dei servizi sanitari.

Il Convegno allora è nato dalla necessità di ribadire l'atto medico, il ruolo del medico, il ruolo delle altre professioni sanitarie e l'obbligatorietà di stretta collaborazione fra le tutte le figure implicate nella cura del paziente. Non possiamo più subire ma dobbiamo progettare il futuro della sanità insieme".

LECTIO MAGISTRALIS

[Giovanni Leonardi,
Direttore generale Risorse Umane del Ministero della Salute]



“Oggi la magistratura sta prendendo atto che accanto al medico c'è tutta una serie di altri professionisti. Questo è il motivo per cui è necessario affrontare il problema di chi deve fare cosa ed è importante definire le responsabilità. Se finora tutto questo non è stato fatto è perché è mancato e manca il dialogo tra le categorie”.

*Sull'argomento è intervenuto **Giovanni Leonardi** con la lezione magistrale intitolata “**L'evoluzione delle professionalità in rapporto alla politica sanitaria del Paese: dal coesistere delle differenze alla collaborazione fattiva nel rispetto dei ruoli**”.*

“Negli ultimi dieci anni si è dato corso a un profondo processo di evoluzione e di trasformazione del ruolo e dell'ordinamento formativo delle professioni sanitarie attraverso un percorso legislativo iniziato con l'approvazione dei profili professionali e l'avvio della formazione universitaria (art.6 del dlgs 502/92) e sviluppato successivamente con le leggi 42/99, 251/00 e 43/06 che ha avuto come risultato principale le seguenti conseguenze: queste professioni sono formate nella stessa facoltà ove si formano i laureandi in medicina, che, anzi ormai sono una minoranza rispetto agli studenti degli altri corsi di laurea; il nuovo ordinamento professionale ha reso queste professioni autonome e non più ausiliarie; si è realizzato un inquadramento contrattuale analogo a quello previsto per il personale che nei contratti



pubblici viene assunto con il diploma di laurea con evoluzione sino alla nuova qualifica di dirigente delle professioni sanitarie.

Se è pur vero che l'autonomia di queste professioni finisce laddove inizia quella del medico e che non possono esercitare competenze che sono proprie del medico come degli altri profili e professioni sanitarie è pur vero che un'evoluzione del genere presuppone la necessità di mutare profondamente l'organizzazione del lavoro quotidiano in sanità.

Se, poi, all'evoluzione normativa e formativa colleghiamo, anche, l'evoluzione scientifica e tecnologica in continuo dispiegarsi in sanità siamo in presenza di un nuovo modus operandi che deve vedere archiviato il precedente e ancora presente rapporto tra professioni di natura gerarchica, c'è chi ordina e chi esegue, al nuovo più attuale ed "europeo" atto relazionale tra professioni che hanno ciascuna uno specifico ambito operativo e di competenze, tra loro né sovrapponibili né intrecciabile, ma tra loro necessariamente complementare e coesistente per dar attuazione al diritto alla salute individuale e collettiva, costituzionalmente tutelato per gli individui e prescritto quale obiettivo per gli operatori.

E' evidente che la concreta attuazione di questo principio di fattiva collaborazione nel rispetto dei ruoli presuppone l'avviarsi di una conseguente trasformazione dei rapporti tra professioni da realizzarsi attraverso la modifica delle scelte di programmazione e legislazione regionale, la diversa formulazione degli atti di autonomia aziendale, una diversa cultura contrattuale nazionale e aziendale, sino al mutarsi del quotidiano operare tra professionisti negli ospedali, nei distretti e nei dipartimenti di prevenzione.

Casi, per ora esemplari ma che si diffondono sempre più, esistono ed il Ministero si è fatto promotore della sua conoscenza attraverso pubblici confronti; si tratta ora di passare dal bel gesto illuminato aziendale ad una diffusione di nuovi modelli organizzativi e di conseguenti relazioni positive tra le professioni programmata ed estesa".

Sempre lo stesso ha sottolineato come "Oggi la magistratura sta prendendo atto che accanto al medico operano altri professionisti. Questo è il motivo per cui è necessario affrontare il problema di chi deve fare cosa ed è importante definire le responsabilità. Se finora tutto questo non è stato fatto è perché è mancato e manca il dialogo tra le categorie".

PRIMA TAVOLA ROTONDA

E proprio sul “Medico e professioni sanitarie di fronte alla necessità di una fattiva collaborazione: stato dell’arte in proiezione nel futuro sociale, sanitario ed economico e della corretta gestione delle risorse del Paese” si è incentrata la tavola rotonda seguita.



I tavola rotonda
(moderatori: Giovanni Leonardi – Roberto Delsignore;
relatori: Sergio Venturi, Massimo Fabi, Leopoldo Sarli , Fabrizio Pezzani)

Moderatori:

Giovanni Leonardi,
Roberto Delsignore,

Direttore Generale Risorse Umane Ministero Salute
Ordinario di Medicina Interna dell’ Università degli Studi di Parma,
Presidente Commissione Nazionale Corsi di Laurea in Infermieristica

Relatori:

Massimo Fabi ,
Sergio Venturi
Leopoldo Sarli

Direttore Generale AUSL Parma
Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Parma
Presidente Corso Laurea Scuola Scienze Infermieristiche Università di
Parma, Componente Commissione ECM Regione Emilia Romagna
Ordinario di Programmazione e Controllo delle Amministrazioni
Pubbliche , Membro del Board Strategico della SDA, Università
Bocconi, Milano

Fabrizio Pezzani

RELAZIONI



I tema dominante non può essere quello di un'affermazione di gerarchie tra le professioni, quindi, non l'attestazione di un' "autonomia da qualcuno", ma quella di un' "autonomia decisionale, tecnico operativa" condivisa, in un percorso integrato, in una logica di interdipendenza e di fattiva collaborazione nel rispetto degli specifici professionali.

Tra i relatori, **Massimo Fabi**, direttore generale Ausl di Parma, ha affermato che :



Numerosi studi epidemiologici evidenziano la necessità di un cambiamento radicale nelle modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria per far fronte ad un incremento significativo delle patologie croniche. Ovunque in Europa sono in atto processi di rafforzamento dell'assistenza territoriale che richiedono cambiamenti del sistema sanitario per garantire ai professionisti (medici, infermieri, psicologi, fisioterapisti, ostetriche, altri) la situazione più idonea ad assumere la responsabilità della salute delle persone che assistono.

Le politiche sanitarie devono pertanto prepararsi ad affrontare nuove sfide per soddisfare una crescente domanda di assistenza di natura diversa da quella tradizionale e nuove modalità di erogazione delle cure basate sulla continuità, sulla multiprofessionalità e intersettorialità e sulla sistematicità dei rapporti con i cittadini e con le loro aspettative.

La malattia cronica rappresenta una condizione che non trova più nel modello biomedico l'unica risposta, perché caratterizzata da problemi di natura diversa, che interessano in egual misura il portatore della patologia e chi lo circonda: l'essenza dei modelli che si stanno diffondendo è l'interazione che dovrà sempre essere presente fra l'équipe curante e l'assistito/famiglia, che devono diventare soggetti attivi, informati, preparati e proattivi. È ormai anacronistico e poco efficace un approccio assistenziale frammentato, basato sulla mera

risposta prestazionale, scollegato dalla dimensione di vita e di relazione del paziente.

È certamente più coerente una strategia assistenziale ricca di valenze terapeutiche e che preveda l'attivazione di una rete professionale e approcci globali e integrati ai problemi della persona.

Per assicurare la continuità delle cure e il soddisfacimento di bisogni eterogenei occorre realizzare percorsi assistenziali interdisciplinari in grado di garantire la presa in carico e la continuità delle cure, attraverso il superamento di barriere organizzative, professionali e operative. Nondimeno si tratta di consolidare l'assunto che la risposta ad un bisogno complesso non può che essere offerta da forme organizzative integrate e da gruppi di professionisti provenienti anche da soggetti istituzionali diversi.

Dal paradigma della medicina d'attesa, elettivo per la gestione della patologia acuta in ambito ospedaliero, si passa al paradigma della medicina d'iniziativa per la gestione della cronicità in ambito territoriale, in cui i modelli organizzativi di riferimento presuppongono livelli di rischio, di bisogno e di complessità differenti.

Lo scopo della medicina di iniziativa è quello di impedire o rallentare il passaggio da un livello di complessità ad uno successivo ancora più complesso: ad un livello di rischio basso corrispondono interventi di supporto all'autocura (*self management*) e in tal caso gli interventi possono essere svolti dai singoli professionisti o dall'equipe, a livelli di maggiore rischio corrispondono interventi integrati dei diversi professionisti per la gestione della malattia (*disease management*) e/o l'individuazione di una figura che garantisca il raccordo tra i diversi professionisti e quindi una reale continuità assistenziale (*case management*).

Il paradigma della medicina di iniziativa riconosce e valorizza tutte le professionalità "disponibili" nel setting territoriale che, in base a competenze, patrimonio culturale e professionale, percorsi integrati di cura e di interdipendenza nell'equipe, siano in grado di garantire la migliore risposta al paziente sulla base del bisogno prevalente.

Ne consegue che il tema dominante non può essere quello di affermazione di gerarchie tra le professioni, quindi, non l'attestazione di una "autonomia da qualcuno", ma quella di una "autonomia decisionale, tecnico operativa" condivisa, in un percorso integrato, in una logica di interdipendenza e di fattiva collaborazione nel rispetto degli specifici professionali.

Bibliografia essenziale

- Piano Sociale Sanitario RER 2008 - 2010
- Delibera RER 6 aprile 2009 N. 427 "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali"



“Nell’ambito dell’integrazione tra le professioni ognuno offre qualcosa all’altro nell’ambito della propria competenza”.

Per Sergio Venturi, direttore generale dell’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Parma,



“Nell’ambito dell’integrazione tra le professioni ognuno offre qualcosa all’altro nell’ambito della propria competenza. Il medico nella sfera delle scelte terapeutiche è certamente protagonista, d’altra parte nella cura della persona l’infermiere ha qualcosa da insegnarci.

Certo il cammino verso una maggiore autonomia da parte delle diverse professioni sanitarie presuppone però anche nuove assunzioni di responsabilità. Ad esempio trovo rischiosa l’intenzione di acquisire da parte degli infermieri maggior autonomia senza essere adeguatamente consapevoli di ciò che questo comporta; altrettanto rischioso trovo il fatto che i medici non vogliano lasciar andare competenze che non sono loro. Non ci si può lamentare di guadagnare un terzo dei medici americani e poi rifiutarsi di lasciare andare competenze di governo assistenziale non proprie”.



“L’attività dell’infermiere può contribuire al miglioramento della qualità dei processi assistenziali integrando l’apporto delle altre figure professionali con competenze nell’ambito della relazione, della comunicazione, della multietnicità”

Leopoldo Sarli, presidente corso di Laurea in Infermieristica e componente della Commissione Ecm della Regione Emilia Romagna, è intervenuto poi sull’organizzazione degli ordinamenti didattici delle professioni sanitarie.

“L’organizzazione degli ordinamenti didattici relativi alle professioni sanitarie in generale ed all’infermiere in particolare comporta grandi responsabilità anche in considerazione della normativa vigente che prevede che i contenuti degli ordinamenti didattici assieme al profilo professionale ed al codice deontologico determinano il campo di attività e di responsabilità di questi professionisti.

Una recente legge dello stato impone la revisione di questi ordinamenti e l’Università deve cogliere questa occasione per adattare i contenuti dell’offerta formativa alle esigenze dell’utenza e delle organizzazioni sanitarie. Un’attività di questo tipo non può che essere svolta in collaborazione tra docenti universitari, rappresentanti delle categorie professionali in questione e rappresentanti delle organizzazioni presso cui i futuri professionisti opereranno.

Quanto sta avvenendo nel corso di laurea in Infermieristica della Facoltà di Medicina di Parma rappresenta un esempio del risultato di questa collaborazione. Il confronto ha portato alla considerazione che l’attività dell’infermiere può contribuire al miglioramento della qualità dei processi assistenziali collaborando con le altre figure professionali ed apportando competenze nell’ambito della relazione, della comunicazione, dell’organizzazione, della multietnicità.

Il piano degli studi in fase di revisione prevede pertanto maggiori competenze di tipo psicologico, sociologico, antropologico e pedagogico a discapito di competenze di tipo più strettamente medico, essendo incentrata sulla reale missione dell’ *I Care*

piuttosto che dell' *I Cure*. Questa revisione nella direzione di una 'demedicalizzazione', integrata da un arricchimento dell'offerta formativa post-base, dovrebbe contribuire a rendere più evidente il campo specifico di attività dell'infermiere, raggiungendo lo scopo di una riqualificazione della figura professionale e, nel contempo, di una più fluida collaborazione con la professione medica".



"La crisi che sta toccando i sistemi economico-sociali a livello globale ha tra i suoi prodromi l'inadeguatezza dei sistemi di governance e di controllo ai diversi livelli: istituzioni internazionali, stati, istituzioni pubbliche ed imprese".

*A concludere la prima tavola rotonda è stato **Fabrizio Pezzani**, Ordinario di Economia delle Amministrazioni Pubbliche e delle Istituzioni Internazionali all'Università Bocconi, con una relazione su "La collaborazione competitiva per ricostituire il capitale economico e sociale".*

"La crisi che sta toccando i sistemi economico-sociali a livello globale ha tra i suoi prodromi l'inadeguatezza dei sistemi di governance e di controllo ai diversi livelli: istituzioni internazionali, stati, istituzioni pubbliche ed imprese. L'inadeguatezza dei sistemi di controllo e di governance è da collegarsi a due aspetti uno di carattere culturale e metodologico e l'altro più legato a dinamiche relazionali.

Il primo aspetto è da ricondursi ad un approccio positivista della cultura occidentale che ha ingenerato progressivamente l'idea della governabilità, anche nelle scienze sociali, dei comportamenti umani con modelli di razionalità ispirati alle scienze esatte diffondendo una forma di autoreferenzialità che ha indebolito, in parte, un loro puntuale riscontro di evidenza empirica. In altri termini i comportamenti umani sono stati sempre più visti come il risultato di reazioni chimiche - le neuroscienze - che come risultato, anche, di reazioni emotive.



Il secondo aspetto dipendente dal primo è legato ad una eccessiva attenzione alle regole piuttosto che alla verifica della loro condivisione nei comportamenti operativi; i sistemi di controllo, infatti, funzionano nella misura in cui le persone li vedono come strumento per migliorare le condizioni di benessere delle istituzioni in cui operano in caso contrario perdono valore motivante.

Le conseguenze di questi due aspetti, in modo concomitante, hanno contribuito a sviluppare modelli fortemente individualistici ed opportunistici antagonisti del bene comune, capitale sociale, che, infatti, è stato progressivamente eroso così come la sua capacità di ricostituirsi all'interno delle singole istituzioni. Questi meccanismi presiedevano alla "compensazione" di interessi economici e non economici spesso divergenti ma obbligavano i loro portatori alla definizione di regole idonee a temperarne la diversità nell'identificazione di un bene comune identificabile come valore delle relazioni sociali. E' prevalsa la ricerca dell'interesse individuale a scapito della ricerca del bene comune.

E' necessario ripartire da queste considerazioni per ricostruire i modelli di sviluppo economico e sociali che prendano atto delle correlazioni tra capitale economico e capitale sociale perché sono interdipendenti. Le aree del nostro territorio, nord e centro, che tengono da sempre di più in condizioni di difficoltà - alto capitale economico - sono quelle dove è diffusa la cultura della collaborazione - alto capitale sociale - espressa dal senso civico, dal rispetto delle regole, da forme di altruismo ed attenzione alla persona. Lo spirito collaborativo in queste aree è, storicamente, legato alla cooperazione di matrice politica e religiosa, a tradizioni di forte amministrazione pubblica, Emilia Romagna, Veneto e nord-est, Lombardia, Piemonte, Toscana, Umbria, Marche. Nei territori del sud il basso capitale economico è tendenzialmente correlato ad un basso capitale sociale ed infatti i trasferimenti continui di risorse non servono a risolvere il problema strutturale perché non si riesce a ricostituire il sistema delle relazioni sociali in grado di consentire un ritorno degli investimenti ed una più equa distribuzione dei redditi.

Nel nostro paese la diversità dei territori che orienta ad una progressiva forma di federalizzazione e la struttura produttiva caratterizzata da imprese minori spingono a forme di competizione collaborativa all'interno dei singoli territori tra i diversi attori presenti - pubbliche amministrazioni, imprese, banche - a causa delle loro strette interdipendenze ed evidenziano che l'ottimo del singolo non coincide più con l'ottimo di sistema. Le politiche di sviluppo devono essere sostenute da una visione integrata dei problemi pertanto il sostegno economico alle aree deboli non può pertanto più essere scollegato da un'azione mirante a ricostituire il capitale sociale".

UNA RIFLESSIONE

La domanda fatta ai relatori della Tavola Rotonda a cui dover dare una risposta:

PAGNI: qual è il rapporto tra autonomia, intesa in senso etimologico di “autogoverno” assoluto, e non funzionale in un’equipe, e responsabilità professionale ?

LEONARDI: in risposta alla domanda di Aldo Pagni devo convenire che è oggi un problema irrisolto.

Questa è una delle ragioni per cui è necessario affrontare “laicamente” la questione, stimolando il dialogo interprofessionale.



Motivazione a commento, derivata dalla discussione:

Infatti se si da un’occhiata alla giurisprudenza per quanto riguarda le responsabilità del medico dirigente di una struttura ci si rende conto che il tema della responsabilità contrattuale ed extracontrattuale ha assunto le caratteristiche di un contratto sociale tra amministratori e cittadini e si finisce per addossare le responsabilità, oltreché al dirigente, responsabile oggettivo degli errori dei suoi collaboratori medici gerarchicamente a lui sottoposti, anche alle ASL.

In questo clima giuridico forse sarebbe il caso di riguardare con più attenzione il tema delle autonomie ritenendo che sia rivendicato, forse con troppa disinvoltura, dalle nuove professioni sanitarie.

Per il fatto che si rischia di alimentare nelle organizzazioni sanitarie una sorta di “clima assembleare delle autonomie” e poi perché si dovrebbe capire meglio, sicuramente ragionando insieme agli infermieri, che cosa vogliono da noi i magistrati.

Sarebbe un errore, infatti, pensare che il problema sia pertanto quello della guerra (metaforica) contro gli infermieri per rivendicare la dominanza dei medici. La portata è ben diversa e più profonda.

29 MAGGIO 2010

LECTIO MAGISTRALIS

[Ivan Cavicchi,
Sociologo Medico e Saggista, Ordinario di Sociologia Sanitaria dell'Università
La Sapienza di Roma]



“Si tratta di entrare come attori protagonisti dentro il grande conflitto che da anni si trascina tra le politiche economiche e il cambiamento sociale e dare luogo all’analisi dei principali “snodi cruciali” tra i quali quello della questione delle professioni e dei loro sempre più forti conflitti interni”.



*I lavori del convegno sono stati riaperti sabato con la lectio magistralis del sociologo e medico **Ivan Cavicchi** sul tema **“Essere medici oggi in una medicina nuova, etica e sostenibile”**.*

“L’idea di fondo è di mettere mano ad un cambiamento contro il ‘tirare a campare’ di questi ultimi anni”.

Si tratta di entrare come attori protagonisti dentro il grande conflitto che da anni si trascina tra le politiche economiche e il cambiamento sociale e dare luogo all’analisi dei principali “snodi cruciali” tra i quali quello della questione delle professioni e dei loro sempre più forti conflitti interni.

Le questioni di fondo sono molte: il rischio di una regressione determinata dalla scollatura che si è creata tra la società e la sanità, cioè tra dentro e fuori. Dentro, la sanità è come ossessivamente preoccupata dei suoi problemi economici, fuori è oggetto di tante forme diverse di conflitto sociale .Tutti i problemi

più rilevanti della sanità sono riconducibili a questa scollatura (contenzioso legale, medicina difensivistica, fallibilità, sicurezza, delegittimazione ecc).

Poi c'è l'urgenza di ripensare un cambiamento dei modelli di servizio, di professioni, di pratiche, di trattamenti e non limitarci a riorganizzare e a razionalizzare i modelli in essere pur migliorandoli ma senza cambiarli.

E ancora ci troviamo di fronte alla falsa convinzione che per cambiare basti riorganizzare i contenitori (le organizzazioni) senza ripensare i contenuti (le professioni, le pratiche, i paradigmi culturali, i modelli formativi ecc).

Di contro la falsa convinzione che, come per esempio nel caso degli infermieri, basti riorganizzare i contenuti (L.42) senza riorganizzare i contenitori (i sistemi organizzati).

Non si tratta, quindi, di pensare a una riforma di sistema, ma di individuare 'snodi cruciali', cioè intrecci strategici, affrontando i quali si determina un cambiamento a catena sul sistema e nel sistema. In una società post-moderna cioè una società che ripensa la modernità per renderla più coerente con l'attualità, il problema più rilevante è quello dell'anacronismo: la medicina a parte i suoi progressi scientifici, nei suoi tratti fondamentali è ancora quella del tardo 800, quindi, nel terzo millennio si tratta di ripensare razionalità, pratiche, modelli, professioni. Per questo quello delle professioni e dei loro rapporti è uno 'snodo cruciale'. Attraverso le professioni si ripensano le conoscenze.

I principali snodi cruciali sono: le 'criticità' che caratterizzano la situazione attuale, quelle legate alle politiche fatte, quelle legate alle politiche non fatte e quelle legate alle contingenze e sulla base di questa analisi mettere a punto un concetto forte di 'cambiamento'; la 'questione professionale' cioè la questione dei medici e dei loro difficili rapporti con altre figure professionali e ormai la questione medico - professionale sta diventando una questione eminentemente etica; il consenso informato inteso non come un comportamento opportunistico ma come un'occasione per costruire 'senso' in una relazione (teoria della senzienza); la relazione con il malato considerandola come una espressione della differenza di genere; il ripensamento 'post-moderno' dell'ospedale ripensandone 'i modi di essere' dentro non tanto l'idea di accoglienza, che resta un'idea più raffinata di accettazione, ma dentro una 'cultura dell'ospitalità' sostenuta da una adeguata organizzazione; il tema 'dell'atto medico', problema su cui anche l'Europa si è impantanata, definizione propedeutica alla definizione di nuove relazione con altri "atti professionali", in primis quello dell'infermiere; la 'questioni infermieri' nel senso che l'infermiere oggi si trova come tra 'inconseguenza' rispetto alle conquiste legislative, e 'indeterminazione' rispetto agli sviluppi che ancora non si sono avuti; le deontologie professionali per comprendere come vi siano indebolimenti, adattamenti, compromessi che rischiano di metterci



dentro quello che viene chiamato ‘il crepuscolo del dovere’ e per comprendere la necessità di avere deontologie più forti cioè che sappiano stabilire valori nei confronti principalmente delle aziende e del loro economicismo; la ‘medicina delle medicine’ con l’analisi dei rapporti difficili tra le medicine non convenzionali e la medicina scientifica per favorire un dialogo, una comprensione reciproca, una cooperazione... per costruire le condizioni per un’integrazione delle teorie e delle pratiche; il risk management e la patient safety cioè per riflettere sul ‘rischio del rischio’ vale a dire teorie antifallibiliste che finiscono, loro malgrado, per teorizzare un’infalibilità impossibile, quando il problema è socializzare e condividere la fallibilità inevitabile e irriducibile; il conflitto di interesse e l’ecm l’idea è che il passaggio sancito ‘dall’evento’ al ‘provider’ dalla normativa non sia immune da rischi che il sistema ecm ha corso in passato, si tratta di esaminare la possibilità di una reinterpretazione delle finalità dell’ecm, troppo subalterna ad obiettivi di mera razionalizzazione dello status quo e poco usata per sostenere ripensamenti e cambiamenti”.





Si individuano in sanità due tipi di tendenze: una diretta alla realizzazione del compito, l'altra che sembra opporsi ad esso. In questa logica si deve muovere sicuramente il medico il quale, non sottovalutando le forze in campo, non può abiurare dal ruolo di leader del processo di gestione della salute.

*E' seguito l'intervento di **Pierantonio Muzzetto**, vicepresidente Frer e vicepresidente dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Parma in apertura della seconda giornata di lavori tracciando le finalità della II tavola rotonda.*

“Il momento storico in cui si stanno muovendo i rivolgimenti organizzativi e legislativi dell'agire medico ed i rapporti che intercorrono fra il medico e le nuove professioni sanitarie impone una serie di considerazioni da cui non si può prescindere.

In termini organizzativi il percorso formativo che porta alla collaborazione in ambito della salute non può prescindere dalle teorie di Wilfred Bion, laddove traccia un metodo stigmatizzando gli effetti che derivano dalle esperienze dei gruppi di lavoro senza un leader.

In questi si realizzano due evenienze contrapposte da parte dei loro componenti, divisi equamente nelle contrapposizioni: questo come risultato della visione determinata dal credere unicamente nella propria indipendenza, cui deriva la loro assoluta e piena autonomia, non arrivando pertanto a finalizzare la 'mission' di cui sono investiti e così arrivare ad un risultato comune che risulta essere ottimale se ed in quanto condiviso.

Si individuano due tipi di tendenze: una diretta alla realizzazione del compito, l'altra che sembra opporsi ad esso. In questa logica si deve muovere sicuramente il medico il quale, non sottovalutando le forze in campo, non può abiurare dal ruolo di leader del processo di gestione della salute.

In un processo in cui come leader interpreta il ruolo e la sua funzione di 'conduttore' e porta coloro che collaborano con lui a scelte comuni condividendone gli obiettivi. In una dinamica in cui si fonda sulla condivisione, non sull'imposizione ogni atto che diventa perciò una conquista maturata attraverso le dinamiche di gruppo. Qui sta l'abilità di chi gestisce: nel non dare risposte dirette, bensì proporre metodi per trovarle insieme stimolando i contributi di tutti i partecipanti, dopo aver assegnato i compiti, gratificando i componenti il team quali coartefici dei risultati.



In tutto ciò si evita l'asincronia degli interventi, e si evitano fughe in avanti verso quell'indipendenza assoluta che, nel nome e per conto di un'autonomia ad ogni costo, ha un effetto dissinergico nella polis sanitaria ed inoltre condurrebbe ad un conflitto di competenze, che andrebbe a riverberarsi sul cittadino ammalato, per di più spettatore inerme di una crescente conflittualità che alla fine destabilizza l'intero sistema salute...

Non steccati professionali, perciò, ma rispetto delle peculiarità acquisite colla formazione universitaria, prima, e professionale, poi. **Chiarimenti di funzioni, collaborazione e nuovi ambiti di intervento modulati e concordati, ma mal accettati se imposti dall'alto. Come anche il rifiuto di 'commistioni o ibridi delle professioni', allorquando per professioni alte si abbia la necessità di progredire nella continua ricerca di qualità all'interno delle peculiarità lavorative.**

Situazioni queste che portano alla caratterizzazione dell'atto medico come peculiare, quale espressione di una specifica formazione che lo differenzia dagli altri atti sanitari, inidonei a supplire quello medico.

Un atto medico che la storia e la consuetudine hanno ben definito nel corso dei secoli e che è tutt'altro che indefinibile: solo ora la politica dell'organizzazione ed i richiami di opportunità da più parti giunti lo pongono in dubbio, slegandolo dal contesto armonico della professione medica e della sua caratteristica genetica evolutasi darwinianamente, che lo pone in quanto attore-autore esclusivo alla tutela della salute del cittadino.

Ci sono delle differenze che conseguono, e in essa ne hanno il limite, al percorso formativo e culturale universitario da cui ne derivano altre (diversità formative) da cui ulteriormente ne discendono le peculiarità professionali.

Cosa ci dirà il futuro è difficile ora saperlo ma certamente se si avviasse una revisione degli assets universitari potrebbe prevedersi una nuova figura in grado di integrarsi a quella medica ma i limiti di essa saranno non tanto gli studi specifici quanto il coniugarla con la limitante sociale espresso dal budget e dal risparmio che non può essere l'unico volano delle scelte in tema di salute.

Ma allo stato attuale spostare il concetto medico a quello di 'professione meticcias' però suona come improprio. Quello che si richiede ora è un'efficace e rispettosa cultura delle differenze in campo sanitario, ove forze culturali e lavorative coordinate e clinicamente governate, possono diventare un reale 'plus valore' e consentire un'efficace integrazione fra le varie figure professionali che sono preposte alla cura del cittadino ammalato. Che alla fine è *l'end point* della tutela della salute".

*Diversi quindi gli argomenti toccati dal vicepresidente Frer. Partendo da queste premesse si è articolata la seconda tavola rotonda avente per titolo **La professione medica alla ricerca di un ruolo definito e di una "mansione propria nella caratterizzazione dell'atto medico"**.*



II tavola rotonda
(moderatori: Ivan Cavicchi - Pierantonio Muzzetto;
relatori: Valerio Brucoli, Giancarlo Pizza e Aldo Pagni)

MODERATORI

Ivan Cavicchi

Sociologo Medico e Saggista, Ordinario di Sociologia
Sanitaria Università La Sapienza

Pierantonio Muzzetto

Vicepresidente Ordine Medici e Odontoiatri di Parma
Vicepresidente FRER

RELATORI

Valerio Brucoli

Componente CAO Nazionale, Componente della
Consulta Deontologica e del Comitato Centrale della
FNOMCeO

Giancarlo Pizza

Presidente Ordine Medici e Odontoiatri di Bologna,
Presidente FRER

Aldo Pagni

Presidente Emerito della FNOMCeO

RELAZIONI



Quella che sembra venga messa in dubbio è la centralità del rapporto umano medico/paziente (essenza della tradizionale "mission") a favore di una prestazione considerata come somma di servizi forniti da figure professionali diverse.

*Il primo intervento è stato di **Valerio Brucoli**, componente della Cao nazionale, del Comitato Centrale e Componente della Consulta Deontologica della Fnomceo.*



“Le nuove sperimentazioni di modelli organizzativi in sanità (see and treat in Toscana, fast and track surgery in Emilia Romagna) impongono approfondite riflessioni sul ruolo del medico nel prossimo futuro. Quella che sembra venga messa in dubbio è la centralità del rapporto umano medico/paziente (essenza della tradizionale “mission”) a favore di una prestazione considerata come somma di servizi forniti da figure professionali diverse. Questo comporta una riflessione sul concetto di atto medico e atto sanitario, anche alla luce dei prossimi appuntamenti relativi alla riforma degli Ordini e delle Professioni”.

Lo stesso, approfondendo la questione ha ricordato che “Il Giuramento Professionale ci dice in cosa consista la “mission” medica: la sintetizzerei nell’aver l’animo predisposto verso le persone, presupposto per una loro presa di carico e per la creazione del binomio medico-paziente.

Detto in altro modo questo significa far sì che lo strumento/scienza e lo strumento/economia siano sempre guidati dalla mano di una coscienza ispirata a principi che impediscano alla “etica del rispetto” di scivolare nel relativismo.

Relativismo che porta inevitabilmente ad avere a che fare con modelli il cui riferimento sarà, in alternativa all’Alleanza Terapeutica e al ‘prendersi cura’, il contratto terapeutico e



l'erogazione della prestazione, per quanto buona sia grazie alle competenze tecniche.

Questi modelli, che per intenderci meglio possiamo chiamare anche 'aziendalisti', puntano tutto sulla reinterpretazione prosaica della 'vecchia' cura, cioè una prestazione da rendere meno costosa possibile: ecco allora che la si è trasformata nella somma di tante prestazioni minori, di tanti servizi minori da appaltare alla figura professionale che costa meno. Questo spiega il proliferare dei vari profili con relativi mansionari, spiega perché il vecchio concetto (estensivo quanto si vuole) di Medicina sia stato sostituito con quello di Sanità, spiega perché si vorrebbe sostituire il concetto di atto medico con quello di atto sanitario.

Un atto medico (parlo di esclusività di diagnosi e di una terapia in parte delegabile sotto propria responsabilità) può essere agito solo da medici, un atto sanitario ha una platea ben più ampia. Un ulteriore passaggio di un processo che da tempo ha le sue parole chiave in 'servizio efficiente basato sulla specifica competenza professionale' e 'servizio garantito da un contratto terapeutico' il cui successo è dato dalla corrispondenza dell'oggetto/servizio a determinati canoni (drg, linee guida, ecc.). Esempi pratici sono le sperimentazioni dei modelli 'See and Treat' o 'Fast Track Surgery'.

Proviamo allora a rivedere il tema di questa tavola rotonda da questo punto di vista.

'La ricerca di una mansione propria nella caratterizzazione dell'atto medico' rischia di diventare 'la ricerca di una mansione propria nella caratterizzazione dell'atto sanitario', passaggio che, di fatto, sovrappone il concetto di 'mansione' a quello di 'mansionario'. Cambia, quindi, anche il significato di quel 'la professione medica alla ricerca di un ruolo definito', che potrebbe diventare 'la professione tecnico-sanitaria (ipotizzo) magistrale', più che alla ricerca di un ruolo definito, 'alle prese con un ruolo definito', che sarà quello ritagliato nell'ambito di un quadro tecnico/artigianale (è chiaro che in questo discorso non c'è spazio per l'arte) completato da tutte le dovute competenze annesse e connesse. Risultato finale? 'La professione tecnico-sanitaria magistrale alle prese con un ruolo definito da un proprio mansionario nell'ambito dell'atto sanitario'.'

Forti del richiamo del Libro Bianco di Sacconi si può dire che "Un passaggio che implicitamente reintroduce è il concetto di una responsabilità sociale che va oltre quella individuale, e prende atto di quale sia il sentire profondo di ciascuna persona, il cui aspetto più distintivo è quello relazionale. Un aspetto relazionale che va declinato secondo quelle che sono le esigenze individuali che, con altre parole, descrivono i cardini della deontologia medica, cioè la necessità di garantire il rapporto di fiducia, la libera scelta del medico curante, l'indipendenza dell'esercizio in scienza e coscienza.

Un altro passaggio è 'la capacità di fare comunità', che potrebbe essere una soluzione al difficile problema di equilibrio tra necessità di risparmio e necessità di cure: mi riferisco alla possibilità di trovare risorse organizzando in modo integrato ed armonico settori che adesso funzionano a compartimenti stagni (un esempio è il volontariato sanitario rispetto al resto della sanità). Una sorta di 'caring' che presuppone l'educazione di tutti a quella responsabilità collettiva auspicata. In questa ottica il medico potrà trovare il suo ruolo. O meglio riguadagnarlo: quello di cui forse in questo momento deve convincersi è della necessità di un impegno sociale che nel tempo è andato scemando. **Quello che vedo è un medico un po' chiuso in se stesso, nei suoi problemi professionali, e questo ha permesso ad altri, attraverso la ridefinizione del contesto, di determinare per lui un ruolo che non gli è proprio. Il contesto che sta intorno è la complessa realtà che ci circonda, una realtà che comprende la cosiddetta problematica della *governance* clinica, ma poi va oltre, ed arriva alla scelta di essere parte attiva nel governo della società".**



Il medico ha perduto le certezze del passato quando, unico depositario delle informazioni scientifiche, poteva anche sbagliare e nessuno se ne accorgeva. Ormai sembrerebbe crisi di identità. In realtà non è così. "A noi non sta a cuore la difesa della professione, ma sta a cuore l'affido dei pazienti in mani competenti".

Sempre più addentro alla materia del convegno si è poi spinto Giancarlo Pizza, presidente FRER e presidente dell'Ordine dei medici di Bologna.

"La professione medica alla ricerca di un ruolo definito? Veramente il ruolo la professione medica lo ha sempre avuto. C'è da dire che adesso è molto eroso dagli 'assalti' di altre figure sanitarie, dalla parcellizzazione organicistica dell'approccio al paziente, dall'ipertrofia delle informazioni su ogni singolo aspetto della patologia, della fisiologia,



della terapia e dall'incredibile turn-over delle conoscenze che caducano, nel giro di pochi anni, almeno il 50% delle 'certezze clinico-scientifiche' ormai definibili solo temporanee. Poi c'è internet, Google, Yahoo, Wikipedia... e per qualcuno anche PubMed: così i pazienti, i cittadini, vanno dal medico per avere conferma di quello che hanno 'appreso' sull'ipertesto.

E' di pochi giorni orsono la pubblicazione di una ricerca del Censis che ha appurato come circa il 29% degli italiani cerca su internet le informazioni sulla salute. Il 12% discute ed il 5% contesta apertamente al medico la correttezza della diagnosi e delle terapie suggerite sulla base di quanto appreso da internet. Un eventuale errore viene così attribuito alla fallibilità del professionista e non della scienza medica minando così il rapporto medico-paziente.

Il medico ha perduto le certezze del passato quando, unico depositario delle informazioni scientifiche, poteva anche sbagliare e nessuno se ne accorgeva. Ormai sembrerebbe crisi di identità.

In realtà non è così. Sebbene i pazienti vengano a controllare quanto appreso da internet comunque si attendono conferme: navigare da soli nel mare della medicina è complicato per chi sa nuotare almeno un po' - il medico-, figuriamoci per il paziente.

Districarsi fra le varie opzioni ora note e/o proposte dall'ipertesto è il vero dilemma: qui nasce e si concentra la cosiddetta 'alleanza terapeutica' del medico con il paziente.

E' fatta di discussione, confronto valutazione delle aspettative, valutazione delle presunte certezze derivanti dalle vie terapeutiche variamente proponibili, i rischi, le controindicazioni per arrivare al 'consenso informato'. Questo in pratica non esiste: è un consenso mobile, sempre incerto, che si affida, in fondo in fondo, alla decisione che il medico aveva già preso in cuor suo. A volte è faticoso condurre il paziente verso la migliore opzione proponibile: quella della decisione più ponderata che può prendere solo chi non è direttamente e personalmente coinvolto.

Ma ripartiamo dal Codice di Deontologia Medica. C'è anche il medico, diciamo, con funzione di 'ambientalista' come impone l'art. 5 dove, fra l'altro si dice che 'Il medico è tenuto a considerare l'ambiente nel quale l'uomo vive e lavora quale fondamentale determinante della salute dei cittadini.

A tal fine il medico è tenuto a promuovere una cultura civile tesa all'utilizzo appropriato delle risorse naturali, anche allo scopo di garantire alle future generazioni la fruizione di un ambiente vivibile'.

Quindi si 'ampliano' le competenze, si amplia, evolvendosi, l'atto medico. Si deferiscono alcune mansioni al personale collaborante per spendersi in altre.

Obiettivo è sempre quello della migliore prestazione possibile da offrire al paziente, al cittadino nell'alveo del rispetto della sua

sicurezza e delle competenze delle varie figure intervenienti e comunque con supervisione, avallo, coordinamento e responsabilità del percorso diagnostico, terapeutico, assistenziale da parte di colui che l'ordinamento ha posto a capo: il medico". *E ha concluso dicendo: "A noi non sta a cuore la difesa della professione, ma sta a cuore l'affido dei pazienti in mani competenti"*.



L'ambito di competenza delle diverse professioni sanitarie non mediche è definito da tre criteri guida: i profili professionali che finiscono per ricalcare, gli ordinamenti didattici universitari, e il contenuto dei codici deontologici; e da due criteri limite: le competenze delle professioni mediche e quelle degli altri professionisti non medici.

A concludere la seconda tavola rotonda è poi stato Aldo Pagni, Presidente Emerito della Fnomceo, che ha spiegato come

"L'organizzazione di questo importante convegno trova una precisa motivazione nelle recenti, e troppo disinvolute, iniziative di alcune Regioni tendenti a riservare uno spazio di autonomia alla professione degli infermieri, sulla base delle leggi che hanno trasformato la professione dell'infermiere da ausiliaria a sanitaria.

E' noto che per le leggi 42/99, 251/2000 e 43/2006, che hanno completato l'innovativo profilo professionale definito dal D.M. 739/94, si sono riconosciute all'infermiere le prerogative e le competenze di una professione intellettuale e l'abolizione dei vecchi mansionari.

Nessuno può, né vuole disconoscere questa realtà giuridica e sociale, né intende negare professionalità a queste nuove professioni sanitarie, tanto è vero che l'art.66 del C.D. recita: 'Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la



comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle competenze professionali’.

Il problema irrisolto è, tuttavia, proprio quello del mancato rispetto della delimitazione dei confini tra le competenze dei medici e quelle degli infermieri in una realtà legislativa complessa, confusa e spesso “priva di chiare coordinate interpretative” che favorisce indebite “invasioni di campo” da parte della Pubblica Amministrazione regionale.

L’ambito di competenza delle diverse professioni sanitarie non mediche è definito da tre criteri guida: i profili professionali che finiscono per ricalcare, gli ordinamenti didattici universitari, e il contenuto dei codici deontologici; e da due criteri limite: le competenze delle professioni mediche e quelle degli altri professionisti non medici (biologi, psicologi, chimici ecc.).

Sorprende, tra l’altro, che un codice deontologico, che non compare neanche nella legge istitutiva degli ordini dei medici, ed è stato sempre ritenuto espressione dell’autogoverno privato di una categoria, sia divenuto strumento di certezza giuridica delle attribuzioni e delle competenze degli infermieri.

In realtà il criterio limite costituito dalle competenze della professione medica non fornisce elementi decisivi di carattere giuridico normativo per la definizione dell’atto medico in generale, né l’esatta individuazione delle attribuzioni e dei compiti di gran parte delle discipline specialistiche.

E’ vero che la definizione dell’atto medico sarebbe limitativa dell’autonomia e della competenza del medico (quasi un mansionario), nella molteplicità delle situazioni che si presentano nella realtà, ma in questa indeterminatezza dell’attività del medico si stanno insinuando una serie di iniziative prese in prestito da realtà sociali, organizzative e formative provenienti da realtà diverse come quelle anglo-americane, che stanno progressivamente espropriando il medico”.

LECTIO MAGISTRALIS

[Giorgio De Rita,
Presidente CNIPA]



Anche la società della medicina oggi è chiamata a ripensare il proprio ruolo in base a una responsabilità individuale, professionale e collettiva. [...] La tecnologia sta facendo in modo inoltre che chiunque, anche il medico, possa essere raggiunto in qualsiasi momento, quasi a costo zero.

*“Tecnologie della comunicazione, assetti sociali e professioni sanitarie. Uno sguardo sul futuro di limiti, vincoli, attese e opportunità del reciproco interagire” è invece il titolo della lezione magistrale tenuta dal direttore CNIPA **Giorgio De Rita**.*

“30milioni di utenti internet che si informano su tutto sicuramente sta cambiando il rapporto con il medico.

Allora c’è da chiedersi in che modo questi cambiamenti inducono ripensamenti all’interno delle professioni sanitarie?

In che modo le politiche debbono intervenire?

E in che modo si sta trasformando il ‘gioco competitivo’?

Innanzitutto, con il successo dell’i-phone, dell’i-pad e così via, c’è da rilevare una progressiva intermediazione dei contenuti fatta non più dal web, che è un contenitore aperto, ma dai gestori dei sistemi operativi: è questo quel ‘gioco competitivo’, che tra l’altro interessa anche la tv e i suoi recenti cambiamenti (vedi Sky, Preium e così via), che sta portando verso la ‘tirannia’ dell’intermediazione della comunicazione.

Un Grande Fratello dell’informazione, in pratica.



Anche la società della medicina oggi è chiamata a ripensare il proprio ruolo in base a una responsabilità individuale, professionale e collettiva.

Deve cambiare perché cambiato è il bisogno di benessere (le aspettative di vita si sono allungate), la composizione della società (4 milioni di immigrati in Italia), e il rapporto con i farmaci (un ragazzo su tre sotto i 14 anni ha assunto farmaci): oggi la vera industria di massa è quella farmaceutica!

La tecnologia sta facendo in modo inoltre che chiunque, anche il medico, possa essere raggiunto in qualsiasi momento, quasi a costo zero.

E veniamo al tema delle risorse: non ci sono più soldi. In questi 18-24 mesi di crisi l'Italia ha risposto bene perché il tessuto imprenditoriale (con la maggioranza di pmi) e la politica del risparmio delle famiglie han tenuto.

Ma adesso siamo uno dei paesi più esposti perché abbiamo uno dei maggiori debiti pubblici.

E per tamponare la questione non si può continuare a insistere sulla politica dei tagli.

Bisogna ripensare i modelli.

Compreso quello della medicina pubblica. Oggi si spendono cento miliardi di euro per le spese per la sanità.

Al contempo gli italiani ne spendono 60 (sempre di miliardi di euro) per le scommesse.

Se ogni persona è disposta a immettere mille euro l'anno nelle *slot machine* forse è ora di cominciare a far capire che sarebbe più opportuno che gli stessi soldi si investissero per la salute.

Cosa sta facendo l'Amministrazione pubblica?

Sta cercando di realizzare un processo di convergenza tecnologica razionalizzando le risorse a disposizione e di moltiplicare le modalità di accesso alle informazioni per tutti".



LECTIO MAGISTRALIS

[Paolo Livrea,
Ordinario di Neurologia Università di Bari, Presidente Ordine di Bari e
componente Comitato Centrale FNOMCeO]



“Il modello delle Aziende Ospedaliere -
Universitarie è insufficiente dal punto
di vista qualitativo e quantitativo. Per
questo occorre incrementare il
potenziale formativo delle Facoltà di
Medicina e Chirurgia.

Paolo Livrea ha poi trattato il tema “L’equilibrio fra professione medica e non medica nell’ambito dell’insegnamento universitario” partendo da una disamina dello stato di salute delle Università e delle aziende sanitarie ad esse correlate,

Il modello delle Aziende Ospedaliere - Universitarie è insufficiente dal punto di vista qualitativo e quantitativo. Un organismo nazionale di monitoraggio andrebbe istituito a cura dei due Ministeri interessati, con specifiche rappresentanze di essi e degli Ordini Professionali. Occorre incrementare il potenziale formativo delle Facoltà di Medicina e Chirurgia: dal punto di vista numerico, sia per i laureati in Medicina e Chirurgia che per i laureati in Professioni Sanitarie; dal punto di vista della qualità della formazione, per l’insieme delle figure Professionali formate, incrementando l’acquisizione delle capacità pratiche, delle capacità relazionali, delle capacità critiche. A partire dai prossimi 5 anni e per almeno un decennio, si apriranno dei vuoti di organico da pensionamento nel settore della Medicina Generale, a cui deve corrispondere un incremento degli iscrizioni nel Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia, con almeno 1000-2000 iscrizioni aggiuntive per anno nei prossimi 10 anni. La pronta disponibilità all’impiego lavorativo riscontrabile per l’insieme delle Professioni Sanitarie (oltre lo 80% dei laureati trova impiego entro un anno dalla Laurea) e il peso ancora modesto della presenza della formazione universitaria nel mercato del lavoro (non oltre il 20%



dei Professionisti in attività ha una formazione universitaria) richiedono un aumento della disponibilità di iscrizioni, realizzabile anche per la persistenza di una notevole domanda. Il dato di una prevalente formazione superiore di tipo scientifico o tecnico, rispettivamente nei nuovi iscritti in Medicina e Chirurgia e nella Lauree per le Professioni Sanitarie, sottolinea la necessità che i rispettivi curricula di studio abbiano un maggiore contenuto umanistico ed etico. La deontologia medica andrebbe insegnata all'interno di ogni macrosettore scientifico disciplinare e non solo nell'ambito della Medicina Legale.

Occorre inoltre una rivalutazione della scuola superiore come Maestra di vita anche Professionale. Infatti bisognerebbe: a) rivalutare la solidità della preparazione storico-umanistica, indispensabile nell'approccio medico ai problemi di salute della persona umana; b) istituire nell'ultimo anno di scuola superiore Corsi paralleli in discipline attinenti che aiutino gli studenti a valutare le proprie attitudini alla professione medica (a cura degli Ordini dei Medici); c) individuare una prova attitudinale di tipo psicologico e culturale umanistico utile per indirizzare lo studente; d) valutare questo percorso e valutare in maniera congrua il voto di diploma superiore ai fini dell'ammissione nei Corsi di Laurea; e) definire le materie ed i contenuti dei tests di ammissione in coerenza con il percorso formativo concluso e con i veri contenuti del corso da intraprendere.

Inoltre è necessario attuare nuove forme di convenzione dell'Università, creando specifici Dipartimenti di Medicina di famiglia accreditabili per compiti didattici integrativi e di ricerca, onde consentire l'apprendimento della Medicina non ospedaliera. Il superamento del modello dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria va intrapreso con la creazione di una rete formativa di Ospedali di insegnamento, superando la logica della Direzione delle Strutture Complesse e potenziando i Dipartimenti Assistenziali Integrati, anche transmurali tra diversi Ospedali, con compiti didattici, di ricerca ed assistenziali. Senza queste modifiche organizzative non si avrà il potenziale strutturale e di risorse umane necessario per rispondere alla maggiore domanda di istruzione medica e sanitaria.

E' inoltre necessaria una profonda revisione del Curriculum, con tassativa riduzione del numero degli esami, valorizzazione di prove multidisciplinari in itinere, progress test, valutazione sul campo, aumento delle conoscenze pratiche e di capacità di contatto con il malato (imparare facendo), estensione del programma formativo alla Medicina di famiglia, ampliamento dei contenuti deontologici del curriculum collegati ad ogni gruppo di discipline in ogni semestre di corso, potenziamento dei contenuti umanistici e dei non technical skills del curriculum con specifici moduli interdisciplinari.



Una riforma va urgentemente varata circa le modalità di espletamento dell'esame di stato, attraverso l'adozione di nuovi strumenti di valutazione, progress test, follow up e discussione di casi clinici effettivamente seguiti nel corso del tirocinio, con una commissione di esame presieduta da una rappresentanza della Professione, in assenza di conflitti di interesse.

Per quanto riguarda poi i Corsi di Specializzazione servono: a) un incremento dei posti, con congrua distribuzione regionale, attualmente fortemente sbilanciata con penalizzazione del meridione italiano; b) una programmazione basata sui bisogni di salute della popolazione con estensione degli analoghi criteri per l'ammissione ai corsi di laurea; c) un'applicazione del reale incardinamento delle attività delle specializzazioni nel tessuto sanitario accreditato ed incluso nel sistema formativo (Dipartimenti di Medicina Generale e Ospedali di Insegnamento); d) lo scambio di esperienze e competenze tra Scuole; e) una flessibilità nella conversione tra le specialità.

Maggior attenzione poi ai finanziamenti della ricerca di base al fine di garantire autonomia, indipendenza e sviluppo delle scienze mediche. Questo grazie anche ad una connessione tra Ministeri per la creazione di efficienti reti di ricerca di base ed applicata (IRCCS, PRIN, Dottorati di ricerca, Assegni di ricerca, Ricercatori a termine, su programmi di sviluppo specifici)".

La cooperazione tra Istituzioni deve essere la chiave di volta per il potenziamento del patrimonio formativo in ambito Medico e Sanitario, con la conservazione dei contenuti di civiltà, democrazia e etica che ad esso sono inscindibilmente collegati.

TERZA TAVOLA ROTONDA

La terza tavola rotonda non poteva non essere allora su “La formazione nel corso di laurea specialistica di medicina e chirurgia e quella delle professioni sanitarie: una necessaria differenziazione formativa per una più efficace offerta di salute per sostenere aspettative realizzabili”.



III tavola rotonda
(moderatori: Paolo Livrea - Tiberio d'Aloia;
relatori: Mario Amore, Loris Borghi, Marco Biocca , Roberto Delsignore)

MODERATORI

Paolo Livrea

Ordinario di Neurologia Università di Bari, Presidente
Ordine Medici e Odontoiatri di Bari Componente
Comitato Centrale FNOMCeO

Tiberio d'Aloia

Presidente Ordine Medici e Odontoiatri di Parma

RELATORI

Loris Borghi

Preside di Facoltà di Medicina e Chirurgia Università di
Parma, Pres. Osservatorio Scuole di Specializzazione
Area Sanitaria Regione Emilia Romagna

Mario Amore

Direttore UO di Psichiatria Università di Parma,
Consigliere Delegato Nazionale del CUN

Marco Biocca

Responsabile Area Comunicazione, Documentazione e Formazione
dell' Agenzia Regionale Socio Sanitaria dell'Emilia Romagna

Roberto Delsignore

Ordinario di Medicina Interna dell' Università degli Studi di Parma,
Presidente Commissione Nazionale Corsi di Laurea in Infermieristica



La riforma della struttura didattica dei Corsi di Studio (CdS) si fonda sulla piena realizzazione dell'autonomia didattica delle Università. I punti di forza e gli obiettivi importanti della riforma sono la differenziazione delle offerte didattiche, alcune sperimentazioni innovative e la flessibilità dei percorsi.

*Il primo ad intervenire è stato **Mario Amore**, Direttore della Clinica Psichiatria dell'Università di Parma e Consigliere Delegato del Consiglio Universitario Nazionale (CUN).*

Le linee guida del Governo, del 24 marzo 2009, prevedevano per la formazione nel Corso di laurea di Medicina e Chirurgia e nei CdL delle Professioni Sanitarie: autonomia, responsabilità e merito; che lo studente sia al centro dell'università; che vi sia un'offerta formativa con una razionalizzazione, cioè una riduzione degli insegnamenti ed una razionalizzazione dei corsi di studio; un rafforzamento della laurea magistrale; un intervento per combattere la dispersione degli studenti; come anche la modifica delle procedure di accesso ai corsi a numero programmato; l'analisi e la valutazione delle sedi decentrate degli Atenei; ed infine un intervento sul reclutamento e lo stato giuridico dei docenti con un nuovo discorso sul merito e sulla valutazione.

La riforma 270/04 della struttura didattica dei Corsi di Studio (CdS) si fonda sulla piena realizzazione dell'autonomia didattica delle Università. I punti di forza e gli obiettivi importanti della riforma sono la differenziazione delle offerte didattiche, alcune sperimentazioni innovative e la flessibilità dei percorsi formativi.

Sulla problematica relativa alla Docenza Tecnico-Professionale, l'Università è aperta al Mondo delle professioni e vede come necessaria l'osmosi tra Società civile ed Università.

Peraltro la docenza universitaria richiede un percorso formativo del docente che prevede tappe successive di maturazione nella ricerca e nella didattica; l'Università ha il diritto/dovere di selezionare e valutare i candidati al percorso della docenza, attraverso parametri qualitativi predefiniti, oggetto di costante verifica.

In merito all'Ammissione alla Facoltà di Medicina sono in discussione possibili modifiche: una diversa strutturazione dei

quiz di ammissione, una valutazione più adeguata del percorso formativo nella scuola media superiore.

Utile sarebbe l'introduzione di test psicoattitudinali, per quanto di difficile realizzazione.

Altro riferimento per la prossima riforma è la definizione dei Settori Scientifico Disciplinari, individuati non più sulla base dell'attribuzione dei compiti didattici, ma attraverso criteri di omogeneità scientifica.

La sempre maggiore centralità della valutazione impone una più chiara e netta individuazione delle specificità scientifiche dei singoli.



Il SSN italiano registra un rapporto tra produttività ed economicità buono rispetto ad altre realtà "E questo lo dobbiamo a noi medici"... [...]. Sarà quindi necessario un aumento di responsabilità e di capacità professionale degli infermieri, ma sempre e comunque sotto il controllo clinico del medico.

Loris Borghi, preside Facoltà Medicina e Chirurgia Parma, è intervenuto, con una nota di ottimismo, nella discussione - Il SSN italiano registra un rapporto tra produttività ed economicità buono rispetto ad altre realtà "E questo lo dobbiamo a noi medici"... - e poi continua intervenendo sull'esperienza in attivazione a Parma di un minireparto con 18 letti gestiti da soli infermieri, previsto all'interno dell'Ospedale maggiore.

“Negli ultimi decenni i grandi ospedali, compreso il nostro, hanno puntato quasi esclusivamente su reparti e funzioni specialistiche o ultraspecialistiche, sottovalutando i dati epidemiologici riguardanti il vertiginoso aumento dell'età, delle polipatologie, delle comorbidity, delle complicanze e delle fragilità economico-sociali accompagnati dalla chiusura dei piccoli ospedali di zona.



Recentemente la consapevolezza su questi temi si è accresciuta, generando la necessità di una rimodulazione dei posti letto di un grande ospedale che deve assolvere anche a funzioni di base e generaliste.

Questi elementi e la contemporanea revisione del pagamento degli ospedali attraverso il sistema DRG che implica un rapido *turnover* dei pazienti, hanno “riportato alla luce” l’importanza strategica della Medicina Interna.

La cosiddetta lungodegenza (nome che andrebbe modificato perché privo di contenuto professionale) che sarebbe meglio definire come Medicina Interna e Terapia Medica Protratta, è uno dei nuovi filoni di competenza del medico ospedaliero generalista, in grado di assistere qualsiasi tipo di paziente, medico o post-chirurgico, che non ha bisogno o non ha più bisogno di un intervento specialistico o iperspecialistico.

In questo ultimo decennio anche presso l’Ospedale Maggiore di Parma si è sviluppato questo grande contenitore con la costituzione di un’*équipe* ben strutturata di medici, infermieri e operatori socio-sanitari in grado di accogliere pazienti provenienti da tutti i reparti per acuti, medici o chirurgici, e di dimmetterli nel rispetto della continuità assistenziale.

Peraltro questi reparti si sono imposti anche per la loro importanza in ambito didattico, formativo e di ricerca clinica.

A questo punto l’esperienza ci dice che non basta questa misura per risolvere il problema del pronto soccorso, sempre in affanno. A questo punto il tema coinvolge in modo significativo il territorio inteso sia come servizi sanitari che come servizi sociali.

Da qui l’idea di costruire un’area all’interno dell’Ospedale Maggiore, di reale integrazione tra ospedale e territorio, costituita da 18 letti a direzione infermieristica e co-gestita dall’Azienda USL e dagli stessi medici di medicina generale.

In questa area, anche spazialmente contigua all’area della Medicina Interna/Lungodegenza, saranno trasferiti pazienti già trattati e stabilizzati provenienti da qui, in attesa di un’adeguata collocazione al proprio domicilio o in struttura, nel rispetto della continuità assistenziale.

Naturalmente, pur essendo quest’area priva di medici ad essa dedicati, la responsabilità clinica ed ogni intervento necessario sarà a carico dell’*équipe* medica della lungodegenza che ha generato il trasferimento.

Sarà quindi necessario un aumento di responsabilità e di capacità professionale degli infermieri, ma sempre e comunque sotto il controllo clinico del medico.

D’altra parte, anche come Preside, mi auguro che la professione infermieristica, ormai esercitata da persone in possesso di laurea e a volte di laurea specialistica e master, possa crescere ed integrarsi sempre più con la professione medica che deve



tendenzialmente sgravarsi da compiti che possono essere assolti autonomamente da figure peraltro meno costose.

L'altro grande filone di sviluppo della Medicina Interna riguarda la Medicina d'Emergenza-Urgenza. Così come all'uscita dell'ospedale, anche all'entrata, dentro l'organizzazione del pronto soccorso ed in stretta connessione con esso, va realizzato un altro grande contenitore generalista che svolga un ruolo clinico reale e non solo di primo "smistamento".

Proprio per questo è nata anche presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia di Parma la nuova scuola di specializzazione in Medicina d'Emergenza-Urgenza di competenza del medico internista.

Anche su questo punto, comunque, va richiamata l'importanza dei servizi sanitari territoriali come necessario filtro per un accesso ragionato e ragionevole al pronto soccorso ospedaliero".

Il Preside conclude il proprio intervento complimentandosi con gli organizzatori e i relatori che lo hanno preceduto per l'apporto di alta qualità su temi di grande attualità.





L'attenzione dei partecipanti al Convegno è stata rivolta soprattutto alla funzione clinica del medico, descrivendone l'importanza e la complessità e approfondendone molti aspetti anche nella prospettiva dell'evoluzione sociale e culturale. [--] In Emilia-Romagna i processi assistenziali negli ultimi anni siano stati profondamente innovati secondo una visione complessiva e integrata.

*E' seguito poi l'intervento di **Marco Biocca**, responsabile Area Comunicazione, Documentazione e Formazione dell'Agenzia Sociale e Sanitaria Regionale dell'Emilia Romagna.*



L'attenzione dei partecipanti al Convegno è stata rivolta soprattutto alla funzione clinica del medico, descrivendone l'importanza e la complessità e approfondendone molti aspetti anche nella prospettiva dell'evoluzione sociale e culturale.

E' importante, tuttavia, non dimenticare che il medico è una figura che interviene anche in altri campi con una propria autonomia e specificità.

Nell'intervento si fa riferimento in particolare alla funzione di amministrazione e gestione di organizzazioni sanitarie e processi assistenziali (aziende sanitarie, dipartimenti, etc.) e di advocacy per la salute e consulenza nella valutazione di impatto sulla salute e nei programmi di promozione della salute e di prevenzione.

Viene, quindi, sottolineato come in Emilia-Romagna i processi assistenziali negli ultimi anni siano stati profondamente innovati secondo una visione complessiva e integrata.

Si veda in particolare il Piano sociale e sanitario regionale 2008-2010. Le trasformazioni in atto includono processi di integrazione tra le istituzioni, tra le organizzazioni e a livello professionale che sono complessi e pieni di difficoltà, ma che rappresentano un impegno qualificante nei confronti dei problemi che anche il Convegno ha messo in evidenza.

Il contributo specifico a cui è chiamata l'Agenzia sanitaria e sociale regionale riguarda in particolare la promozione della ricerca e della formazione nel sistema sanitario, considerate funzioni essenziali alla stessa stregua di quella assistenziale.

La collaborazione in questi campi con l'Università è assai ampia e si sta sviluppando, soprattutto dopo la legge regionale 29/2004 sul Servizio sanitario regionale, con modalità e strumenti nuovi che permettono di sostenere sperimentazioni, programmare in modo condiviso e valutare la qualità dei risultati.

L'intervento è stato concluso da un richiamo all'importanza della formazione continua nello sviluppo delle professionalità e nel sostegno alla innovazione e al miglioramento nell'assistenza. Il programma di ECM ha introdotto anche formalmente in Italia l'obbligo per tutti gli operatori e rappresenta, quindi, uno strumento fondamentale.

Finora è stata posta attenzione prevalentemente ai meccanismi di funzionamento, mentre ora sarebbe importante occuparsi del senso di tale impegno evitando derive di ordine burocratico e commerciale.





I laureati specialisti hanno acquisito le necessarie conoscenze scientifiche, i valori etici e le competenze professionali pertinenti alle professioni dell'infermiere e dell'ostetrica/o ed hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e della ricerca specifica.

*Infine la relazione di **Roberto Delsignore**, Ordinario di Medicina Interna dell'Università di Parma, Presidente della Commissione Nazionale Corsi di Laurea in Infermieristica, su **"La formazione dei laureati del corso di laurea specialistica in scienze infermieristiche ed ostetriche"**.*

"Obiettivo principale della formazione nel Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche è l'acquisizione di una formazione culturale e professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali formativi e di ricerca nell'ambito delle professioni sanitarie comprese nella classe 1 (Infermiera, Ostetrica/o).

Al termine del Corso di Laurea Specialistica, il Laureato matura 300 CFU complessivi di cui 180 acquisiti nel Corso di Laurea in Infermieristica o in Ostetricia e 120 per il Corso di Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, articolati in cinque anni di



corso (tre per il Corso di Laurea e 2 per il Corso di Laurea Specialistica).

I laureati specialisti che hanno acquisito le necessarie conoscenze scientifiche, i valori etici e le competenze professionali pertinenti alle professioni dell'infermiere e dell'ostetrica/o e hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e della ricerca specifica, alla fine del percorso formativo sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo educativo, preventivo assistenziale, riabilitativo, palliativo e complementare, in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi.

In base alle conoscenze acquisite, sono in grado di tenere conto, nella programmazione e gestione del personale dell'area sanitaria, sia delle esigenze della collettività, sia dello sviluppo di nuovi metodi di organizzazione del lavoro, sia dell'innovazione tecnologica ed informatica, sia della pianificazione ed organizzazione degli interventi pedagogico-formativi nonché dell'omogeneizzazione degli standard operativi a quelli della Unione Europea.

I laureati specialistici sviluppano, anche a seguito dell'esperienza maturata attraverso una adeguata attività professionale, un approccio integrato ai problemi organizzativi e gestionali delle professioni sanitarie, qualificato dalla padronanza delle tecniche e delle procedure del management sanitario, nel rispetto delle loro ed altrui competenze.

Le conoscenze metodologiche acquisite consentono loro anche di intervenire nei processi formativi e di ricerca peculiari degli ambiti suddetti".



ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DELLA PROVINCIA DI PARMA



“Pro veritate adversa diligere”
s. Gregorio Magno

Moderatori e Relatori

Mario Amore ,	Direttore Clinica Psichiatrica Università degli Studi di Parma, Consigliere Delegato Nazionale CUN
Amedeo Bianco,	Presidente della FNOMCeO
Marco Biocca,	Responsabile Area Comunicazione, Documentazione e Formazione dell' Agenzia Regionale Socio Sanitaria dell' Emilia Romagna
Loris Borghi,	Preside della Facoltà di Medicina e Chirurgia - Università degli Studi di Parma, Pres. Osservatorio Scuole di Specializzazione Area Sanitaria Regione Emilia Romagna
Valerio Brucoli,	Componente della CAO Nazionale, Componente della Consulta Deontologica e del Comitato Centrale della FNOMCeO
Ivan Cavicchi,	Sociologo Medico e Saggista, Ordinario di Sociologia Sanitaria dell'Università La Sapienza di Roma
Roberto Delsignore,	Ordinario di Medicina Interna dell' Università degli Studi di Parma, Presidente Commissione Nazionale Corsi di Laurea in Infermieristica
Giorgio De Rita,	Direttore Generale CNIPA
Massimo Fabi ,	Direttore Generale AUSL Parma
Giovanni Leonardi,	Direttore Generale Risorse Umane Ministero Salute
Paolo Livrea,	Ordinario di Neurologia - Università di Bari e Presidente OMCEO Bari, Componente del Comitato Centrale della FNOMCeO
Aldo Pagni,	Presidente Emerito della Fnomceo
Fabrizio Pezzani,	Ordinario di Programmazione e Controllo nelle Amministrazioni Pubbliche , Membro del Board Strategico della SDA, Università Bocconi, Milano
Giancarlo PIZZA,	Presidente FRER, Presidente OMCEO Bologna
Leopoldo Sarli ,	Presidente Corso Laurea Scuola Scienze Infermieristiche Università di Parma, Componente Commissione ECM Regione Emilia Romagna
Sergio Venturi	Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria di Parma
Tiberio d'Aloia ,	Presidente OMCEO Parma
Pierantonio Muzzetto,	Vice Presidente FRER e Vice Presidente OMCEO Parma



Parma Il Battistero

A cura di
Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Parma
Ufficio Stampa dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Parma
(Antonella Del Gesso)
Segreteria dell'Ordine dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Parma
(Renata Cantarelli, Lisa Asti, Francesca Pelosi, Maurizio Magnani)