

Medici e professioni sanitarie. Quali autonomie, quali responsabilità?

Rimini, Ravenna, Forlì-Cesena 13 – 15 maggio 2010

Le giornate di Forlì, Rimini e Ravenna e i temi del Convegno*

Walter Gatti

Direttore Fnomceo web

IL TEMA ERA DI QUELLI DELICATI e nonostante il tempo inclemente che ha gravato su Rimini e sulla Romagna, medici, presidenti di Ordine, relatori e ospiti vari non si sono fatti “intimorire”: il convegno *Medici e professioni sanitarie. Quali autonomie, quali responsabilità?* ha avuto momenti caldissimi di confronto, di approfondimento, di visione futura. Diciamo “convegno”, ma la definizione è impropria perché tra Forlì, Rimini e Ravenna si è tenuta una tre giorni vasta e complessa, con seduta del Comitato Centrale (giovedì a Forlì), Convegno (venerdì a Rimini), Consiglio nazionale (sabato a Ravenna).

Di certo le otto ore di dialogo e dibattito riminese, tenute nel salone convegni dell’hotel Le Meridien, hanno avuto il ruolo maggiormente “pubblico” di fare il punto sui temi controversi delle autonomie e delle responsabilità della professione medica nei confronti delle altre professioni, sia quelle già normate, che quelle in forte “avanzata” sociale ed acca-

demica, spesso ruotando attorno ai temi e alle ambiguità della legge 42/99. Quattro sessioni per un totale di dodici relazioni più una tavola rotonda: un *tour de force* non indifferente. I momenti salienti sono stati con ogni probabilità gli interventi di Gianfranco Iadecola, che ha analizzato presupposti e rischi di una definizione attuale di atto medico, l'analisi delle responsabilità mediche da parte di Roberto Longhin e la presentazione di Ketty Vaccaro, del Censis.

*Atto medico
e definizione
di ambiti*

MUOVENDOSI DALLA DOMANDA “se l’ordinamento giuridico possa o debba avere interesse rispetto a una catalogazione definitoria di atto medico ovvero se una tale catalogazione risulti indifferente”, Gianfranco Iadecola ha sottolineato nell’intervento centrale della prima sessione di lavori come “a noi pare che un tale interesse l’ordinamento giuridico lo abbia”.

L’ordinamento giuridico, è stato il senso dell’intervento del giurista, ha interesse ed esigenza a qualificazione di atto medico, ma non c’è norma specifica che la sancisca e quindi “l’individuazione di questi atti è malsicura”. Pur nella sottolineatura che l’orientamento della Corte di Cassazione è funzionale e l’atto medico “viene ad identificarsi con ogni atto finalizzato a diagnosi e approccio terapeutico nei confronti delle malattie” e dove, quindi, solo il medico può farlo e solo lui si può cimentare validamente e correttamente con tali atti, rimangono comunque tanti casi incerti, “dove il giudice non sa orientarsi soprattutto nei casi dove c’è responsabilità dell’infermiere”. Nell’insieme dei dubbi presentati da Iadecola (soprattutto quando ci si trova di fronte a scelte che sottraggono al medico il primato nel percorso terapeutico), si è presentato poi un ulteriore problema: nell’insieme di settori che si occupano del malato e della sua malattia, a chi compete il dovere di comunicazione al malato? Ultima battuta: “per me è fondamentale il tema di una figura che co-

ordini tutto il processo di cura”. Ricca di dati e cifre di riferimento, la relazione di Ketty Vaccaro, ricercatrice del Censis, ha proprio scavato nel rapporto tra medici, altre professioni (soprattutto infermieri) e pazienti, sulla base dei dati di alcune ricerche della Fondazione Censis. Se da un lato, infatti, è chiaro che nel 2008 si sono laureati 6.796 medici, mentre le lauree in altre professioni sanitarie sono state 20.538, è anche vero che questi dati impongono di “rimodulare i rapporti e la filiera ridefinendo gli ambiti di competenza e responsabilità. Altrimenti si dà peso a due differenti arroccamenti: quello dei medici che si arroccano sulla difesa della propria funzione e quello dei nuovi professionisti che richiedono nuove autonomie, mentre i pazienti – come dimostrato dalle tabelle presentate – preferiscono la definizione di ambiti per avere interlocutori precisi ed esaurienti”.

IN TUTTE LE RELAZIONI i riferimenti alla legge 42/1999, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*, sono stati puntuali e ripetuti. Anche nell’intervento di Roberto Longhin, avvocato dell’Omceo di Torino la 42/99 ha fatto da sfondo all’enucleazione dei problemi inerenti la gestione dei profili di responsabilità in ambito sanitario. La legge che ha sancito la nascita del sistema di professioni sanitarie articolate, tenta di stabilire ambiti professionali a partire da profilo pro-

Giancarlo Aulizio

presidente Omceo di Forlì Cesena

È curioso che, nel centenario della fondazione degli Ordini, siamo ancora ad interrogarci su quali siano le modalità migliori perché attività professionali, diverse ma convergenti, si integrino al meglio; forse ciò è in parte dovuto al ritardo con cui si arriva a definire l’atto medico che resta, a mio avviso, il momento fondamentale di ogni prestazione di cura.

Ma, insieme all’atto medico, anche l’atto sanitario infermieristico, ostetrico, psicologico, etc hanno bisogno di essere definiti chiaramente, perché non si corra il rischio di affidare ad alcuni prestazioni che sono nella competenza di altri.

Anche perché è possibile che, di fronte ai maggiori budget richiesti per la Sanità (visto l’invecchiamento, le nuove tecnologie, i nuovi farmaci, etc), si ritenga di ridurre i costi affidando a professionisti meno “onerosi” per il Ssn compiti di più alta responsabilità. Questo, però, finirebbe per abbassare il livello della prestazione, con maggiori rischi per il cittadino.

*Una legge
e qualche
ambiguità*

Stefano Falcinelli

presidente Omceo di Ravenna

Il Convegno ha presentato anche progetti sperimentali che coinvolgono equipe multidisciplinari, quali la procedura detta di *see and treat* della Regione Toscana che in aree dedicate di pronto soccorso, autorizza infermieri, resi esperti da una specifica formazione, a riconoscere (*see*) e a trattare (*treat*), secondo protocolli predefiniti, alcune condizioni patologiche di minore gravità, comprese in uno specifico elenco oppure la *fast and track surgery* della Regione Emilia Romagna cioè il “percorso rapido in chirurgia”, che intende tagliare drasticamente i tempi di degenza, tramite una riconversione interdisciplinare della “macchina” chirurgia. Tali sperimentazioni, pur operando in deroga al principio generale di affidamento e garanzia esclusivi del medico nella diagnosi e nella prescrizione, sono ispirate da prospettive di razionalizzazione e impiego congruo delle risorse umane, tecniche, strutturali ed economiche disponibili, e hanno l’obiettivo non solo di contenere i costi, ma soprattutto di produrre benefici nell’assistenza e nella soddisfazione degli utenti, a cui va data, ovviamente, ampia ed esaustiva informazione. Il rischio è però quello di un uso spregiudicato e opportunistico di tali competenze per realizzare modelli meno onerosi a discapito della qualità del servizio: una sorta di prospettiva “*low cost*” che potrebbe sedurre amministrazioni in difficoltà col far quadrare i bilanci.

sulla legittimità, ora si è spostato sulla responsabilità. Nella professione medica, invece, prima era sulla responsabilità, oggi è sulla legittimità delle azioni assistenziali. Dovremo trovare un punto di chiarezza condiviso, pena il caos di tutto il processo”.

fessionale, formazione ricevuta e codice deontologico, ma in realtà “rimane ambiguamente sul vago quando si tratta di definire temi come competenza, autonomia professionale, applicazione diagnostica. Negli anni Quaranta l’infermiere somministrava i farmaci ordinati dal medico, oggi garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche del medico, ma quando sbaglia, chi ne risponde?”. Nella sua relazione, partita analizzando un caso concreto (uno sportivo che denuncia un medico dirigente di struttura dopo che un fisioterapista gli ha forse provocato lesioni permanenti), Longhin ha terminato evidenziando una dicotomia professionale e storica: “Nei decenni che ci precedono il dibattito sugli atti nei confronti del paziente – ad esempio nella professione infermieristica – era dibattito

AL CENTRO DI OGNI RIFLESSIONE, quindi, il tema della responsabilità. Toccato sia in ambito teoretico, nella definizione storica di “professionalismo” (Sapienza e Benci), sia nell’analisi dei percorsi e delle competenze formative (Gensini), che dei modelli in via di sperimentazione (il discusso *See and treat* per le urgenze minori, presentato da Giancarlo Berni) che dell’approccio etico-deontologico, sezionato da Sandro Spinsanti fino alla definizione dei “tre vincoli di libertà” per le decisioni mediche: primo vincolo, non far male al paziente e fargli quello che in scienza e coscienza si ritiene opportuno; secondo vincolo, introduzione della volontà del paziente, con una conseguente autonomia da rispettare; terzo vincolo, si naviga su un mare tempestoso che ci butta da una parte e dall’altra; organizzazione, uso risorse, limiti struttura; non è affermare principi non negoziabili, bensì accogliere l’insieme delle sfide e delle sollecitazioni per scelte che possano essere le meno peggiori”.

*Responsabilità
tra problematiche
ed etica*

TROPPO AMPIO IL CONVEGNO per riportare tutti gli spunti, a partire da quelli lasciati da Giovanni Leonardi, direttore generale del Ministero, che ha ricordato che “l’obiettivo ultimo è e sarà è salute del paziente e che sarà lo Stato a definire ambiti e competenze delle responsabilità, anche se questo oggi dovrà tener conto di un elemento aggiuntivo di complessità, vale a dire le legislazioni regionali in ambito di responsabilità. Variabile rimane in tutto questo la gestione della malattia, dove auspico, personalmente, la possibilità di una regia unica”. Il direttore generale dell’Agenas, Fulvio Moirano, ha sviluppato un ampio ragionamento che partendo dai due modelli di riferimento internazionale (il *Chronic care modale* e il *Disease management*) si è riferito a uno studio del Loetz uscito nel 1999, che identifica le cinque leggi dell’integrazione: “È possibile integrare, ma non è possibile integrare tutti i servizi per tutte le persone. Integrazione ha dei

*Relazioni, dibattito
e il saluto
del neo-assessore*

costi prima che dia benefici. Tua Integrazione è mia frammentazione. Non si può integrare un piolo quadrato e un buco rotondo. Colui che integra detta tempo e regole. Oggi il problema è comprendere chi è il soggetto in grado di integrare, di gestire l'integrazione a ogni livello: decisori politici e decisori professionali, strutture e territorio, equipe e leadership”.

Serrato il dibattito che ha chiuso i battenti sul convegno, a cui hanno partecipato Roberto Lala (Sumai), Giacomo Milillo (Fimmg), Costantino Troise (Anaao), Riccardo Cassi (Cimo), Miriam Guana (Fnco), Pasquale Spinelli (Fism), con la moderazione di Maurizio Benato e Gabriele Peperoni. Anche Carlo Lusenti, neo-assessore alla salute della regione Emilia-Romagna ha portato il suo saluto ricordando che tra gli assessori alla sanità ci sono ben sei medici: “C’è una sfida culturale dietro questo fatto, una sfida che si esprime in questa domanda: la nostra cultura professionale è in grado di governare la salute? Siamo in grado di dare contributo ideativi e culturale alla soluzione dei problemi oggi rappresentati dall’argomento salute in Italia e nelle sue regioni?” Su questa provocazione si è chiuso il convegno riminese: a Ravenna la responsabilità di provare a trarne gli elementi di sintesi.

*La relazione
Bianco*

LA GIORNATA DI SABATO, con lo spostamento di tutta la Federazione a Ravenna, si è concentrata sulla relazione Bianco. L’impianto della relazione – che nelle sue battute iniziali ha ricordato la scomparsa di Nunzio Romeo, proprio al ritorno dal Consiglio Fnomceo di febbraio – ha come sempre approfondito i momenti del dibattito politico e professionale che più da vicino riguarda il mondo medico e degli odontoiatri. Sulle certificazioni di malattia e sul dispositivo sanzionatorio previsto dal decreto Brunetta (Dlgs 165/2010), Bianco ha ricordato che dopo il tavolo tecnico presso il Mi-

nistero della funzione pubblica, fortemente chiesto e voluto dalla Federazione, qualcosa di importante è accaduto: “Risale a qualche giorno fa la pubblicazione di una circolare a firma del Ministro Brunetta – che abbiamo edito sul nostro portale – 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”.

Altro affondo molto attento sui nuovi servizi nelle farmacie, che nella volontà del Ministro Fazio dovrebbe divenire decreto già entro fine maggio. “L’attuazione di nuovi servizi 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

Maurizio Grossi

presidente Omceo di Rimini

Per governare e regolamentare la diversificazione dei ruoli in sanità, autonomie e responsabilità vanno definite già a partire dai programmi formativi.

A tal fine, l’Università, in quanto sede istituzionale per la formazione dei professionisti sanitari, dovrebbe confrontarsi con gli Ordini professionali, perché ogni specificità tecnica emergente non diventi automaticamente uno specifico corso di laurea universitario.

A livello legislativo, invece, non si dovrebbe rinunciare al governo vero delle innovazioni. Le nuove figure professionali in sanità, in alcuni casi, intercettano le competenze dei Medici e degli Odontoiatri, andando ad erodere i loro tradizionali ambiti di esercizio professionale .

Infine, e parlo per la professione medica, andrebbero aggiornate le disposizioni deontologiche. Oggi il lavoro in sanità è un lavoro in equipe, fatto di interazioni fra le diverse figure professionali, ognuna con le proprie competenze e responsabilità: nell’attuale Codice di Deontologia medica, invece, poco si parla di lavoro in equipe e dei rapporti con gli altri operatori.

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".

E quindi? Nessuna ostilità preconcepita verso questa visione, ovviamente, ma l'urgenza, sottolineata da Amedeo Bianco della definizione dei valori contemporanei di governance e di leadership: "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".

In ambito di Dl 1142, quindi di riforma di Ordini e Professioni, il presidente Fnomceo ha relazionato sui dialoghi avuti con il Ministro della Salute e delle rappresentanze degli Ordini e collegi delle professioni sanitarie. Due sono gli impegni assunti: il primo consiste nel sollecito al Parlamento sull'iter di approvazione del 1142, inserendo nel testo una delega al Governo per ridefinire in senso più contemporaneo le professioni di medico, odontoiatra, farmacista e veterinario. Il secondo impegno punta a produrre un documento relativo a problematiche comuni a tutti i servizi professionali. E qui i temi fondamentali sono: tariffe di riferimento per gli onorari professionali, integrazione tra ambito formativo ed ambito professionale, responsabilità nelle società professionali e multiprofessionali, ruolo deontologico e disciplinare degli Ordini, riconoscimento dei titoli e delle attività. Sull'insieme di questi punti e sui documenti che la Fnomceo si troverà a dover proporre e condividere, Bianco ha prospettato la necessità di un Consiglio nazionale (che si terrà presumibilmente a metà giugno). Allo stesso modo Bianco ha confermato i lavori in corso sul tema della me-

diazione: la Federazione si sta operando affinché gli Ordini possano esercitare ruolo e compito specifico nella risoluzione non giudiziale dei contenziosi. L'ultimo punto della relazione ha implicitamente ripreso i temi del convegno di Rimini, in una risottolineatura forte e di ampia visione dei ruoli e delle funzioni del medico. I contenuti di questa parte della relazione confluiranno nel documento approvato dal Consiglio nazionale Fnomceo del 13 giugno (v. p. 212). Alla relazione è seguito un dibattito in cui soprattutto Mario Falconi, presidente dell'Ordine di Roma, ha sottolineato la nevralgicità di una corretta comunicazione ai cittadini: "Dobbiamo farci carico di far comprendere ai pazienti, alle famiglie, ai cittadini tutti che una sanità in cui tante professioni spingono per arrivare in primo piano avrà sempre bisogno di un medico che sia responsabile verso il cittadino stesso della sua salute, della sua diagnosi, del suo percorso terapeutico". Parole condivise e applaudite. Parole che si ritrovano con la frase conclusiva della relazione-Bianco, fortemente incentrata sul ruolo attuale degli Ordini: "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".

**pubblicato sul portale www.fnomceo.it*

Ruoli e funzioni del medico nell'ambito delle *équipe* multiprofessionali

Documento approvato dal Consiglio nazionale Fnomceo il 13 giugno 2010

Premessa IL PRESENTE DOCUMENTO intende porsi come prima tappa di un percorso di riflessione su alcune delicate tematiche coinvolgenti aspetti fondanti ed identitari delle nostre professioni. Le considerazioni in esso contenute non sono da ritenersi né conclusive né esaustive di un cammino di ricerca deontologica, di valutazione del rispetto delle competenze tecnico-professionali e dei connessi profili di responsabilità, infine di misurazione dell'efficacia e dell'appropriatezza dei modelli organizzativi innovativi.

Dichiariamo, quindi, fin da oggi la nostra disponibilità ad un confronto costruttivo dentro e fuori le nostre professioni, inclusivo dei contributi e delle osservazioni provenienti da tutte le esperienze positive in campo.

Il documento viene, quindi, proposto come un primo strumento di lavoro e di aiuto per affrontare nel merito le delicate questioni connesse ai ruoli e alle funzioni del medico nell'ambito delle *équipe* multi professionali.

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 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.

In questi anni, mentre sul piano normativo molto si è prodotto nel definire ruoli e funzioni di vecchie e nuove professioni sanitarie, nulla si è invece fatto per la professione medica tanto che i confini e le prerogative del medico sono stati ridefiniti e tutelati, in funzione del tutto vicaria, dalla

giurisprudenza delle Supreme Corti di Cassazione e Costituzionale nell'ambito di vari contenziosi.

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 legittima sul piano giuridico, 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 considera 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.

La Fnomceo auspica e si adopererà affinché da tale confronto possano scaturire soluzioni efficaci che garantiscano una gestione condivisa ed omogenea su tutto il territorio nazionale. 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'af-

fidamento di nuovi ruoli e compiti alle professioni sanitarie nell'ambito delle équipes. Queste proposte per le delicate questioni che sollevano, richiedono nostre puntuali osservazioni sia deontologiche alle quali richiamiamo i nostri professionisti che tecnico professionale che invece proponiamo a un'attenta riflessione dei decisori in sanità.

IL CONSIGLIO NAZIONALE DELLA FNOMCEO assume agli atti che ispirano la presente delibera le osservazioni esplicative e critiche contenute nei Documenti votati dalle Federazioni Regionali degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana e dell'Emilia Romagna relativi a progetti sperimentali di carattere organizzativo relativi a importanti attività ospedaliere, elaborati in sedi toscane noti come procedure di *see and treat* nell'ambito del pronto soccorso e di analoghe iniziative quali ad esempio *fast track surgery* progettate nella Regione Emilia-Romagna.

Sul piano specifico, trattandosi di sperimentazioni di modelli operativi che incidono sui servizi di assistenza e cura, un primo profilo di coerenza deontologica per i medici coinvolti nei progetti, va ricercato nell'aderenza delle sue finalità ai principi di beneficiabilità e giustizia, nella garanzia cioè che gli obiettivi perseguiti corrispondano alla distribuzione equa, efficace ed appropriata, di un bene, in questo caso l'assistenza a determinate condizioni patologiche, in un contesto organizzativo più complesso di gestione delle urgenze-emergenze.

Sotto questo profilo, entrambe le sperimentazioni appaiono ispirate da prospettive di razionalizzazione e di adeguato impiego delle risorse umane, tecniche, strutturali ed economiche disponibili, alla stregua di strumenti di predisposizione e di gestione tempestiva ed efficace del lavoro in équipes, diretti a contenere costi incongrui ma soprattutto a produrre

*I progetti
sperimentali
in Toscana e in
Emilia Romagna*

benefici nell'assistenza e nella soddisfazione degli utenti. Una ulteriore condizione necessaria prevede che tutta la sperimentazione avvenga in un contesto di ampia ed esaustiva informazione dei pazienti che si rivolgono al servizio ed a una specifica acquisizione del consenso degli stessi alle procedure assistenziali sperimentali a cui vengono sottoposti. Nel rispetto di tali condizioni dichiariamo la nostra attenzione verso la cauta adozione di percorsi assistenziali che consentano la sperimentazione di tali modelli operativi dei relativi percorsi assistenziali, riservandosi un giudizio complessivo sugli esiti della sperimentazione peraltro già conosciuti in altri Paesi ove tuttavia sono assai diversi i percorsi formativi dei professionisti, le culture organizzative, i principi etici di governo dei sistemi sanitari, infine le stesse attese dei cittadini.

Sul piano generale, il punto fondamentale cui perviene la valutazione deontologica coincide peraltro con l'antica querelle sulle prerogative mediche messe in discussione dalla prospettazione di un ruolo funzionale sostanzialmente autonomo di altri professionisti sanitari impegnati in prestazioni d'èquipe, nelle quali si prefigura la possibile equipollenza di competenze tra professionisti medici e non medici, questi ultimi all'uopo addestrati con progetti di formazione sul campo.

Ciò sull'esempio, non sempre direttamente ed integralmente mutuabile, offerto da altri Paesi che da tempo ne hanno attuato una sostanziale promozione anche da noi resa emergente in una caotica prefigurazione normativa nazionale e regionale e che anzi apre scenari inquietanti stante la possibilità che per questa via ogni regione potrà ridisegnare in ambito sanitario profili e competenze professionali del tutto funzionali ai propri modelli di organizzazione dei servizi.

La preoccupazione non nasce ovviamente da una prospettiva di sviluppo continuo delle competenze e degli skills del-

le professioni sanitarie né dalla scelta di contrastare pregiudizialmente modelli flessibili di assistenza ma dal grande rischio di un uso spregiudicato ed opportunistico delle competenze ai fini di realizzare organizzazioni di servizi sanitari meno onerosi; una prospettiva low-cost che potrebbe sedurre molti amministratori, soprattutto quelli 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 si devono riconoscere alle professioni regolamentate 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 indiscriminata confusione operativa e tanto meno una sostanziale erosione del ruolo e della dignità del medico che travalichi il limite da una sinergia integrativa rispettosa di una professione, quella medica, garantita e resa specifica dallo Stato attraverso l'abilitazione, a tutela dei cittadini.

Non sembra comunque possibile né praticamente attuabile 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 ricono-

Il Codice di Deontologia Medica promuove la cooperazione tra professionisti e rivendica il rispetto delle competenze

scono dottrina e giurisprudenza *in primis* costituzionale (vedi da ultimo la recente sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009 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 svolta 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 diagnostico-terapeutico 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.

In altre parole, con riferimento alle sperimentazioni in corso, è possibile ipotizzare un'organizzazione del lavoro in équipe che preveda l'affidamento vigilato e responsabile di alcuni atti medici ad altre figure professionali con il limite che le procedure non sconfinino nella cessione di potestà esclusive.

La Fnomceo, ritiene che la *leadership* medica (intesa in senso funzionale) sia da considerare come presidio di armonia, di coerenza, di efficienza e di sicurezza e come fattore di sintesi e di temperamento di plurime esperienze e specializzazioni professionali, adeguatamente formate, preparate e

senz'altro insuscettibili di improvvisati assemblaggi.

In conclusione, l'eventuale trasferimento da una condizione sperimentale ad una "a regime" di modelli operativi che prevedano, in condizioni del tutto particolari e definite, l'affidamento di nuove competenze ad altri professionisti sanitari, appaiono per i medici coinvolti deontologicamente coerenti se perseguono e conseguono obiettivi di efficacia, qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, se non discriminano i pazienti in ragione dei bisogni, se operano nel pieno rispetto dell'informazione e consenso e se soprattutto riconoscono al medico sul piano dell'autonomia tecnico professionale il ruolo di governo e sintesi del processo clinico assistenziale e su quello della responsabilità la duplice posizione di garanzia verso i cittadini e verso lo Stato *in eligendo* e *in vigilando*.

Le competenze fondanti questo ruolo di garanzia del medico non possono dunque essere oggetto di inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, costituendo invece un esclusivo obbligo giuridico e un preciso dovere deontologico del medico e dell'odontoiatra.

Gli 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.

*Il rispetto del ruolo
di garanzia
del medico verso
i cittadini
e verso lo Stato*

LA PROFESSIONE

MEDICINA, SCIENZA, ETICA E SOCIETÀ

*Trimestrale della Federazione nazionale
degli Ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri*

Anno XI • Numero III - MMX

Presidente
Amedeo Bianco

Direttore responsabile
Eva Antoniotti

Gruppo di lavoro "Area della comunicazione"
Cosimo Nume (coordinatore)
Giancarlo Aulizio
Alessandro Innocenti
Bartolomeo Griffa
Raffaele Iandolo



Editore
Fnomceo
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma



Health Communication srl
Edizioni e servizi di interesse sanitario

Redazione
Health Communication
Via Vittore Carpaccio, 18
00147 Roma
Tel. 06.594461
Fax 06.59446228

Fotolito e stampa
L.E.G.O. s.p.a., Lavis (Trento)

Tariffa Associazioni Senza Fini di Lucro: Poste Italiane S.p.a - Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 1, comma 2, DCB - BO - Registrazione al Tribunale di Roma n. 464/99 del 19/10/1999

Le variazioni di indirizzo vanno comunicate per posta alla sede della Fnomceo:

Fnomceo
Centro elaborazione dati
Piazza Cola di Rienzo 80/A,
00192 Roma