



**IPOSTESI DI MODIFICA DELLE ATTIVITA'
DELLE PROFESSIONI SANITARIE (PS)
PREVISTE NELLA BOZZA
DELL'ACCORDO
STATO REGIONI**

CONSIGLIO NAZIONALE FNOMCeO

Domenica 17 marzo 2013

Roma



Il problema

Valutazione dell'argomento inserito in ODG
“Problema delle professioni sanitarie (PS)
alla luce della Bozza d'accordo Stato Regioni”

Informativa e discussione
In seno al Consiglio Nazionale

*In risposta alla richiesta della Presidenza di
esporre il problema in Consiglio Nazionale
Su argomento condiviso in FRER OM*



17 marzo
san Patrizio

San Patrizio vescovo d'Irlanda , 1746 , Giambattista Tiepolo
chiesa di San Giovanni di Verdara,
conservato nei Musei Civici di Padova



Premessa: IL PROBLEMA NEL PROBLEMA

1. Appare come una prerogativa solo di poche regioni (RER-Toscana – Veneto)
2. Viene percepito come una sorta di questione “personale”
3. Suona come una “rivendicazione sindacale”
4. Suona come un problema solo dei medici ospedalieri con disinteresse dei medici non coinvolti (con “effetto dell’acqua sull’impermeabile”)
5. ***Tocca I nostri giovani medici . E il loro futuro professionale***

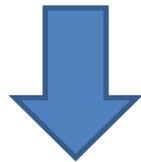
Considerazioni in premessa: I RISVOLTI DELLA MEDAGLIA

1. È **argomento da affrontare ma non da radicalizzare.**
2. È Necessaria **una rimodulazione della formazione** e dell’istruzione sanitaria con risvolti culturali in ambito universitario.
3. È auspicabile **una legislazione** su ruoli, rapporti e funzioni .
4. È da valutare **l’Accordo Stato Regioni**: “ mansionario delle PS” (D: ATTO SANITARIO) .
5. È da considerare **una nuova progettualità medica .**
6. ***Le decisioni comunque prese nelle “3” regioni si riverbereranno su tutt’Italia .***



Parlamento appena insediato

Il problema principe nel problema



Governo



Calendario dell'Arma dei Carabinieri

Pur nel dubbio ragioniamo per il futuro **E bisogna essere pronti .**



LA SFIDA DEL SSN < adeguarsi al nuovo contesto organizzativo in sanità >

Significa cercare di capire

1. **STATO DELL'ARTE** :come stiano le cose e cosa si faccia (**parere ISS e pronunciamento MEF**)
2. Dove si voglia arrivare
3. **Quali SIANO LE RIPERCUSSIONI** sul lavoro medico
4. Quali le **RIPERCUSSIONI** nella tanto declinata "integrazione - collaborazione" (?) colle PS chiamate all'Autonomia
5. **Quanto L'AUTONOMIA DELLE PS INCIDA SULL'AUTONOMIA MEDICA**, sul ruolo del medico (ex-lege R.D.1934), sulla filosofia, sulla pratica medica e sulle non abrogate responsabilità



1. **MULTIDISCIPLINARIETA'**
2. **INTERDISCIPLINARIETA'**
3. **TRANSDISCIPLINARIETA'**

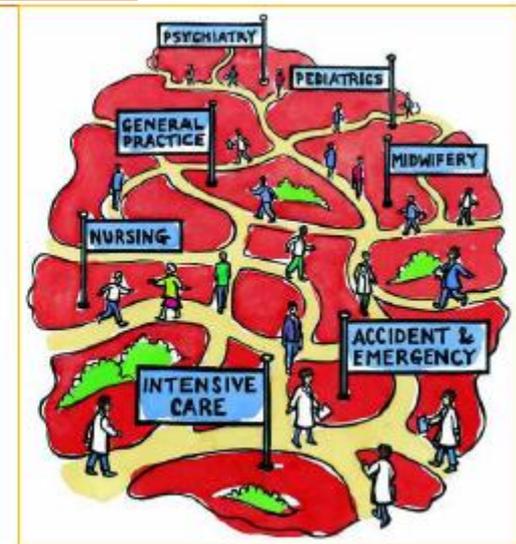
Leathard A., 1994: Going interprofessional: working together for Health and Welfare

Il nuovo in
Sanità (?)

TERMINOLOGICAL QUAGMIRE (pantano terminologico)

Choi B, 2006 – Clin Invest Med, modificata

	MULTI	INTER	DISCIPLINARI
Parole chiave	aggiunge	interagisce	olistica
Esempi matematici	2+2=4	2+2=5	2+2=giallo
Esempio	Insalata	Lasagne	Torta





Piccolantonio
Muscato
Cirio P.M.

Le normative

Giuseppe Arcimboldo, 1575 (?), il Bibliotecario



Come eravamo:
**Il Testo unico delle leggi
sanitarie (R.D. n. 1265/1934)**

Distingueva coloro che operavano nel campo della sanità in tre categorie:

- **professioni sanitarie principali** : medico chirurgo, veterinario, farmacista (e solo dal 1985 l'odontoiatra);
- **professioni sanitarie ausiliarie** : levatrice, assistente sanitaria visitatrice e infermiera diplomata);
- **arti ausiliarie delle professioni sanitarie** : odontotecnico, ottico, meccanico ortopedico ed ernista, tecnico sanitario di radiologia medica e infermiere abilitato o autorizzato.



Ministro Garavaglia

Con un'interpretazione estensiva della norma, nonostante il parere contrario della maggioranza del **CSS**, d'accordo con le Regioni il Ministro della Sanità Garavaglia emanò il Digs 319/94 : decreti istitutivi dei primi 13 profili introducendo ambiti professionali propri di una professione e superando quella di lavoro ancillare



Ministro Bindi

Con l'atto di minore valore giuridico (decreto ministeriale) furono attribuiti autonomia, competenza e responsabilità a 22 professioni sanitarie: su proposta del Ministro Bindi il Parlamento approva la legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie"



LA NORMATIVA (PER OGNUNA DELLE 22 PROFESSIONI SANITARIE)

- **E' una professione autonoma** (art. 1 L. n. 42/1999 e art. 1, comma 1, l. 251/2000), essendo stata abrogata la definizione di “professione sanitaria ausiliaria” ex art. 1, comma 1; **abroga la funzione “ancillare”**
- Esplica **“attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva”** (art. 1, comma 1, L. n. 251/2000);
- **Ha funzioni definite “dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”** (art. 1, comma 1, L. 251/2000);
- **Le ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni** “nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative”.



ANCOR PRIMA < DPR 27 Marzo 1992 > (Atto Indirizzo Emergenza)

(Citata in delibera regione Toscana del See and Treat)

Articolo 10

Prestazioni del personale infermieristico

Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovena e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

< Legge 42 /99 art. 1 >

Si attua (Disposto ancora valido) :

- 1. FATTE SALVE, “le competenze previste per le professioni mediche ... nel rispetto delle specifiche competenze professionali”,**
- 2. FATTO SALVO che l'esercizio della professione medica è consentito a chi è in possesso del titolo di abilitazione**

(Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto 27/07/1934 n. 1265, art. 100)



Classificazione delle professioni sanitarie

D.M. 29/03/2001 – n 118

(pub. in GU il 23.5.2001)

1. **professioni sanitarie infermieristiche e ostetrica**

2. **professioni sanitarie riabilitative**

podologo; fisioterapista; logopedista; ortottista - assistente di oftalmologia; terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva; tecnico della riabilitazione psichiatrica; terapeuta occupazionale; educatore professionale

3. **professioni tecnico sanitarie**

tecnico audiometrista; tecnico sanitario di laboratorio biomedica; tecnico sanitario di radiologia medica; tecnico di neurofisiopatologia.; tecnico ortopedico; tecnico audioprotesista; tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione

4. **professioni tecniche della prevenzione**

tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro; assistente sanitario.



Altre fonti legislative di riferimento *Intra omnes*

L. 14 gennaio 2013 n. 4

"Disposizioni in materia di professioni non organizzate"

Legge sulle professioni non organizzate: l'accreditamento degli Organismi di certificazione del personale: entrata in vigore il 10 febbraio 2013 disciplina la qualificazione delle competenze dei professionisti che esercitano la propria attività al di fuori di albi e collegi.



Professioni non organizzate: stabilità o destabilizzazione in sanità?

Art. 1:

Ai fini della presente Legge per “professione non organizzata in ordini e collegi” di seguito denominata “professione” s’intende

- Attività economica, anche organizzata volta alla prestazione di servizi o di opere a favore di terzi esercitata abitualmente e prevalentemente mediante lavoro intellettuale, .[.]
- Con esclusione degli iscritti in albi o elenchi ai sensi dell’art.2229 * Codice Civile (C.C.), delle attività e mestieri artigianali commerciali e di pubblico esercizio disciplinati da specifiche normative
- **[.] l’esercizio è libero e fondato sull’autonomia sulle competenze e sull’indipendenza di giudizio intellettuale e tecnica**

* Dal 2229 al 2237 del C.C.



LA CARENZA DELLA DEFINIZIONE NORMATIVA E PROFESSIONALE

___ Le leggi 42 e 251 segnano un riconoscimento di pari dignità rispetto alle già esistenti professioni della salute...



___ Manca la trasformazione da Collegi ad Ordini e l'istituzione di Albi e Ordini per le professioni sprovviste, (presente nel primo DDL governativo che divenne la l.42 ritirato e nel decreto Delega Fazio in ipotesi - decaduto).*

*(art. 1, comma 1, L. 251/2000)



GLI OBBLIGHI DEONTOLOGICI

Codice deontologico medico

- Art. 66 - **Rapporto con altre professioni sanitarie** -
Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali.

Codice deontologico infermieristico

- **Articolo 14**
L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito



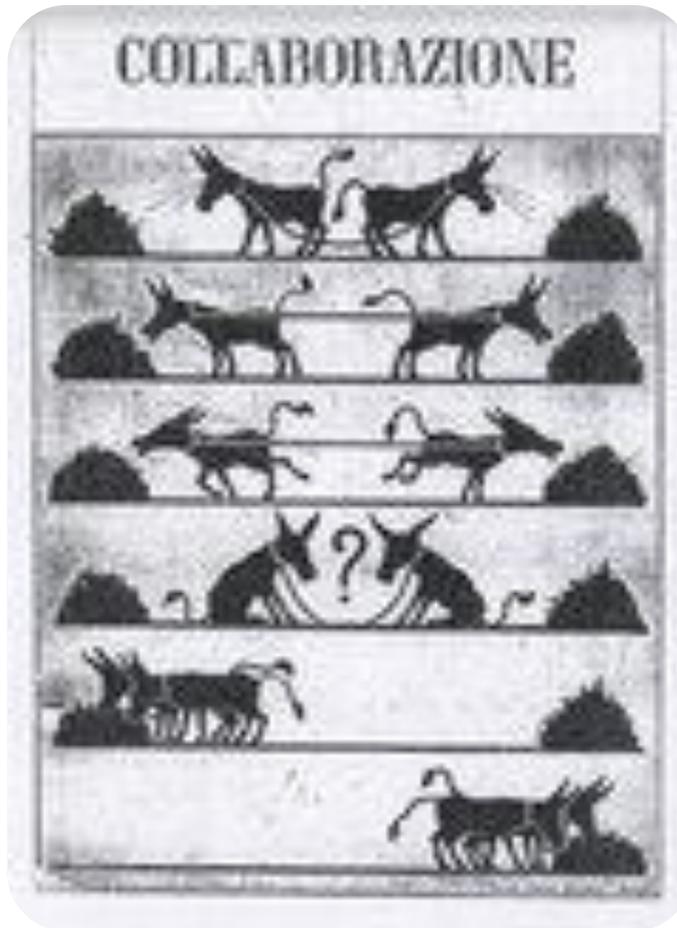
COSA NON E' SCRITTO NEI DUE CODICI E COSA ANDREBBE MAGARI PREVISTO ...

La collaborazione multidisciplinare è il Comun Denominatore nella “filiera della cura”

< Lo sviluppo in ambito sanitario presuppone il mantenimento di alti standard di cura e di risultati che vanno garantiti incrementando, nel rispetto del principio di “autonomia non esclusiva” delle PS, i rapporti di collaborazione multidisciplinare nella filiera della cura, la cui responsabilità ultima è competenza del medico.

La collaborazione si rende necessaria nella formazione e nella gestione del complesso sistema assistenziale nel rispetto delle reciproche funzioni e competenze.

Essa è finalizzata precipuamente alla migliore assistenza per il paziente (ammalato, persona assistita o cittadino debole)>.



**ANDARE NELLA STESSA
DIREZIONE
UNENDO LE FORZE**



**OPPURE :
SONO CONSEGUENTI I
PROBLEMI**



I PROBLEMI SUL PIATTO dal 2009 ad oggi

- ***SPERIMENTAZIONI INFERMIERISTICHE CON ACQUISIZIONE DI FUNZIONI MEDICHE***

See and Treat (RT) => con assegnazione di funzioni “mediche minori” agli infermieri in Pronto Soccorso dalle iniziali 137 (?) alle poco più di 30-35 (?)

CON GIUDIZIO NON UNIVOCO D’EFFICACIA (2 DELIBERE SUCCESSIVE IN CORSO D’OPERA CON “MODULAZIONE “IN DIFETTO” DEL NUMERO E DELLA TIPOLOGIA D’INTERVENTI INFERMIERISTICI”)

- ***SPERIMENTAZIONI IN PREVISIONE DI UNA LIMITAZIONE DELLA PRESENZA MEDICA NELLE ATTIVITA’ CLINICHE***

Perimed (RER) in ambiente ortopedico , poi Day surgery, poi Camere operatorie (1 medico + 2 infermieri di sala x 2 sale operatorie)



Le reazioni ai Progetti

- **Presa di posizione di Arezzo, Bologna e Parma** (Convegno Nazionale con invito al CC) e se ne è parlato a **Ravenna**
- **Presa di Posizione degli Ordini dell'Emilia Romagna** con un “documento inviato alla RER (Errani-Bissoni) alla FNOMCeO e agli Ordini Italiani”:
 1. Sulla non condivisione di una visione *infermiero-centrica*
 2. Su ripercussioni sulla qualità delle cure
 3. Sulla scarsa considerazione della professione medica
- **Presa di posizione dell'Ordine di Bologna** con :
 1. Denuncia della Regione Toscana (See and Treat)
 2. Denuncia della Regione E. Romagna (Perimed)**Motivazione: “ Favorito abuso di professione medica”**



Altre reazioni

- **Azioni delle procure RER e RT :**
con risposta ministeriale alla richiesta di informativa della Procura Toscana (Leonardi – Proia) sulla bontà delle sperimentazioni in linea:
 1. Con le legislazione vigente, anche se non applicata
 2. Sulle buone risultanze delle sperimentazioni avviate nelle Regioni Toscana e E.Romagna
- **Società Regionale AAROI ER e Nazionale 2012 :**
 1. Sull'utilizzo di un unico anestesista su due sale operatorie con situazione di non sicurezza di lavoro
 2. Sulla mancanza di criteri di sicurezza di una fase sperimentale con personale non medico, non capace per funzione e non garante della qualità



Esperienze dirette dagli operatori: Tensioni - Eccessi

- Si registra in vari nosocomi e nell'Urgenza-Emergenza (UE) territoriale della RER (con analoghe segnalazioni da Roma, Toscana, Liguria etc.) un'aumentata conflittualità fra medici ed infermieri *
- Nell'ambito dell'esercizio di funzioni "fra pari" si consegnano tesserini identificativi col solo nome di battesimo (con giustificazione del rispetto della privacy)**
- È invalsa la delazione

* Si rivendica : l'essere "**dottori**", l'essere **autonomi**, il **diritto alla visita infermieristica** (e il medico non può entrare in stanza), **la funzione di "team leader "** **in presenza del medico auto medica**, la gestione territoriale etc.

** A Parma ritirati appena ne è stata fatta denuncia all'Ordine, in altre città ancora in uso, pur essendo *contra legem*



Le leggi promessa

- **La promessa, un sasso lanciato verso il futuro**
- *La radice è il latino pro-mitto cioè “mando avanti”: **una promessa è un sasso lanciato verso il futuro nella speranza che un giorno saremo in grado di raggiungerlo. In periodo elettorale di promesse se ne sono fatte tante. Forse troppe. Al punto che spesso molti si ritrovano a sperare soltanto che la sassaiola abbia fine...***



da Alessandro Masi - Corriere-Sette 8.3.2013



IL NUOVO CHE AVANZA

Il tavolo Stato Regioni e le modifiche non sostanziali di questi ultimi giorni



Ministro
Balduzzi



Dott. Francesco Saverio Proia
Oggi con funzione di raccordo fra Ministro e Conferenza Stato Regioni



Presidente
Vasco Errani



Governo italiano

Presidenza del Consiglio dei Ministri

Conferenze Stato Regioni ed Unificate



GLI ASPETTI DEL DOCUMENTO IN BOZZA

[.....] **CONSIDERATO** che il Ministero della Salute ha concordato [...]
CONSIDERATA la costante e profonda evoluzione nei settori scientifico, epidemiologico, demografico, formativo/professionale nonché lo sviluppo dell'informatizzazione e delle tecnologie con conseguente rimodulazione dei processi assistenziali e organizzativi in ambito sanitario e socio sanitario;
TENUTO CONTO delle osservazioni espresse dalle rappresentanze professionali interessate;
SANCISCE ACCORDO tra il Governo e le Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano, nei seguenti termini:

Art. 1

[...] . Il presente Accordo definisce
Lo sviluppo delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere, al fine di favorirne l'approfondimento nonché l'attribuzione di ulteriori funzioni avanzate, in connessione con gli obiettivi di prevenzione, cura, assistenza e riabilitazione, previsti dalla programmazione sanitaria nazionale e regionale, anche a seguito di ulteriore formazione complementare e specialistica.



A competenze proprie e consolidate ne aggiunge altre comuni ai profili

[...] 1.1.4.1 Trattare la casistica minore secondo protocolli condivisi

[...] INFERMIERE DÌ AREA MEDICA

[...] 1.1.1.14 : Utilizzare l'ecografia e altri strumenti di diagnostica semplice a sostegno dell'attività assistenziale

INFERMIERE AREA CRITICA E EMERGENZA URGENZA

[...] 1.1.1.7 Gestire, con funzioni di Team Leader, l'assistenza nelle situazioni di emergenza-urgenza territoriale

[..] 1.1.1.8 Gestire efficacemente ed in sicurezza i casi non critici

1.1.1.9 Applicare linee guida, procedure e protocolli nel setting dell'emergenza



INFERMIERE DI AREA CHIRURGICA

1.1.2.5 Pianificare gli interventi per la riduzione delle complicanze della fase post-operatoria

1.1.3.4 Valutare gli esiti delle lesioni post-chirurgiche e post-traumatiche

1.1.3.5 Eseguire la sutura di ferite sulla base di protocolli condivisi

[...] 1.1.3.8 Attivare la consulenza di specialisti

1.5 CONSULENZA

1.5.1 Fornire il supporto tecnico in qualità di esperto

1.5.1.1 Offrire consulenza su processi ad elevata complessità nei diversi contesti clinici

1.5.1.2 Redigere un rapporto di consulenza

1.5.1.3 *Utilizzare tecniche di coaching*



Il pensiero del Ministero Il tavolo Stato Regioni Attraverso il braccio destro del Ministro

(con atto del 16.03.2012 nuove funzioni di raccordo tra gli Uffici di diretta
collaborazione del Ministro della Salute e le Direzioni Generali del Ministero)

Dott. Francesco Saverio Proia
Ministero della Sanità



Motivazioni già espresse nella prima bozza

1. Mancano i medici, non solo in quantità e si ha il ridimensionamento della pleora medica
2. Le esperienze delle regioni sono altamente positive e si possono dare competenze mediche agli infermieri
3. Debbono essere date competenze specialistiche agli infermieri che ne hanno cogenza (sancito dall'art.6 della legge 43/06, per quest'aspetto ancora in attuato), implementandole (in progress)
4. Portando il MIUR a stabilire ordinamenti didattici specifici

16 MAG 2012 - *messaggio inviato da Saverio Proia, coordinatore del tavolo ministero-regioni insediato presso il ministero della Salute per mettere a punto una proposta di ridefinizione delle competenze delle diverse professioni sanitarie, all'Assemblea dei quadri CONAPS (Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione) in svolgimento questa mattina a **Bologna all'interno di Exposanità***



Dilbert

by Scott Adams



© UFS, Inc.

SEMPLICITA' E QUALITA'

Ricordiamoci,
 La qualità è la nostra
 Priorità assoluta
Domande:
 Ma è più importante
 della della sicurezza,
 dell'obbedienza alle
 leggi, degli interessi
 della società
 ("azionisti che a minor
 qualità associano
 maggiori profitti") ?

E in questo caso
 dobbiamo metterla al
 4° posto ?



16 MAG 2012 - *messaggio inviato da Saverio Proia, coordinatore del tavolo ministero-regioni insediato presso il ministero della Salute*

La sfida al Cambiamento

Viene la critica che si tratti di un nuovo mansionario per gli infermieri, invece:

1. *< si tratta di funzioni ulteriori ed avanzate rispetto a quelle previste attualmente che non vengono ridimensionate anzi esaltate, non cristallizzate da una legge ma soggette ad evoluzione, verifica e monitoraggio >*

Per giunta:

1. *Ogni passaggio è all'esame critico ed analitico di tutte le rappresentanze professionali e sindacali dell'universo sanitario e si è attuato "il metodo del massimo coinvolgimento di tutti, nessuno escluso" **

* Lasciano perlomeno disorientati le affermazioni di sindacati autorevoli medici come l'Annao, la Cimo etc. che asseriscono il contrario con la stessa Federazione



PRIME CONSIDERAZIONI (A PARTE LE REAZIONI “A SUO TEMPO” SULLA STAMPA)

1. Il documento Stato Regioni -PROIA è pur sempre una “bozza”
2. Bozza innovativa per le PS
3. Bozza conosciuta solo formalmente e non da tutti condivisa
4. Non è inserita in un progetto organico di sviluppo

SI MANIFESTANO TALUNE PERPLESSITÀ SULLA METODOLOGIA SEGUITA:

1. *Sostituzione di una procedura parlamentare* (attraverso un normale iter Legislativo) *con un accordo* (per quanto di un tavolo importante quale quello Stato Regioni)
2. Attribuzione di funzione “originale”: *una sorta di III° camera deliberante*



Piccolo Mondo, antico

Rappresentanti del Corpo delle Infermiere e medici nella II guerra mondiale,

Nuove prospettive

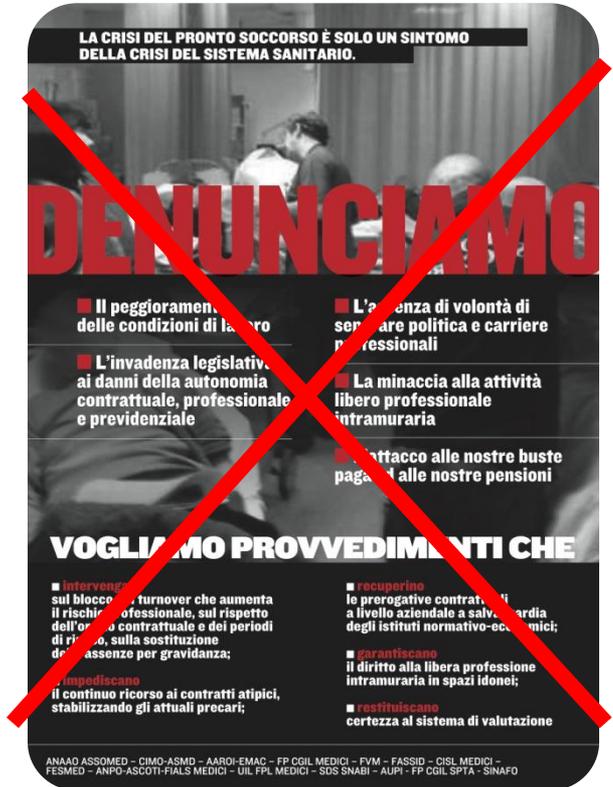


Corpo medico II guerra mondiale



Oggi:

- ***Dall'analisi***
 - ***Alle possibili vie d'uscita***
- Attraverso la consapevolezza che non si tratta di un problema che riguarda solo poche persone ma che coinvolge il sistema sanità ed il lavoro e la funzione stessa del medico !
- Interessa le nuove come le non più giovani generazioni mediche





IN PREMESSA : CONSIDERAZIONI

La moderna sanità si basa su aspetti culturali e di reciprocità con la garanzia di :

1. arrecare benessere del paziente (p. beneficiabilità)
2. certezza della cura

Ma anche sapere con certezza :

1. Chi abbia la gestione della cura, dalla diagnosi alla terapia
2. Chi sia iniziatore del sistema di diagnosi e cura
3. Chi concorra alla cura e con quali funzioni
4. Chi ne sia garante ultimo verso il paziente

Il tutto a garanzia della qualità delle prestazioni e delle cure

Coniugando:

1. Competenza
2. Efficacia
3. Risorse

RISULTATI e CREDIBILITA'
1. INDIVIDUALI
2. DI SISTEMA



Le scelte attuali vengono da lontano

Ora si tratta di valutare se nel lungo processo di sviluppo dei progetti di “modernizzazione in senso medico” della professione infermieristica:

1. si sia sottovalutato il problema
2. si sia considerato secondario intervenire nelle dinamiche di progettazione
3. vi sia stata mancata vigilanza (da valutare per il futuro...)

Sul piano degli effetti, ciò che è accaduto è storia.

Ma serve davvero poco recriminare.

Ma è etico chiedersi:

1. Come si deve oggi operare ?
2. Su quali basi efficacemente si deve trovare una soluzione soprattutto che miri a rivalutare la professione medica, in tanti passaggi, eufemisticamente, dimenticata ?
3. O ancor oggi si deve considerare il problema come inesistente o di poco conto, o segno **dell'ineluttabilità dei tempi?**



Spunti di riflessione

1. Quanto riportato non è un “*retro pensiero*” ma una impostazione delle politiche ministeriali, sindacali di categoria fino a oggi espresse
2. Oggi siamo di fronte ad un’ipotesi di lavoro che può portare a delle modifiche pur mancando il conforto o la sicurezza di :
 - a. Un **impianto solido multiprofessionale**
 - b. Una **politica di sviluppo articolato per professioni**
 - c. Una **logica collaborativa efficace**
3. Necessita senza dubbio un processo organico di qualificazione delle professioni, compresa quella medica
4. Manca una corretta valutazione con e nella **Università** **finalizzata alla programmazione della formazione specifica** come anche nella **imprescindibile diversificazione dell’Insegnamento delle P S**



IL CONCETTO DI AUTONOMIA

Si è chiamati a verificare costantemente i **contenuti di autonomia professionale** correlati ad ogni profilo professionale che deve rispondere :

1. ai contenuti formativi del corso di laurea
2. al codice deontologico che è fonte di responsabilità di ciascuna professione
3. al profilo professionale che dalla laurea conseguita ne acquisisce dignità e peculiarità
4. alla peculiarità dell'erogazione delle prestazioni
5. alla stretta competenza professionale maturata
6. al rispetto delle diverse competenze e funzioni presenti.

**INTRODUZIONE DEL CONCETTO DI AUTONOMIA DI SCALA
(COMMISURATA ALL'INDICE E TIPOLOGIA D'INTERVENTO
MULTI DISCIPLINARE O AUTONOMIA NON ASSOLUTA MA
SUBORDINATA)**



LA FORMAZIONE E L'ORGANIZZAZIONE

- La formazione singola e d'équipe non può non tener conto della necessità di:
 1. **Formare professionisti capaci**
 2. **Identificare i percorsi verso i ruoli e le funzioni**
 3. Dare competenze specifiche e peculiari per funzioni
 4. **Rendere reale il principio di**
 - a) operatività,
 - b) responsabilità,
 - c) funzionalità
 - d) efficacia.
1. Ossia Formare professionisti peculiari nella funzione esercitata senza che vi sia sovrapposizione nel fare".
 2. Contribuire al controllo dei costi indotti da immotivate duplicazioni professionali in un momento di scarsità delle risorse.
 3. Bloccare il *burn out* da insufficienza di identità professionale.



LA SFIDA DEL SSN

< *adeguarsi al nuovo contesto organizzativo in sanità* >

Come uscire dall'impasse

1. Agire nella chiarezza delle necessità non condizionati dalle risorse (*Spending review*) con una Progettualità Organica lavorando anche con sacrificio ma mai abdicando dalla qualità
2. Definire il concetto di Responsabilità medica e infermieristica
3. Definire il concetto di Leadership
4. Definire il concetto di agito “in eligendo e vigilando”
5. Contrattare la diversificazione delle professioni nella formazione specifica per i medici e gli infermieri (Università con Corsi di studi differenziati e differenti)
6. Definizione dei percorsi formativi nel post-laurea (corsi e convegni specifici per professione)



Se le angurie le
rendiamo quadrate,

Magari *quadriamo* il
cerchio delle
professioni



Necessità di evitare “sanatorie”

L'università

Scuola e formazione

1. Percorsi formativi differenziati in Corsi di laurea differenziati e differenti anche nel corpo docente nelle scuole di
 - a) Medicina e chirurgia
 - b) Scienze infermieristiche
2. Materie d'insegnamento differenti e specifiche
3. Valutazione del valore dei crediti nelle lauree specialistiche
4. Percorsi formativi specialistici in ambito medico qualificanti per la professione

**Commissione paritetica FEDERAZIONE –
UNIVERSITA' presso MIUR – MINISTERO SALUTE**



Le risorse

- Spending Review e conseguenze

- **Va da sé che il momento della Nazione sia difficile e precario.**
- Occorre pensare che in un *sistema complesso i rischi siano evitabili con la precauzione e con la comunicazione (gestione del rischio clinico).*
- **Non può sottovalutarsi che in un momento di carenti risorse si debbano fare sacrifici e che a farli siamo chiamati tutti**

Ergo

1. Le risposte alle pretese categoriali devono essere omogenee
2. La qualità deve essere sempre garantita anche se con sacrifici
3. Il momento difficile non consente stravolgimenti in ambito assistenziale



Una presa di posizione Federativa sull'Accordo SR con richiesta di uno sviluppo armonico (anche) della professione medica



La “simmetria in progress”

- Il sistema dello sviluppo armonico

Attivazione di un processo organico di sviluppo della professione medica articolato:

1. Sulla formazione specifica nel pre-laurea, post -laurea specializzazione in ottica europea
2. Sulla garanzia di acquisizione progressiva di nuove competenze e soprattutto di quelle mediche nel SSN
3. Sul percorso di laurea (no lauree professionalizzanti)
4. Sulla leadership e sull'indiscussa responsabilità del medico
5. Sulla definizione delle responsabilità non mediche e dell'articolato comportamentale con le PS
6. Sulla certezza delle nuove e superiori funzioni in rapporto all'indiscussa responsabilità

Prevista una commissione Federativa specifica e attivazione di un tavolo Federazione - Ministero della Salute



COME ARRIVARE ALLA SINTESI

CON RICERCA DEL
COMUN DENOMINATORE CONIUGATO CON:

- 1. REONSABILITA'**
- 2. PECULIARITA'**
- 3. RISPETTO DEI RUOLI E DELLE FUNZIONI**
- 4. EFFICACIA DEGLI INTERVENTI MODULATI SUI RISULTATI OGGETTIVI**



Il futuro della sanità va garantito e, ove possibile , anticipato incrementando i principi della collaborazione multidisciplinare nella formazione ai massimi livelli , sempre nel rispetto dei ruoli e delle competenze, pena la confusione, la lievitazione dei conflitti e *la spesa crescente ingiustificata.*



Mario Sironi, 1935 affresco l'Italia fra le arti e le scienze

Ho difatti interpretato l'invito odierno come un sereno contributo alla riflessione considerandolo, oggi, una necessità per il futuro della professione e ordinistico.



**"Colui che conosce gli altri è
sapiente;
colui che conosce se stesso è
illuminato.
Colui che vince un altro è
potente;
colui che vince se stesso è
superiore".**

Lao-Tzû





ULTERIORI ELEMENTI DI
RIFLESSIONE E DI GIUDIZIO IN FASE DI
DISCUSSIONE