

Un nuovo rapporto dinamico ed integrato tra professione medica e professione infermieristica

di Saverio Proia¹

E' previsto nei prossimi anni un calo fisiologico della presenza attiva dei medici nel mercato del lavoro sanitario, anche se la percentuale di medici attivi per abitante rimarrà nel nostro Paese rimarrà sempre più alta rispetto alla media europea.

Questo evento può essere l'occasione per dar corso ad un riordino epocale delle competenze professionali infatti l'attuale organizzazione del lavoro medico è stata condizionata negli ultimi trent'anni dalla presenza della cosiddetta pletora medica che ha esteso la competenza di questa professione ad atti che potrebbero essere svolti da altri professionisti della salute con minor formazione universitaria.

Inoltre, in molte segmenti e linee dell'organizzazione del lavoro, caratterizzate da una forte domanda di attività, come nell'emergenza ad esempio, i medici potrebbero essere coadiuvati se alcune loro attività potessero essere svolte da altri professionisti, allo scopo formati post-lauream, così come a questi stessi laureati sanitari, diversi dai medici, potrebbero essere affidati quei compiti o impropri o ripetitivi attualmente svolti dal laureato in medicina e chirurgia.

E' evidente che un siffatto processo di riorganizzazione ha come primo obiettivo e come primo effetto il rimettere al centro la funzione del medico che, sollevato da una serie di incombenze, potrà impegnarsi all'essenza stessa della sua professione ed al suo ruolo di governo e sintesi del processo clinico - assistenziale, corrispondente al decennale percorso formativo universitario ma anche all'attribuzione della qualifica dirigenziale per ogni medico dipendente del SSN.

Come è noto negli ultimi venti anni è stata avviata e realizzata una profonda riforma delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, e della prevenzione nonché della professione di ostetrica, sia nell'aspetto ordinamentale che in quello formativo, quale esigenza di adeguamento all'evoluzione scientifica e tecnologica della sanità, ai nuovi bisogni per una diversa organizzazione del lavoro e all'integrazione del nostro SSN nell'U.E.

Si tratta, infatti, di una scelta che ha anche radici extranazionali, dalle raccomandazioni in materia del Consiglio d'Europa alla constatazione che già altri Stati Europei ed Extraeuropei avevano da anni fatto propria quest'evoluzione con indubbie ricadute positive per i cittadini; fra l'altro proprio sulla necessità di adeguare le competenze della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie è in corso un confronto in sede OCSE, partendo da esperienze già consolidate di sistemi sanitari di altri Stati, in particolare quelli di cultura anglosassone, ma anche latina come la Spagna, prevedendo che, previa adeguata formazione propedeutica, l'infermiere possa svolgere funzioni sinora svolte da personale medico.

E' opportuno, richiamare il vigente regime normativo che ordina le professioni sanitarie che ha come fonte iniziale il D.lgs n. 502/92, che, nell'adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge n. 833/78, stabilì anche che era compito del Ministero della Salute, allora Sanità, l'individuazione e regolamentazione dei profili professionali dell'area sanitaria e trasferì la formazione infermieristica dalla sede regionale a quella universitaria, inserendola nella stessa Facoltà di Medicina e Chirurgia.

L'impianto normativo sopra descritto fu perfezionato successivamente dalla legge 26/02/1999 n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" la quale sancisce che la

¹ L'autore è Docente di Sociologia dell'Organizzazione Sanitaria presso la Facoltà di Medicina e Psicologia dell'Università degli Studi "La Sapienza" di Roma

denominazione “professione sanitaria ausiliaria” è abolita e sostituita dalla denominazione “professione sanitaria”; inoltre l’art. 1 di questa legge, al comma 2, così recita:

“Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali”.

Inoltre l’art. 1 della successiva legge di riforma quadro delle professioni sanitarie, n. 251/2000 che così recita per le professioni di infermiere e di ostetrica (concetti simili vengono espresse nei successivi articoli tre per le altre aree professionali):

“1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

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

3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per:

a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni;

b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata”

Per effetto di questo quadro normativo appena rassegnato è dato osservare che:

a) quella infermieristica, come gli altri 21 profili professionali, è 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;

b) l’oggetto della professione è costituito dalle “attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva” (art. 1, comma 1, l. n. 251/2000);

c) le funzioni proprie della professione sono definite “dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza” (art. 1, comma 1, l. 251/2000);

d) ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni “nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative”.

Appare, a tutta evidenza, come i criteri per la determinazione delle competenze proprie della professione infermieristica, ed in analogia delle altre professioni sanitarie, vengano sostanzialmente individuati:

- a) nel criterio guida - introdotto dall'art. 1, comma 1, l. n. 251/2000 - che preordina la professione allo svolgimento delle *“attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva”*;
- b) nei criteri limiti - previsti dall'art. 1 l. n. 42/1999 e dall'art. 1, comma 1, l. 251/2000 - costituiti dai profili professionali, dall'ordinamento universitario e formativo post-base e dai codici deontologici.

E' evidente che i criteri limiti di cui alla lett. b) configurino sostanzialmente una dinamicità *in progress* di attribuzione di competenze e funzioni secondo quanto già previsto o in futuro sarà stabilito dalle disposizioni, normative ed amministrative, preordinate a definire i profili professionali, gli ordinamenti universitari e formativi, le regole deontologiche.

Questo concetto è esaltato e rafforzato dalla portata della previsione dell'art. 1, comma 2, l. n. 251/2000 là dove attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, *“la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea”*.

Quanto sopra evidenzia che la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo della professione infermieristica e delle altre professioni sanitarie ad opera dell'attività, legislativa ed amministrativa, dello Stato e delle Regioni deve essere realizzata alla luce e nel rispetto:

- a) della competenza propria della professione, che si identifica con le *“attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva”* (art. 1, comma 1, l. n. 251/2000);
- b) dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative per la professione dell'infermiere.

Le professioni sanitarie pertanto non sono più configurate quali *“ancillari”* alla professione medica ed hanno visto riconosciuta la propria autonomia professionale, come una *“normale”* professione intellettuale.

Inoltre, la citata legge 42, all'art.1, stabilisce che quanto sopra si attui facendo salve, *“le competenze previste per le professioni mediche ... nel rispetto delle specifiche competenze professionali”*, che nell'ordinamento italiano sono individuate nel particolare sin dal Testo Unico delle Leggi Sanitarie, approvato con Regio Decreto 27/07/1934 n. 1265, il quale all'art. 100 prevede che l'esercizio della professione medica è consentito a chi è in possesso del titolo di abilitazione, senza ulteriori specificazioni.

Del resto lo stesso concetto di *“atto medico”* non è definito né previsto in nessuna norma giuridica, bensì è più un'espressione della comunità scientifica internazionale, secondo la quale ogni attività di diagnosi e cura della persona sia di competenza della professione medica.

Nel comune pensiero sembrerebbe ovvio e scontato che la attività di diagnosi e cura dell'individuo siano propri se non esclusivi della professione medica, mentre siano di competenza della professione infermieristica le funzioni assistenziali. Tuttavia, la complessità quotidiana del funzionamento degli ospedali e dei distretti sanitari - in particolare all'interno del sistema dell'emergenza e dell'urgenza sanitarie - porta a che sia l'agire professionale in integrazione, collaborazione e cooperazione tra medico ed infermiere alla base dell'organizzazione del lavoro.

E', quindi, compito dello Stato e delle Regioni con atti legislativi o regolamentari normare il

campo di attività esclusivo e quello concorrente di ciascun professionista.

Quanto sopra è stato rafforzato dalla riforma del Titolo V della Costituzione, laddove oltre a ribadire che l'organizzazione del lavoro in sanità è competenza esclusiva delle Regioni, si è affermato che sull'insieme della materia delle professioni, Stato e Regioni hanno competenza concorrente.

Sulla base di questa normativa è quindi possibile prevedere che alcune funzioni attualmente svolte da laureati in medicina e chirurgia possano essere svolte dagli altri laureati sanitari, senza svolgere esercizio abusivo della professione medica: valgano come esempi il parto naturale svolto alla presenza della sola ostetrica, alcune attività del Dipartimento di Prevenzione di un'ASL che potrebbero essere di competenza di un tecnico della prevenzione, così come le vaccinazioni potrebbero essere effettuate solo da un'assistente sanitario.....

Ma soprattutto in un nuovo rapporto dinamico ed integrato tra professione medica e professione infermieristica è il centro della nuova evoluzione ordinamentale ed organizzativa del SSN, prevedendo, ad esempio, che :

- la gestione dei controlli routinari degli stati cronici, di competenza di medici specialisti in quelle discipline, potrebbe anche essere svolta da infermieri opportunamente formati e che riferiscano al medico i soli casi di scostamento dalla normalità;
- nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria si può conferire all'infermiere una specifica competenza che, in particolari situazioni, può comportare sia l'effettuazione di atti assistenziali e curativi salvavita che esser in grado di dar corso ad un primo inquadramento diagnostico dell'individuo, a seguito di una specifica formazione e nel rispetto di protocolli operativi stabiliti dal personale medico;
- rivedendo l'organizzazione delle guardie notturne ospedaliere e delle sale operatorie alcune funzioni avanzate di affiancamento al dirigente medico potrebbero essere affidati ad infermieri con formazione a ciò finalizzata post-lauream;

Per arrivare a questi obiettivi vi è la necessità che si stabiliscano i percorsi e le modalità: è evidente che un'innovazione così profonda nell'organizzazione del lavoro e dei rapporti tra le professioni in sanità presuppone la comprensione, la partecipazione e l'augurabile condivisione dei soggetti professionali interessati ad iniziare dai medici, prevedendo specifici tavoli interprofessionali nazionali, regionali e, se del caso, anche aziendali per individuare e concertare le modalità attuative.

Gli strumenti operativi potrebbero essere individuati sia a livello nazionale che in ambito regionale attraverso l'individuazione di specifiche competenze ed attività di competenza medica che potrebbero essere, in casi determinati e determinabili, esercitate anche da altre professioni sanitarie, attraverso atti normativi certi (linee guida, allegati al PSN o al PSR, DGR, Accordi Stato-Regioni... e, ovviamente, leggi regionali e/o nazionali)

I suddetti strumenti operativi dovrebbero individuare quali funzioni possano essere svolte dal professionista della salute sulla base della sua attuale formazione di base e quali funzioni per le quali debba essere prevista una specifica formazione post base a ciò finalizzata ed abilitante; in questo quadro di concerto con il Ministero dell'Università può essere avviato un monitoraggio dei master universitari clinici di primo livello per verificarne la corrispondenza a tali nuove scelte programmatiche così come avviato un adeguamento alla finalizzazione ed alla spendibilità delle lauree magistrali delle professioni sanitarie infermieristiche - ostetriche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che non sia solo in ambito gestionale e didattico ma che sia anche professionale, clinico e nella ricerca.

