

Le attese dei professionisti della salute



di **Saverio Proia**

Ora che il nuovo Parlamento e il nuovo Governo sono operanti quali sono le attese maggiori da parte dei professionisti della salute e con essi delle lavoratrici e dei lavoratori del Servizio Sanitario Nazionale e per le quali si attendono risposte dalla Politica?

La nuova organizzazione del lavoro in una sanità plurale: un patto tra pari per attuarla.

E' cresciuta, anche se non in maniera omogenea, all'interno delle forze politiche la consapevolezza che la sanità sia un comparto complesso e complicato, costituito nella stragrande maggioranza da oltre trenta tipologie di laureati professionisti (medici, infermieri, fisioterapisti, tecnici sanitari etc), con un proprio specifico ed autonomo ambito professionale, quindi una sanità plurale nella quale non vi è una centralità esclusiva di una professione ed un ruolo ancillare di un'altra, bensì l'interdipendenza funzionale di una dall'altra e viceversa.

Per questo va dato atto al Ministero della Salute ed alle Regioni di aver ben interpretato questo fenomeno attivando il confronto e la partecipazione delle rappresentanze professionali, scientifiche e sindacali delle professioni sanitarie interessate, compresa quella medica (confronto che va ripreso ed esteso in particolare nei confronti dei sindacati della dirigenza medica e sanitaria), dando vita al "Tavolo tecnico per l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie e per l'introduzione delle specializzazioni".

Questo Tavolo tecnico ha prodotto, sinora, due proposte di intese fra loro complementari ed innovative che si fondano sul principio che l'evoluzione scientifica, tecnologica, formativa ed ordinamentale in atto all'interno del SSN fa sì che le attuali competenze delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione possano essere arricchite di competenze, anche di quelle che oggi vengono svolte dalle altre professioni sanitarie, in primis quelle mediche, senza che venga meno per quest'ultime la loro titolarità.

E' una posizione ormai condivisa dai più che, se attuata avvia la modifica dell'organizzazione del lavoro sanitario, in molte realtà ferma a modelli della legge Mariotti addirittura antecedenti alla legge 833/78, dando giustizia ed onore alle sperimentazioni in tal senso avviate positivamente da alcune Regioni.

E' evidente che motore principe di quest'innovazione è l'evoluzione dell'ospedale non più come strumento primo e principale per la tutela della salute ma che avvii e concluda la sua trasformazione interna nel modello per intensità di cure, come indicato nelle scelte ministeriali per i standards ospedalieri nonché nelle scelte programmatiche di

alcune Regioni, e la piena dignità di mezzi, risorse, personale e pari valenza strategica della sanità distrettuale e territoriale che sia in grado di dar vita realmente all'integrazione sociosanitaria.

E' una scelta organizzativa contenuta , con forza, anche nelle proposte di Accordo Stato - Regioni per l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie: infatti le due intese raggiunte per le professioni infermieristiche e per quella di tecnico sanitario di radiologia medica, fra l'altro complementari e non antitetiche, costituiscono certamente un evento positivo, se non storico, che può costituire il presupposto sul quale realizzare un nuovo rapporto, più avanzato ed adeguato all'evoluzione scientifica, tecnologica, formativa ed ordinamentale in corso in sanità, tra medici e gli infermieri e le altre professioni sanitarie e che quando saranno realizzate in ogni azienda sanitaria locale o ospedaliera porranno di nuovo come centrale per uscire dall'attuale crisi del SSN il fattore e la risorsa umana e professionale come il protagonista centrale ed indispensabile.

Se è vero come è vero che la nostra Costituzione afferma che siamo una Repubblica fondata sul lavoro, a maggior ragione l'attuazione dell'articolo 32 della medesima legge fondante le nostre Istituzioni al fine di realizzare il diritto alla salute, si basa essenzialmente sul sapere e l'agire delle lavoratrici e dei lavoratori che in sanità operano e dei quali medici e le altre professioni sanitarie costituiscono la stragrande maggioranza degli operatori.

L'intesa realizzata sulle professioni infermieristiche può costituire il metodo, generalizzabile salvaguardando con i necessari adattamenti le specificità di ogni professione sanitaria, con il quale possono essere individuate le nuove avanzate competenze attribuibili nello specifico anche alle professioni infermieristiche; metodo che ha come *conditio sine qua non* che le professioni interessate, per il tramite delle loro rappresentanze professionali, scientifiche e sindacali, realizzino l'intesa per individuare, concordandole, quali funzioni possano implementare le competenze e con quali protocolli e percorsi formativi, ovviamente rispondenti alle scelte adottate di programmazione sanitaria e sociosanitaria.

Una scelta così radicale tale da operare un'inversione di tendenza con preesistenti logiche di competenze non può che attuarsi per il tramite del convincimento, della condivisone e della concertazione tra le professioni interessate; è affidato alla politica ed all'amministrazione il compito non solo di dare gli indirizzi e le scelte programmatiche ma l'adozione degli atti conseguenti per la concretizzazione ed attuazione dell'intesa tra le professioni.

L'intesa realizzata sulla professione di tecnico sanitario di radiologia medica, invece, costituisce il metodo con cui dar vita al professionista specialista che l'articolo 6 della legge 43/06 ha individuato quale necessaria evoluzione ordinamentale che non sia solo gestionale ma che esalti l'aumento di competenze cioè l'alta professionalità.

Le aree di specializzazione individuate per ogni professione possono, con il concorso attivo dei soggetti interessati (rappresentanze professionali, scientifiche e sindacali, Regioni, Ministero della Salute e Ministero dell'Università), essere riempite sia di contenuti professionali per l'individuazione delle nuove competenze avanzate e specialistiche da attribuire e di quali master, indicando ordinamenti didattici omogenei a livello nazionale, siano necessari per accedere alla nuova posizione di professionista

specialista prevedendo il riconoscimento dei crediti formativi per i corsi regionali ed aziendali già svolti e per l'esperienza realizzata nel settore.

L'intesa realizzata nel Tavolo tecnico da tutta l'Area radiologica, nelle sue rappresentanze medica, fisica e tecnica, sulle nuove competenze del Tecnico sanitario di radiologia medica è stata giudicata esemplare ed il modello di riferimento per le altre professioni: si è dimostrato che le professioni interessate, da sole e senza interferenze esterne, possono accordarsi su come interpretare l'evoluzione formativa ed ordinamentale inserendola nell'evoluzione scientifica e tecnologica nonché dell'organizzazione del lavoro sanitario, offrendo alla politica, all'amministrazione ed al sindacato le proposte di soluzioni che nascono dalla convinzione, dal condivisione e dalla coinvolgimento dei professionisti interessati non da soluzioni prefabbricate e imposte dall'alto. L'area radiologica ha dimostrato concretamente che un patto nuovo tra professione medica e le altre professioni sanitarie per uscire positivamente dall'attuale crisi del SSN è possibile e che la valorizzazione di una professione sanitaria non è in contraddizione con la restituzione al medico del suo ruolo anzi è funzionale ad esso: si progredisce entrambi in una sanità che è plurale ove l'integrazione tra professioni è possibile in un progresso comune senza aggressioni e invasioni reciproche. Ora il Tavolo tecnico dovrà affrontare l'implementazione delle competenze e l'introduzione delle specializzazioni per le altre professioni sanitarie.

E' augurabile che si possa adottare lo stesso metodo riuscendo a vedere riuniti sullo stesso Tavolo le rappresentanze scientifiche e professionali della professione sanitaria interessata con quelle delle specializzazioni mediche interessate: sarà certamente un fatto positivo che aprirà una nuova stagione di rapporti positivi tra le professioni anche in questa area.

L'intesa sulle professioni infermieristiche prefigura la costituzione di un Osservatorio Nazionale presso il Ministero della Salute che avrà il compito di promuovere le buone pratiche al fine di promuovere in forma omogenea sul territorio nazionale l'innovazione sulla nuova organizzazione del lavoro che, recita l'accordo, avrà come prioritaria l'adesione di modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, ad iniziare dall'organizzazione dei presidi ospedalieri per intensità di cure e dai modelli per complessità assistenziale: questo Osservatorio potrebbe evolversi in un ambito istituzionale nel quale il SSN si avvalga del protagonismo positivo e del sapere delle professioni, tutte nessuna esclusa.

Le professioni sanitarie si attendono, ora che i presupposti sono stati posti nella forma e nella sostanza in modalità condivise, che i due primi accordi possano essere velocemente avviati alla loro definitiva approvazione per poter esplicitare al più presto e al massimo le loro potenzialità innovative e contemporaneamente possano attivarsi gli altri gruppi di lavoro, sempre del tavolo tecnico Ministero Salute – Regioni, per l'elaborazione delle proposte di implementazione delle competenze ed attivazione delle specializzazioni delle altre professioni sanitarie.

E' evidente che tutto ciò ha come conseguenza una rivisitazione, non in peius, anzi, del ruolo e della professione medica, la cui presenza attiva nel SSN sarà per effetto

della curva pensionistica, contratta di migliaia di professionisti; in siffatta riorganizzazione il medico potrà meglio organizzare il suo tempo di lavoro impegnandolo maggiormente sulla clinica, quindi nell'essenza propria della sua professione: è evidente che in questo quadro è necessario ripensare ed adeguare l'impianto contrattuale e la stessa carriera della dirigenza medica e sanitaria all'interno del SSN.

L'attuazione della legge 251/00: una necessità prioritaria per il sistema

Una così profonda riorganizzazione del lavoro in sanità presuppone come strategica ed indispensabile l'attuazione piena se non estensiva della potenzialità contenuta nella legge 251/00, ad iniziare dalla forte affermazione concreta che le aree di competenza delle professioni sanitarie infermieristiche, di ostetrica, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione nonché delle funzioni ad esse connesse, sono affidate alla diretta gestione delle professioni stesse anche attraverso l'istituzione di specifici servizi configurati quali unità organizzative autonome dirigenziali sotto la responsabilità di dirigenti espressione diretta di tale professioni, così come previsto anche dal vigente contratto nazionale della dirigenza sanitaria.

Quindi la valorizzazione del protagonismo di queste professioni, non in contrapposizione con le altre professioni, ad iniziare da quella medica, ma in stretta integrazione funzionale nel rispetto reciproco delle diverse competenze e dei diversi ambiti operativi tra loro interdipendenti: un altro tassello del patto tra pari per il rilancio del SSN.

Questa giusta scelta del legislatore che ha adeguato la nostra organizzazione sanitaria ai modelli più avanzati degli altri Stati dell'Unione Europea, ha, a tredici anni dalla sua approvazione, una realizzazione difforme sul territorio regionale, perlopiù diffusa nell'area infermieristica – ostetrica e meno nelle aree tecnico-sanitaria, della riabilitazione, della prevenzione e del servizio sociale professionale.

Questo è avvenuto per la palese incapacità nel comprendere che invece la responsabilizzazione nella diretta gestione da parte delle professioni sanitarie è una scelta di sistema anche in quelle regioni soggette ai piani di rientro; intuizione che, invece, ha avuto la nuova direzione del Policlinico Universitario Agostino Gemelli di Roma che ha invertito la tendenza assumendo recentemente un dirigente infermiere a tempo indeterminato e prevedendo altre dodici assunzioni di dirigenti delle professioni sia infermieristiche che delle altre aree, proprio nella fase di ristrutturazione dello stesso Ospedale e per gestirla anche con queste nuove risorse dirigenziali e professionali.

Se è vero che ciò è strategico e fondamentale per la difesa ed il rilancio del SSN, l'attuazione completa della legge 251/00 dovrebbe rientrare nelle priorità dell'agenda sanità di ogni formazione politica che si ponga al governo delle regioni e dello stato e lo stato dovrebbe riappropriarsi del potere che la stessa 251 dava ad esso e cioè l'emanazione di linee guida nazionali, d'intesa con la Conferenza stato regioni, che dettino norme per l'attuazione dei servizi autonomi delle professioni sanitarie e di assistente sociale.



Il secondo Governo Prodi, con la felice scelta del Comitato nazionale delle scienze infermieristiche e delle scienze ostetriche, aveva con il consenso e la partecipazione delle regioni, delle professioni e dei sindacati, elaborato una proposta di linee guida nazionali sia per la realizzazione dei servizi delle professioni sanitarie che per la stipula dei protocolli tra Regioni ed Università per la formazione delle professioni stesse; si potrebbe ripartire da lì.

Sarebbe, pertanto, quanto mai opportuno che il Ministero della Salute si riappropri della funzione di indirizzo e programmazione nell'attuazione della legge 251/00 che la stessa legge solennemente gli conferisce, ripartendo, è augurabile, dall'elaborazioni prodotte dal Comitato nazionale delle scienze infermieristiche e delle scienze ostetriche, con i necessari adattamenti.

Rilanciare il ruolo dello Stato nelle professioni sanitarie

Collegato alla funzione dello Stato nell'attuazione della legge 251/00, l'esperienza insegna che si dovrebbe rivedere le procedure previste dalla legge 43/06 in materia di individuazione ed attuazione di nuovi profili professionali sia quelli ascrivibili alle professioni sanitarie che quelli di interesse sanitario e sociosanitario: vi sono profili proposti dal Ministero della Salute, come l'ottico optometrista e l'odontotecnico, sin da quando era Ministro il prof. Veronesi e puntualmente riproposti dai suoi successori, che non possono vedere la luce per la contrarietà di una o due Regioni o Provincia autonoma.

Altrettanto negativa è l'esperienza attuale dei profili d'interesse sanitario, quali l'assistente di studio odontoiatrico e l'autista soccorritore, proposti dal Ministero della Salute con la condivisione convinta di tutte le rappresentanze professionali e sindacali dell'area odontoiatrica come di quella dell'emergenza, che da anni sono all'esame delle Regioni.

E' evidente che una modalità siffatta non regge più e sia utile e necessario studiare e proporre una nuova che, come sancisce la Corte Costituzionale, dia il giusto peso allo Stato e nel caso specifico al Ministero della Salute nell'individuare e proporre nuovi profili in sanità (o rivedendo gli attuali) ricercando , però, obbligatoriamente il consenso delle Regioni a larga maggioranza, ma non obbligatoriamente all'unanimità, attraverso un processo amministrativo e politico che abbia tempi certi, se, come è vero, che siano rispondenti alla riforma ed all'evoluzione dell'organizzazione del lavoro in sanità.

La questione ordinistica: l'eterna incompiuta non più rinviabile

La questione ordinistica nell'attuazione delle riforma delle professioni sanitarie rimane, colpevolmente, l'eterna incompiuta nonostante i grandi progressi formativi ed ordinamentali conquistati e realizzati.

Il Ministero della Salute aveva proposto in sede di approvazione dell'allora A.S. 2935 una proposta di emendamento cha, a mio giudizio, da li si debba ripartire per le

seguenti considerazioni positive:

- È un atto complessivo che riguarda tutte le professioni sanitarie previste dal Testo Unico, dal medico al tecnico della prevenzione, nonché le new entry, psicologi e biologi: per la prima volta si archivia la legislazione speciale per gli infermieri e le altre professioni e li si normano unitariamente con medici, farmacisti, veterinari ed odontoiatri;
- Si elevano, finalmente e tardivamente, i collegi in ordini: nell'immaginario collettivo il collegio è per i diplomati, l'ordine è per i laureati;
- Non si creano altri ordini, bensì si istituiscono gli albi per le 17 professioni attualmente sprovviste di tutela ordinistica, che saranno tenuti dal nuovo Ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione (comprendendo in quest'ordine anche l'albo degli assistenti sanitari).

Al posto di tanti ordini, più o meno piccoli, si creerebbe una nuova istituzione professionale plurale, con le garanzie interne per ogni professione, in grado non solo di semplificare il quadro ordinistico ma di arricchirlo con un nuovo soggetto che possa realmente essere autorevole e rappresentativo.

C'è necessità di altre risposte quali una risposta adeguata dello Stato e delle Regioni alla questione della responsabilità professionale e della sua tutela assicurativa, nuove soluzioni di ingresso nel mercato del lavoro per quei, tanti, medici sinora esclusi dall'accesso alle specializzazioni, la valorizzazione del ruolo degli operatori sociosanitari e l'attuazione del principio che debbano esser formati dalle strutture formative delle Aziende Sanitarie, la pari dignità dei docenti dipendenti del SSN con quelli dipendenti dagli Atenei nei corsi di studio universitari delle professioni sanitarie.....problemi le cui soluzioni sono affidate al nuovo Esecutivo ed al nuovo Parlamento.

Affrontare e risolvere i problemi vecchi e nuovi della professione medica e delle altre professioni sanitarie costituisce un contributo concreto e strategico per risolvere la crisi del nostro Servizio Sanitario Nazionale, che, nonostante i limiti e le critiche, rimane la più grande scelta e conquista di civiltà del nostro Stato.

Saverio Proia



