Competenze infermieristiche

Per la dirigenza non è materia da Stato-Regioni

I Sindacati della dirigenza, all'indomani dell'incontro con il Sottosegretario Fadda della scorsa settimana, hanno respinto al mittente l'ipotesi di riforma delle competenze infermieristiche contenuta nella Bozza Stato-Regioni ritenuta forma insufficiente per metter mano a una materia così delicata

La bozza in oggetto e più in generale i percorsi delle nuove professioni sanitarie, che interessano circa 30 profili professionali, rappresentano una questione di estrema rilevanza, che si vorrebbe risolvere, non attraverso trasparenti percorsi legislativi, ma con semplici deliberati della Conferenza Stato-Regioni. Attraverso i quali le Regioni potrebbero utilizzare personale tecnico ed infermieristico per compiti fino ad ora affidati ai medici, o ai dirigenti sanitari, con l' obiettivo di ridurre i costi, trasferendo segmenti di attività da un fattore ad "alto costo" ad uno "a basso costo". Condizione questa da supportare con chiare norme nazionali, fondate sulla formazione e sulle competenze professionali acquisite e riconosciute. Mentre, la bozza in oggetto frantuma assetti ordinamentali concedendo la possibilità ad ogni Regione di disegnare proprie competenze professionali e profili di responsabilità che devono, invece, avere carattere unitario.

La sostanza è stata via via resa sempre meno esplicita, anche per superare alcune resistenze delle stesse rappresentanze infermieristiche, a diversi livelli coinvolte, al fine di allontanare ogni recriminazione in merito ad un surrettizio sospetto di riesumazione del famigerato "mansionario", nel mentre i nuovi percorsi formativi infermieristici, nonché le organizzazioni del loro lavoro, quando non multi-professionali, abbondano di "job description".

La combinazione di tali impostazioni rischia concretamente, in primo luogo, di creare confuse sovrapposizioni di competenze, oltre che di responsabilità, mediche e non mediche, il che rende ragione di una diretta chiamata in causa dei medici, che più d'uno ha tentato esplicitamente di delegittimare. L'autonomia professionale è un valore, ma le persone non possono essere "spacchettate" in un piano clinico ed uno assistenziale che vanno ciascuno per conto loro e dove esse diventano di tutti e di nessuno.

Né può essere considerato marginale il ruolo assegnato alla Università di gestione monopolistica della formazione professionale del personale del Ssn, malgrado essa abbia prodotto quella "vera emergenza nazionale" che è la formazione del Medico, senza nemmeno una verifica della adeguatezza della offerta formativa disponibile. Rinunciando, in partenza, a valorizzare le esperienze professionalizzanti acquisite sul campo, come pure recentemente è stato fatto in ambito di cure palliative.

Norme chiare ed uniformi su tutto il territorio nazionale sono soprattutto a tutela della salute dei pazienti e le nuove competenze non possono degenerare in un'anarchia di responsabilità. In ogni caso, la centralità del ruolo del medico nella diagnosi e terapia non può essere messa in discussione, perché deriva dal suo percorso di studi, intenso e almeno tre volte più lungo di qualsiasi altra figura professionale sanitaria.

Le intese a valenza locale sottraggono ruolo allo stesso Ministero della Salute, relegato in un pallido Osservatorio, e producono nuove diseguaglianze nella sanità italiana, dando spazio a rivendicazioni di autonomia nella diagnosi, nella certificazione, nella gestione di unità operative ospedaliere e territoriali che portano frammentazioni di poteri e centri decisionali, con iniquità nella tutela universalistica della salute, la cui garanzia è sempre più limitata da politiche regionali sempre più diversificate. Ma, un processo clinico non può essere considerato semplice sommatoria di atti professionali, espressione di differenti competenze, senza che si individui in maniera esplicita una responsabilità unita-

La proprietà intellettuale è riconducibile alla fonte specificata in testa alla pagina. Il ritaglio stampa è da intendersi per uso privato

ria ed un ruolo di governo e sintesi, ferma restando, ovviamente, la responsabilità di ognuno sui singoli atti, da esercitare in caso di conflitti tra le diverse autonomie. Nella clinica, le competenze mediche non possono subire inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, tantomeno senza esplicitare "erga omnes" le ripercussioni delle scelte adottate sull'efficacia e sulla sicurezza delle cure.
Alle rivendicazioni di autonomia infermieristica nella diagnosi, nella terapia, nella certificazione, si sono aggiunte ulteriori spinte verso l'autonomia nella gestione di Unità Operative Sanitarie Ospedaliere e Territoriali, che mirano ad abbandonare l'assistenza alla persona per transitare, di fatto, dal ruolo assistenziale a quello gestionale. È evidente, a chiunque abbia una minima esperienza di organizzazione sanitaria, che in questa prospettiva l'ampliamento di competenze professionali di molti prepari la implementazione di competenze gestionali, specie apicali, per pochi.

Riferimenti normativi

È innegabile che tutti i passaggi che hanno comportato le trasformazioni della figura professionale dell'infermiere siano sempre avvenuti per disposizione di legge. E non poteva essere altrimenti, proprio per il fatto che la salute è un diritto fondamentale dell'individuo sancito e garantito dalla Costituzione per cui le condizioni definitorie della tutela della salute devono essere stabilite dalla legge, sia perché devono corrispondere al punto di vista di tutti i cittadini, rappresentati dal Parlamento, sia perché devono essere uguali in tutto il territorio nazionale. Riteniamo che queste esigenze non possano essere demandate neppure ad un decreto del Ministro della salute, in assenza di una delega legislativa, perché non rappresenta la maggioranza dei cittadini. Inoltre, non dobbiamo dimenticare le ricadute sul sistema della formazione del personale sanitario che sono di competenza del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, e che devono essere previste per legge uguali in tutto il territorio nazionale.
Esistono, inoltre, fondati motivi per ritenere che lo strumento cui Stato e Regioni intendono fare ricorso non si inquadri nelle disposizioni della Legge 1 febbraio 2006, n. 43, che fissa i principi generali che disciplinano la materia senza contemplare criteri e modalità per inserire in una professione competenze che in concreto configurano surrettiziamente veri e propri nuovi profili. I quali si vorrebbe assegnare "de facto" prima di una loro configurazione "de iure". L'art. 7 al comma 1, in linea generale, stabilisce che alle professioni sanitarie già riconosciute continuano ad applicarsi le disposizioni contenute nelle rispettive fonti di riconoscimento, costituite per gli infermieri dal D.M. n.739/1994, tutt'ora in vigore. Mentre il comma 2 prevede che, previa acquisizione del parere degli ordini delle professioni interessate, si può procedere ad "integrazioni delle professioni" riconosciute dall'art. 6, c. 3, del D.Lgs n.502/1992. Sembra azzardato, però, ritenere che l'espressione "….si può procedere ad integrazioni delle professioni riconosciute..." _riguardi l'implementazione e lo sviluppo delle competenze delle singole professioni. Se così fosse, ci potremmo trovare nel tempo di fronte ad una completa trasformazione di una professione rispetto alle disposizioni contenute nelle proprie originarie fonti di riconoscimento, le quali costituiscono l'imprescindibile vincolo di ciascuna, in virtù dell'art. 7, c. 1, della stessa legge. Se si vuole dare, pertanto, un senso alla locuzione "integrazioni" dovremmo pensare ad una mera operazione dichiarativa, non costitutiva, quindi, di nuovi effetti giuridici, finalizzata a meglio chiarire alcuni aspetti dell'esercizio e degli ambiti della professione.
Non va trascurata anche la previsione della "previa acquisizione del parere degli ordini professionali delle professioni interessate" che, a legislazione vigente, a stretto rigore andrebbe interpretata nel senso di acquisire il parere di tutti gli Ordini già istituiti, i quali rappresentano i professionisti operanti nella stessa area sanitaria. Il fine è contemperare gli interessi di coloro che concorrono all'attività sanitaria, interessi che trovano già una loro specifica salvaguardia nell'art. 1 della Legge n. 42/1999: "…omissis...il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art. 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (tra le quali è compresa la professione infermieristica) "è determinato dai

La proprietà intellettuale è riconducibile alla fonte specificata in testa alla pagina. Il ritaglio stampa è da intendersi per uso privato

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". Pertanto, nonostante l'innegabile processo di "professionalizzazione" e "specializzazione" dell'attività infermieristica, il "campo di attività" in cui possono operare gli infermieri è quello determinato in positivo dal contenuto del decreto ministeriale di riconoscimento (D.M. n. 739 del 1994), e in negativo dalla necessità di "far salve" le competenze previste per le professioni mediche. Da questo doppio limite emerge che, nell'attuale sistema normativo, è sicuramente presente un nucleo irriducibile di competenze riservate alla professione medica che debbono essere individuate nelle attività di diagnosi e di prescrizione terapeutica.

Anche dopo la modifica del capo V della Costituzione, il d. lgs. n. 30 del 2006, nell'effettuare la "ricognizione dei princìpi fondamentali in materia di professioni", cui le Regioni devono attenersi, ha stabilito che "la potestà legislativa regionale si esercita sulle professioni individuate e definite dalla normativa statale" (art. 1, terzo comma) e che spetta allo Stato definire "i requisiti tecnico-professionali e i titoli professionali necessari per l'esercizio delle attività professionali che richiedono una specifica preparazione a garanzia di interessi pubblici generali la cui tutela compete allo Stato" (art. 4, secondo comma), come appunto le professioni sanitarie in relazione al diritto alla salute costituzionalmente tutelato.

La forzatura, infine, su un modello organizzativo privo di evidenze sufficienti quale è l'ospe0dale per intensità di cura, frantuma anche i luoghi fisici delle unità operative per porre il processo assistenziale come elemento fondante di una nuova organizzazione ospedaliera. Si rischia di affermare un'autonomia professionale attraverso una separazione tra processo clinico e processo assistenziale le cui modalità rimangono difficili da individuare. Ma, anche in questo caso la legge (D.Lgs 502/1992 all'articolo 17 bis) dispone che "L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie" e che "Il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento".

Conclusioni

Con i nuovi modelli di organizzazione ospedaliera la probabilità di sovrapposizioni giuridico-istituzionali e gestionali è sempre più elevata, a dispetto del fatto che il D.Lgs 502/1992, come integrato dalla Legge 229/1999, all'art. 15 comma 6, sia estremamente chiaro nell'attribuire "Ai dirigenti con

Primo Piano

La proprietà intellettuale è riconducibile alla fonte specificata in testa alla pagina. Il ritaglio stampa è da intendersi per uso privato

incarico di direzione di struttura complessa …., oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi,.... anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa, e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella struttura loro affidata. Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse." D'altro campo, di fatto, oggi gli unici esposti a rischi elevati sotto il profilo della responsabilità personale e professionale, chiamati a rispondere sempre in prima persona di qualunque criticità assistenziale, sono i Medici.

Obbligo di chi governa è proporre soluzioni attente all'efficacia ed alla sicurezza delle prestazioni sanitarie erogate, in una strategia coordinata ed una sinergia integrativa rispettosa di tutte le professioni, compresa quella medica, garantita e resa specifica dallo Stato a tutela dei Cittadini. L'implementazione delle competenze delle altre professioni sanitarie, così come l'introduzione di nuovi modelli organizzativi, necessita, nel rispetto della legislazione concorrente, di strumenti e di soluzioni condivise da tutti gli operatori e senza dubbi sulla loro legittimità.

Non è tempo di conflitti o di crociate, essendo tutti i professionisti sanitari impegnati in prima linea nello stesso campo d'azione; per cui occorre ricercare la cooperazione, piuttosto che la competizione, nel raggiungimento di obiettivi comuni.

Sia ben chiaro, infine, che nessuno vuole impedire agli Infermieri di realizzare legittime aspirazioni di crescita professionale, per cui le sottoscritte OO.SS. sono, comunque, interessate a proposte di relazioni tra le professioni sanitarie funzionali a modelli di organizzazione del lavoro che siano rispettosi delle competenze delle categorie interessate, all'interno del tessuto unitario del servizio sanitario nazionale. A dimostrazione che la collaborazione multi-professionale in Sanità possa realizzarsi, recentemente tra Medici (Radiologi) e altri Professionisti (TSRM e Fisici), con il fattivo impegno del Ministero della Salute, senza contrapposizioni né tantomeno guerre è stato raggiunto un accordo, attraverso regole di sistema, chiare, dove le parole "diagnosi" e "prescrizione" sono attribuite con precisione alla competenza dei medici Radiologi. Una precisione che invece manca completamente nei documenti elaborati anche quando si parla di terapia e di certificazione.

Per i motivi esposti, le sottoscritte organizzazioni sindacali non ritengono di poter condividere la "Bozza di accordo ai sensi dell'art. 4 del D.Lgs. 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo e le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano, recante ridefinizione implementazione e approfondimento delle competenze e delle responsabilità professionali dell'infermiere e dell'infermiere pediatrico".

Costantino Troise
ANAAO ASSOMED
Riccardo Cassi
CIMO-ASMD
Alessandro Vergallo
AAROI-EMAC
Aldo Grasselli
FVM
Francesco Lucà

La proprietà intellettuale è riconducibile alla fonte specificata in testa alla pagina. Il ritaglio stampa è da intendersi per uso privato

FASSID
Biagio Papotto
CISL MEDICI
Carmine Gigli
FESMED
Raffaele Perrone Donnorso
ANPO-ASCOTI-FIALS MEDICI
Antonio Castorina SINAFO
Mario Sellini AUPI

La proprietà intellettuale è riconducibile alla fonte specificata in testa alla pagina. Il ritaglio stampa è da intendersi per uso privato

La proprietà intellettuale è riconducibile alla fonte specificata in testa alla pagina. Il ritaglio stampa è da intendersi per uso privato