

Le professioni sanitarie tra dominanza medica e condivisione dell'assistenza

Nella vita umana pochi cambiamenti sono stati così profondi come quelli prodotti dalle scienze biomediche e dalla pratica della medicina. Nel 1997 viene pubblicato il rapporto dello Hastings Center con la prefazione di Daniel Callahan su *"Gli scopi della medicina: nuove priorità. Il lavoro è veramente stimolante, e offre lo spunto per riflessioni sulla medicina, sul suo ruolo e sul rapporto tra medicina e società. L'Autore non nasconde le difficoltà nell'affrontare temi di tale portata già a partire dalla definizione. La medicina, nella sua accezione corrente, può essere definita come "l'arte e la scienza della diagnosi e del trattamento della malattia, nonché del mantenimento della salute"*.

Ovviamente questa definizione convenzionale non coglie tutta la ricchezza e la pluralità di dimensioni della medicina così come l'attività sanitaria comprende il lavoro di molte persone e di molte professionalità e non solo quello dei medici. Per meglio comprendere come le professioni legate al settore si siano evolute negli ultimi decenni si può assumere, a scopo esplicativo, il percorso svolto dai professionisti che da sempre collaborano con i medici per il raggiungimento degli scopi della medicina: gli infermieri.

Nel 1955 nascono i Collegi delle infermiere professionali, vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitarie vigilatrici (mentre pochi anni prima erano stati ripristinati gli Ordini dei medici chirurghi, dei farmacisti e dei veterinari ed erano stati istituiti i Collegi delle osteriche).

Bisogna attendere il 1971 (legge n.124/1971) perché l'esercizio della

professione infermieristica venga esteso agli uomini (i quali peraltro potevano svolgere il lavoro di *"infermiere generico"*). La professione fino a quel momento era stata esclusivo appannaggio delle donne (col modello ideale di Florence Nightingale) e la attività svolta era vista come *"ausiliaria"* e *"vocazionale"*; infatti per molto tempo fu appannaggio in gran parte delle religiose. Nel 1973 (legge n. 795/1973) l'Italia recepisce l'accordo europeo sull'istruzione e la formazione degli infermieri professionali. La durata degli studi passa da due a tre anni e consente agli infermieri di lavorare negli stati europei firmatari dell'accordo. Nel 1974 il cosiddetto mansionario, modifica le precedenti norme della professione risalenti al 1940. Nel 1978 nasce il Servizio Sanitario Nazionale. La legge 833, approvata da una maggioranza parlamentare quasi plebiscitaria, tende a stabilire un approccio diverso con l'assistito, visto non come un malato con problemi clinici ma come una persona che esprime bisogni fisici, psichici e sociali. In questa logica diventano fondamentali gli aspetti relazionali della professione infermieristica che viene ulteriormente valorizzata nelle sue funzioni. Questo cambiamento di fatto già implicito nella terminologia usata nella estensione della legge: scompaiono i termini *"eseguire"* e *"dipendere"* mentre incontriamo *"programmare"*, *"promuovere... iniziative"*, *"coordinare"* ecc. L'infermiere acquista una certa autonomia operativa e precise responsabilità relative alle attività individuate dal legislatore come specifiche. Nel 1992 arriva l'Università: circa 1000 studenti inizieranno a studiare in 15 atenei italiani per conseguire il Diploma universitario per infermiere. Nel 1994 gli infermieri hanno un nuovo profilo: il DM 739/94

TRATTO DA:
TOSCANA MEDICA

N. 2 Febbraio 2007

Pubblicato con il consenso dell'autore

riconosce l'infermiere quale responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo, le cinque aree della formazione specialistica (sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica). Il profilo disegnato dal decreto è quello di *un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile*. Un processo analogo seguiranno anche tutte le altre professioni sanitarie, e verrà sancito ulteriormente da una legge del 1999 che cancella la definizione di **"professione sanitaria ausiliaria"**. Siamo ormai alla cronaca: nel 2000 la legge n. 251 stabilisce che gli infermieri possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze Infermieristiche ed in tal modo si aprono le porte contrattuali per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario. Nel 2001 (DL 402/2001) viene riconosciuta la possibilità di svolgere attività libero professionale; nel 2004, in 15 atenei italiani, partono le Lauree specialistiche.

I medici da sempre sono stati (o forse ritenevano e mostravano di essere) l'unica classe professionale presente in sanità assumendo come propri i caratteri peculiari della professione: autonomia, professionalità e responsabilità. È molto indicativo che il significato di autonomia venga legato a quello di responsabilità in un dualismo che sottende come non ci si possa dichiarare autonomi se, contestualmente, non si accetti la condizione di dover rispondere del proprio operato e viceversa non si può essere responsabili se non si può esercitare con autonomia il proprio potere decisionale. Questo è in realtà il vero processo di trasformazione che ha coinvolto tutte le professioni sanitarie: ormai tutti i professionisti della sanità sono laureati e, come tali, svolgono compiti, non hanno più (da molto tempo) mansioni. Pertanto sono tutti pienamente responsabili del proprio agire. Allora è tutto semplice? Cosa accade nel quotidiano? Quali

rapporti ci sono attualmente tra le professioni? Quali i limiti delle competenze delle singole professioni? I medici hanno *"paura"* della crescita delle professioni sanitarie?

Non è facile né scontato dare risposte, tantomeno di carattere generale. Il percorso (volutamente) dettagliato descritto per la professione infermieristica che, simmetricamente, può considerarsi simile per le altre professioni sanitarie, può aiutarci a comprendere quale è la situazione attuale nell'ambito dei rapporti tra le professioni ed i professionisti della sanità in generale e con i medici in particolare.

Negli ultimi decenni, a fronte degli indubbi progressi delle scienze biomediche, i medici, mentre si sono preoccupati giustamente di seguire e percorrere l'evoluzione scientifica della professione ottenendo indubbi successi, sono stati meno attenti a quanto stava accadendo intorno, specie per quanto riguardava i cambiamenti di carattere culturale e sociale. Sono accresciute enormemente le aspettative per una medicina più *"sicura"*, *"accogliente"*, in grado di *"ascoltare"* le richieste dei cittadini.

I collaboratori (termine ormai obsoleto) di sempre, in particolare gli infermieri, hanno incrementato la preparazione scolastica (fino ad arrivare agli attuali corsi universitari) e le conseguenti competenze fino a raggiungere livelli inimmaginabili solo 15 anni fa.

È stato un ricambio generazionale che ha qualcosa di *"rivoluzionario"* e non certo per l'aspetto anagrafico. Forse per troppo tempo a qualcuno ha fatto anche *"comodo"* avere intorno figure professionali poco *"evolute"*; non sono mancate le doglianze ma tutto sommato... andava bene così: professionisti (anzi non erano considerati tali) *"ausiliari"* del medico, non della medicina, esecutori più o meno silenziosi di decisioni altrui.

Oggi, come tutti sappiamo, il quadro è profondamente cambiato e, a mio parere, è destinato ad evolvere in maniera ancora più netta nei prossimi 10 anni.

Le nuove generazioni hanno acquisito e stanno acquisendo sempre più non

solo professionalità, che ormai lambisce ed in molti casi sconfina nei terreni delle pratiche tradizionalmente svolte dai medici, ma soprattutto la consapevolezza e l'autorevolezza del loro ruolo accompagnate dall'entusiasmo di chi sa o percepisce di avere avanti a sé nuove ed interessanti prospettive.

Ciò che ancora non appare completamente chiaro, anche da un punto di vista della giurisprudenza, è la frontiera, se esiste, della autonomia con il conseguente corredo di responsabilità. E su questo punto il terreno rischia di diventare molto scivoloso. Perlomeno per due ragioni.

In primo luogo perché si sta (forse troppo) allargando quell'area di confine (fra la professione medica e le altre professioni sanitarie) che definisce le competenze con tutte le conseguenze immaginabili: recentemente ho appreso, per esempio, che si sta creando una *"corrente di pensiero"* favorevole all'utilizzo della ecografia (per screening e monitoraggio del parto) ad opera delle ostetriche, col risultato di vedere *"sottratte"* altre competenze da sempre appannaggio della professione medica. Per contro negli Stati Uniti la figura del *"tecnico ecografista"* è una realtà già da molto tempo.

Naturalmente con esempi di questo tipo potremmo fare una lunga elencazione che interessa, più o meno, tutte le aree specialistiche fino a sconfinare potenzialmente, secondo alcuni, in un vero e proprio *"esercizio abusivo della professione medica"* che rischia - sotto il silenzio di tutti - di essere accettato passivamente dalla società.

Il secondo non meno importante aspetto riguarda l'area della competenza decisionale con la responsabilità (deontologica, civile e penale) che ne consegue.

In altri termini la mancanza di chiarezza sui *"confini"* dei compiti e delle competenze specifiche delle varie professioni rischia da una parte un conflitto di attribuzioni e di competenze e dall'altra un *"pericolo di abbandono"* del paziente, ciascuno ritenendo essere *"compito"* dell'altro provvedere a quella determinata funzione.

Come uscirne? Io credo che c'è biso-

gno, non certo per esterofilia, di volgere lo sguardo all'esperienza del mondo anglosassone. In quelle realtà, forse anche per un diverso rapporto numerico fra i medici e gli esercenti le altre professioni sanitarie (oltre che per un diverso percorso di studi che da tempo ha interessato tali professioni), le relazioni ed i compiti fra i vari attori del sistema sono meglio identificate e definite e pertanto potenzialmente ridotti gli ambiti di "conflitto" con una sinergia che ai nostri occhi può apparire stupefacente.

In un reparto ospedaliero tipo, vi sono pochissimi medici, i quali perlopiù si dedicano ad attività di tipo specialistico mentre la massima parte della assistenza e della cura, anche molto qualificata, viene svolta dal personale infermieristico e tecnico che in un certo qual modo, finisce per essere l'interlocutore privilegiato dell'ammalato per tutto quanto non riguarda strettamente la prestazione medico-specialistica. Non vi è di fatto una "appropriazione indebita" di competenze mediche ma una sorta di "cessione concordata" forse anche perché i diversi rapporti di forza numerica non consentirebbero ai medici, quand'anche lo volessero, di occuparsi di tutto. Vi sono poi alcuni settori specifici in cui il professionista infermiere è abilitato a fare diagnosi: penso ai *fast track* presenti nei dipartimenti di emergenza (per le patologie a bassa priorità) dove il cittadino trova come interlocutore soltanto l'infermiere che non solo "fa diagnosi" ma addirittura "prescrive" una terapia. Restando alla nostra esperienza basti pensare alla elevata competenza raggiunta dagli infermieri che lavorano nei servizi di emergenza, sia in centrale operativa o in ambulanza infermizzata, con la possibilità di mettere in atto manovre salva vita e tecniche rianimatorie. Pensando al territorio mi sovviene la figura, da più parti auspicata, dell'infermiere "di famiglia", un professionista che dovrebbe occuparsi di parte della assistenza domiciliare anche in ragione del processo sempre più spinto di deospedalizzazione. E che dire del processo di riorganizzazione degli ospedali "per

intensità di assistenza e cura"; in tale contesto la professione infermieristica dovrà trovare il suo completo sviluppo assumendo la piena competenza nella gestione dei posti letto, dell'assistenza alla persona, della chiamata dalle liste di attesa, della "referenza" sul paziente. Anche in questi casi solo una evoluta integrazione fra i professionisti della salute, medici e infermieri, consente ai primi di indirizzarsi e dedicarsi soprattutto agli aspetti più avanzati delle scienze mediche avendo in cambio la certezza di potersi avvalere dell'opera sinergica di professionisti infermieri che potranno assolvere autonomamente, forti della loro professionalità, ruoli e compiti sempre più strategici per la salute dei cittadini.

Un terreno di incontro quindi che veda la trasformazione della zona grigia (in cui apparentemente i medici rischiano di "perdere" qualche pezzetto di professione) in una zona virtuosa di integrazione e di crescita che, in definitiva giova alla stessa professione medica.

Un viaggio di crescita ed integrazione da fare insieme, per assolvere al comune obiettivo di aiutare la medicina ad assolvere degnamente ai suoi compiti e accompagnare solidamente i cittadini nel loro percorso di cura.

Una sfida per tutti i professionisti della salute a migliorarsi per assolvere con pienezza al Giuramento di Ippocrate.

TM

6° CONVEGNO NAZIONALE
in forma dibattimentale sulle responsabilità professionali condivise

IL MEDICO E L'INFERMIERE A GIUDIZIO

8 crediti ECM per medici e infermieri

31 MAGGIO - 1 GIUGNO 2007

FIRENZE, PALAZZO DEI CONGRESSI

Con il patrocinio
dell'Ordine dei Medici
e del Collegio IPASVI di Firenze

Convegno promosso e organizzato da:



Mc Graw Hill Companies

Segreteria organizzativa

LAURI Edizioni - Via Dell'assunta 17
20141 Milano
tel. 02 5398509 - fax 02 531067
info@lauriedizioni.com
www.lauriedizioni.com

QUOTE DI PARTECIPAZIONE (barrare la casella)
fino al 7/5/07 dal 8 al 26/5/07

STANDARD	€ 174,00	€ 210,00
ONLINE*	€ 144,00	€ 180,00
FIRENZE**1	€ 156,00	€ 192,00
FIRENZE**2	€ 132,00	€ 168,00
SEDE CONGRESSUALE (dal 27 al 31/5/07)	€ 264,00	

*Quota riservata per preiscrizione effettuata da:
www.lauriedizioni.com

**Quota riservata agli iscritti Ordine Medici/Collegio IPASVI di Firenze;

1 = iscrizione standard (via fax) - 2 = iscrizione online
La quota di partecipazione al convegno, per gli iscritti Aniarti 2007 sarà riservata come Firenze 1 e 2.