

INTERVENTO DI

FRANCESCO SAVERIO PROIA

(Dirigente Direzione Generale Professioni Sanitarie del Ministero della Salute)

LE PROFESSIONI SANITARIE DEL FUTURO : UN PATTO PER SALVARE LA PIU' GRANDE CONQUISTA DI CIVILTA' DEL NOSTRO PAESE, IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE PUBBLICO, UNIVERSALE E SOLIDARISTICO

Il dibattito in corso sullo stato del Servizio Sanitario Nazionale fa emergere la necessità che si possa realizzare un nuovo protagonismo attivo dei medici, degli infermieri, delle altre professioni sanitarie e di tutto il personale della stessa intensità che si ebbe nel periodo nella quale fu varata la legge di riforma sanitaria.

Oltre trent'anni fa le lavoratrici ed i lavoratori degli enti mutualistici, degli enti ospedalieri, dei manicomi...lottarono, caso unico nel nostro Paese, per chiudere i loro enti, abbandonando la sicurezza di posti di lavoro e carriere sicuri per costruire, con molta generosità ed entusiasmo il nuovo futuro delle Unità sanitarie locali: a trent'anni da quell'entusiasmante "guerra di movimento" siamo di fronte alla necessità di dar vita ad una "guerra di posizione" nella quale ritrovare le ragioni e le motivazioni del consolidamento, la difesa, l'estensione della natura pubblica, universale e solidaristico del nostro SSN, che, nonostante limiti e errori, rimane uno delle più avanzate conquiste di civiltà del nostro Stato e delle nostre Regioni.

C'è quindi la necessità di costruire un nuovo patto tra medici, professioni della salute, cittadini e politica che sia in grado di dar vita ad un nuovo e più consapevole protagonismo che coniughi l'esigenza di difendere la casa comune (il SSN) con quella di consolidarla ed estenderla, superando le logiche antiche e comode delle vecchie ed ancora attuali trincee e recinti delle proprie, talora presunte ed autoreferenziali, competenze professionali per lanciare il cuore aldilà dell'ostacolo

Per capire quale può essere lo scenario che sottende la costruzione di questo nuovo Patto va capito ed interpretato i processi nei quali si è evoluta l'attuale organizzazione del lavoro in sanità.

Il primo elemento dirompente ed innovativo è dato dal fatto che le professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e la professione di ostetrica negli ultimi vent'anni in virtù della legislazione e normativa del settore (tutte approvate all'unanimità dalle aule del Parlamento italiano e proposte perlopiù da deputati e senatori che nella vita civile erano e sono medici) sono state oggetto e soggetto di una profonda evoluzione ordinamentale e formativa che non ha pari in altri comparti di attività.

Quest'innovazione ha fatto sì che la stragrande maggioranza del personale del comparto sanità sia costituito da laureati e da laureati specialistici formati nella medesima facoltà universitaria, quella di medicina e chirurgia, tutti professionisti con un proprio specifico autonomo campo intervento, periodicamente soggetto all'evoluzione scientifica, tecnologica e dei modelli organizzativi del lavoro propria del Servizio sanitario nazionale; anche questo non ha pari negli altri comparti, se non, con diversi fattori, in quello della conoscenza (scuola, università e ricerca).

Il consolidarsi di questo fenomeno ed anche, ma questo fattore non è il fattore determinante ma collaterale, la previsione di un ridimensionamento fisiologico della presenza attiva di laureati abilitati alla professione medica nel S.S.N, che comunque rimane alto rispetto alla media degli altri Stati dell'Unione Europea, ha posto al Ministero della Salute ed alle Regioni la necessità di rivisitare le competenze di queste professioni sanitarie per meglio interpretare e liberare il loro potenziale operativo nella forma più estesa possibile sulla base della vigente normativa, che in parte larga è ancora inattuata.

Questa scelta è positivamente rafforzata dalle sperimentazioni positive già in essere, con il verificato gradimento positivo degli operatori, degli amministratori e soprattutto dei cittadini, quali:

- 1 il modello See and treat adottato dalla Regione Toscana, su proposta della locale Società di medicina d'urgenza, che permette ad infermieri, debitamente formati, a gestire nei DEA i codici bianchi;
- 2 le ambulanze INDIA, nelle quali personale infermieristico, all'uopo preparato, gestisce operazioni salvavita immediatamente prima dell'accesso all'ospedale, questo modello si sta estendendo in varie regioni;
- 3 il trattamento perioperatorio svolto dagli infermieri, realizzato in Emilia-Romagna;
- 4 la diffusione negli ospedali di molte regioni del centro-nord del modello dell'ospedale per intensità di cure che, affidando la gestione del posto letto al personale infermieristico esalta le funzioni precipue proprie della professione medica, liberandola da competenze improprie.

Queste scelte sono state recepite nell'attuale proposta di Piano Sanitario Nazionale e si spera che saranno contenute nella proposta di nuovo Patto per la Salute.

Per questi motivi è operante, in virtù di una proposta avanzata dalla Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni, uno specifico Tavolo tecnico Ministero della Salute e Assessorati regionali alla sanità con il compito di elaborare proposte per l'implementazione delle competenze delle professioni sanitarie e per introdurre per tali professionisti le specializzazioni previste dall'art.6 della legge 43/06.

Questo Tavolo tecnico presenta una valenza direi quasi epocale in quanto affronta la questione fondamentale di adeguare alla ormai consolidata nuova dimensione ordinamentale e formativa delle professioni sanitarie che una volta e purtroppo talora ancora denominate per esclusione "non mediche" o per approssimazione "paramediche" completando così un percorso legislativo che dal dlgs 502/92, attraverso le leggi 42/99, 251/00 e 43/06 hanno realizzato il loro processo riformatore. Si è scelto come prima emergenza quella di adeguare le competenze delle professioni infermieristiche alla luce della ricordata evoluzione ordinamentale e formativa a quella scientifica, tecnologica e dei modelli organizzativi sulla base sia delle sperimentazioni regionali già in essere che di quelli consolidati e verificati positivamente da decenni di altri Stati europei ed extraeuropei.

Il crono programma del Tavolo tecnico prevede l'elaborazione prioritariamente di una proposta di Accordo Stato-Regioni che ridisegni il rapporto tra professione medica e professioni infermieristiche attribuendo ai laureati infermieri e l'effettuazione di competenze e atti, attualmente svolti da laureati in medicina e chirurgia, senza che venga meno, però, la titolarità degli stessi ai medici: questo primo capitolo è stato raggiunto attraverso un intenso lavoro svolto in pochi mesi tra esperti ministeriali e regionali che ha permesso l'elaborazione della prima proposta di merito che è ora all'esame delle rappresentanze professionali e sindacali interessate tutte, nessuna esclusa, medici compresi, anzi ad iniziare da loro.

La proposta di Accordo Stato-Regioni individua di atti e competenze che sono attribuibili agli infermieri per la loro formazione universitaria e per il loro attuale ordinamento professionale oppure attraverso una formazione complementare da svolgere da parte del SSN, recuperando e rafforzando la funzione didattica e di ricerca delle Aziende Sanitarie, e che potrebbero sollevare i medici dalla effettuazione degli stessi, senza che comunque venga meno la loro titolarità di queste competenze, permettendo loro di esercitare appieno le competenze più elevate, proprie del loro lungo percorso universitario di laurea e di specializzazione e della loro funzione dirigenziale.

E', quindi proprio il medico il primo destinatario e beneficiario di questo provvedimento non il presunto danneggiato: il suo "tempo clinico" ed il suo operato professionale verrebbe quindi messo in condizione di meglio essere utilizzato: è bene ricordare e sottolineare che proprio dalle componenti più avanzate della professione medica (come insegna la vicenda del See and treat, proposta dalla Società scientifica della medicina d'urgenza e della maggioranza degli Ordini provinciali dei medici della Regione Toscana) è nata l'esigenza di ripensare il rapporto tra questa professione e le altre professioni sanitarie in termini di evoluzione delle reciproche competenze.

Lo svolgimento di una siffatta ricomposizione delle competenze professionali prevederebbe, naturalmente, l'avvio in tempi rapidi di un processo di coinvolgimento nelle fasi di elaborazione, attuazione, monitoraggio e verifica da parte di tutti i soggetti interessati ad iniziare dalle rappresentanze professionali mediche ed infermieristiche nonché delle parti sociali al fine di costruire il massimo di partecipazione, comprensione e condivisione.

Per realizzare ciò si tratterebbe di mettere in essere una serie di atti, tra loro integrati e interagenti, che prevedano sia l'introduzione di specifici percorsi formativi mirati post lauream, svolti da parte del S.S.N anche in collaborazione con l'Università, che l'adeguamento dei contenuti didattici delle lauree triennali e di quella specialistica..

Il ricordato crono programma prevederebbe successivamente di affrontare l'insieme delle altre professioni sanitarie, ad iniziare dai tecnici sanitari di radiologia medica, il cui gruppo di lavoro è già operante e a seguire tecnici sanitari di laboratorio biomedico, ostetriche, fisioterapisti, audiometristi e audio protesisti etc, sulla base delle scelte di priorità che Ministero e Regioni individueranno sia in termini di implementazione di competenze che sulla base di unificazione di alcuni profili professionali), per meglio rispondere alle reali esigenze del mercato del lavoro sanitario e della sua formazione universitaria.

Per meglio comprendere l'ambito nel quale opererà questo importante Tavolo tecnico appare opportuno sviluppare alcune preliminari riflessioni in quanto è in atto una profonda innovazione nell'organizzazione del lavoro all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, non solo per la continua evoluzione scientifica e tecnologica, ma anche per tre questioni tra loro intrecciate, integrate ed interdipendenti.

La questione medica

La prima è data dalla questione medica che presenta rispetto a come si è sviluppata dalla costituzione del S.S.N delle novità dirimenti; infatti l'avvio delle UU.SS.LL. è stato caratterizzato dal fenomeno patologico della c.d. pleora medica che ha costretto ad individuare e talora ad inventare spazi occupazionali per il personale medico, talora a discapito di altri professionisti sanitari. Successivamente, rispetto al periodo ante L.833/78, sono state previste della novità che non hanno precedenti in nessun altro comparto quali: la generalizzazione della qualifica di dirigente ad ogni medico dipendente, indipendentemente dalla funzione svolta, e la modifica dell'accesso determinato dal possesso obbligatorio della specializzazione post- lauream.

Attualmente la presenza del personale medico all'interno del SSN sta registrando un calo fisiologico non preoccupante in assoluto in quanto l'Italia ha un rapporto medico/cittadino elevato rispetto alla media U.E. e l'aumento delle immatricolazioni al corso di laurea in medicina e chirurgia avranno effetti ad iniziare dal prossimo decennio.

Di converso il personale medico in servizio come dipendente o convenzionato presenta un elevato invecchiamento a cui fa riscontro una presenza delle nuove generazioni ridotta nel numero e perlopiù precarizzata e con retribuzioni di gran lunga inferiori .

La questione delle professioni sanitarie

Negli ultimi venti anni è stata avviata e realizzata una profonda riforma della professioni infermieristiche - ostetrica, tecniche-sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione a sia nell'aspetto ordinamentale che in quello formativo quale esigenza di adeguamento all'evoluzione scientifica, tecnologica della sanità, ai nuovi bisogni per una diversa organizzazione del lavoro anche per gli effetti dell'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

Si tratta anche di una scelta che ha 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 professionisti e per i cittadini.

Quest'evoluzione non solo non fu avversata dalla stragrande maggioranza dei medici e dalle loro rappresentanze ordinarie e sindacali anzi la componente medica la sostenne e la propose anche quale necessità per la stessa valorizzazione della condizione medica nel nuovo SSN che si stava realizzando e per i successivi adeguamenti legislativi sino all'attuale sua regionalizzazione ed aziendalizzazione.

Non a caso della riforma della professione infermieristica sono stati e sono fra i principali sostenitori Ministri, Sottosegretari, deputati e senatori provenienti dalla professione medica fra chi propose, sostenne e riuscì a far approvare con il voto unanime delle Aule del Parlamento tutti i provvedimenti riguardanti le professioni sanitarie allora non ancora formati in sede universitaria e denominate ancora ausiliarie, il termine ancillare rende il concetto di preesistente subordinazione del loro ruolo a quello del medico.

La questione degli operatori sociosanitari e degli altri profili d'interesse sanitario

Il nuovo status ordinamentale e formativo dell'infermiere e delle altre professioni sanitarie pose l'esigenza di sollevare quest'ultime dalle incombenze di natura domestico-alberghiera, che costituivano di norma il 40% della loro attività ospedaliera, realizzando un profilo professionale che svolgesse tali funzioni e fosse in grado di operare nell'equipe sanitaria o sociosanitaria con maggiore competenza ed attitudine rispetto ai precedenti profili (ass, ata, ota...) e che con successiva formazione complementare potesse collaborare nel processo di assistenza sanitaria e sociosanitaria alla persona.

Oltre questo profilo la complessità dell'organizzazione del lavoro sanitario pone la necessità di dar cittadinanza ad altri profili d'interesse sanitario, formati a livello regionale, quali l'autista soccorritore, l'operatore termale, l'assistente di studio odontoiatrico, l'assistente di studio di medicina generale etc.

Il quadro di riferimento normativo delle professioni sanitarie

L'evoluzione delle professioni sanitarie ebbe inizio con il D.lgs 502/92 che nel adeguare l'impianto del SSN nato dalla legge 833/78, stabilì anche che era compito del

Ministero della Salute, allora Sanità, la 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.

Si giunse, quindi all'emanazione dei decreti ministeriali individuanti i 22 profili professionali; l'Esecutivo ed il Parlamento, consapevoli che una materia così basilare, qual è l'esercizio di queste professioni sanitarie, non potesse essere affidato solo ad un decreto ministeriale con successivi provvedimenti legislativi perfezionò successivamente l'impianto normativo di riordino ordinamentale e formativo.

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 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 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 infermieristico - 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 è dato osservare che:

- a) quella infermieristica, quella di fisioterapista come gli altri 20 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, dai contenuti degli ordinamenti didattici, 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 delle 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 infermieristico - 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 delle professioni sanitarie di cui alla legge 251/00, 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 le professioni sanitarie.

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 le quali 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 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 anche dagli altri

laureati sanitari, senza svolgere esercizio abusivo della professione medica.

Ma soprattutto in un nuovo rapporto dinamico ed integrato tra professione medica e professioni sanitarie è il centro della nuova evoluzione ordinamentale ed organizzativa del SSN, prevedendo che infermieri possano veder ampliata la loro competenza professionale svolgendo funzioni routinarie, di diversa complessità... ora svolte dai medici, che potrebbero esser sollevati dalle stesse e riprogrammare la loro attività professionale in Azienda.

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, ovviamente non ricalcando le specializzazioni mediche, bensì per aree d'intervento.

IL DECRETO BALDUZZI: COGLIAMO L'OCCASIONE PER CONTINUARE IL CAMBIAMENTO

La conversione prossima in legge del c.d. decreto Balduzzi può essere l'occasione per dare gambe ulteriori alla costruzione di questo Patto tra professionisti della salute, cittadini e politica, che, quindi va colta proponendo emendamenti che perfezionino, migliorino ed arricchiscano il provvedimento attraverso il riconoscimento chiaro, palese e forte dell'apporto di tutte le professioni sanitarie e completando il processo di riforma delle stesse, ad iniziare da quella parte che è rimasta incompiuta cioè quella ordinistica.

L'Ordinistica in sanità scelta di progresso

La riforma delle professioni sanitarie che con più leggi ha caratterizzato la fine del precedente secolo e l'inizio del nuovo (DLgs 502/92, l.42/99, l.251/00, l.43/06) pur avendo compiuto un profondo, discontinuo processo di riordino del settore all'unanimità sempre approvato dal Parlamento e condiviso in forma estesa nel Paese non è mai stata completata in quella parte fondamentale e strategica costituita dal far evolvere i collegi degli infermieri, delle ostetriche e dei TSRM in ordini, frutto del nuovo status ordinamentale e formativo (i collegi sono per i diplomati, gli ordini sono per i laureati) e istituire per le professioni prive di albo ed ordine la necessaria tutela, per loro e per i cittadini, ordinistica (professioni che pur essendo diciassette, numericamente costituiscono una minoranza, circa 180.000 rispetto agli 800.000 professionisti in sanità regolamentati con albi).

Nel centenario appena passato della costituzione dell'Ordine dei medici, talora per pregiudizio considerato come un elemento di tutela corporativa di interessi di casta, soprattutto in una sede come questa appare opportuno ricordare che:

- l'ordine dei medici nacque sulla spinta della componente più progressista della categoria , che si richiamava agli ideali del al Partito Socialista, a tutela della parte più debole e socialmente impegnata;
- sono stati sciolti nel ventennio fascista e ricostituiti dopo la Liberazione (significherà qualcosa?)
- gli ordini ed i collegi in sanità hanno sempre fatto una scelta di campo per la costituzione, la difesa, il mantenimento e il potenziamento del Servizio Sanitario in Italia nelle sue caratteristiche di unitario, pubblico, universale e solidaristico;
- gli stessi si sono impegnati, vincendo, affinché prevalesse l'ubbidienza al giuramento d'Ippocrate, alla deontologia professionale nonché all'art.32 della Costituzione Repubblica nel curare ogni persona umana, mantenendo l'obbligo di non denunciarla all'autorità giudiziaria se presente in Italia senza regolare permesso di soggiorno;
- infine annualmente richiedono a Regioni e Ministeri di aumentare l'offerta formativa per nuovi professionisti e quindi non applicano forme di limitazioni corporative della loro presenza nel mercato del lavoro.

Dopo il fallimento del mancato esercizio della delega governativa previsto dalla legge 43/06 e la stasi dello specifico d.d.l fermo da tempo al Senato, sarebbe più opportuno introdurre in sede di conversione del decreto legge Balduzzi un emendamento che riesca a cogliere l'obiettivo di completarea nella parte che prevede l'evoluzione degli attuali collegi in ordini e l'istituzione di albi ed ordini per le 17 professioni che ne siano sprovviste; il ddl che tende a realizzare quest'obiettivo è ancora all'esame dell'Aula del Senato e, considerati i tempi ristretti di questa legislatura, appare difficile la sua approvazione.

La necessità dell'iscrizione obbligatoria in Albi degli esercenti le Professioni Sanitarie è nota e condivisa, basti citare l'approvazione all'unanimità della L. 43/2006, che prevedeva delega al Governo per l'istituzione di detti Albi, delega che non fu agita nei tempi consentiti dalla norma.

Negli ultimi anni, l'evoluzione dei processi riguardanti le Professioni regolamentate, già in atto, rendono tale necessità ancora più attuale e cogente nei tempi di realizzazione.

Il sistema di Educazione Continua in Medicina, che rappresenta un valore assoluto per il Sistema italiano della Salute e delle Professioni, prevede ad esempio che siano Ordini e Collegi a certificare l'adempimento degli obblighi formativi da parte dei professionisti iscritti. Il problema in questo ambito sorge quindi per le Professioni che non hanno l'obbligo di iscrizione ad un Albo; nei confronti di questi professionisti, qualora non iscritti nemmeno ad Associazioni rappresentative, non è possibile alcuna certificazione dei crediti ECM conseguiti né l'erogazione di sanzioni disciplinari, previste dalla recentissima modifica normativa proprio per il mancato adempimento di tali obblighi (vedasi allegati: nota AGENAS, accordo Stato-Regioni).

Altrettanto dicasi, inoltre, per le esigenze della Giustizia e dei Tribunali, dei quali riportiamo doglianze per l'impossibilità di poter disporre, nei percorsi procedurali, delle valutazioni periziali da parte di CTU competenti per professione, per responsabilità professionale ed ambito disciplinare, sempre a causa dell'assenza degli Albi professionali che detto emendamento mira ad istituire, completando il quadro normativo di queste Professioni.

Con un emendamento si potrebbe raggiungere tale obiettivo attraverso una norma semplificata che non preveda l'istituzioni di ulteriori ordini professionali bensì l'attivazione di albi per le professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione che ne siano sprovviste e la loro confluenza nell'ordine dei tecnici sanitari di radiologia medica, che assume una nuova denominazione, prevedendo nel contempo l'autonomia all'interno del nuovo ordine di ciascun albo, sul modello dell'ordine dei medici e degli odontoiatri.

Va, altresì prevista la modifica della denominazione da collegio ad ordine per le professioni vigilate dal Ministero della Salute in considerazione della loro evoluzione formativa ed ordinamentale.

La questione della docenza

Un nuovo emendamento che potrebbe essere inserito in sede di conversione in legge del decreto Balduzzi è quello, altrettanto strategico, di definire lo stato giuridico dei docenti, dipendenti di Aziende o Istituzioni del Servizio Sanitario Nazionale, nei corsi di laurea delle professioni sanitarie.

La ratio della proposta è nella constatazione che la collocazione della formazione delle professioni sanitarie nel sistema universitario si è attuata con il decreto legislativo 502/92 (articolo 6, terzo comma) attraverso la configurazione di una sua specificità che, pur essendo a tutti gli effetti di tipo accademico, mantiene alcune positività del precedente sistema formativo quali:

1. la formazione continua a svolgersi laddove le professioni sanitarie operano prevalentemente ovvero all'interno dei servizi, delle strutture e dei presidi del Servizio Sanitario Nazionale;
2. pertanto i docenti, di norma, continuano ad essere dipendenti del ruolo sanitario del Servizio Sanitario Nazionale.

Il giusto equilibrio tra l'inserimento della formazione delle professioni sanitarie nel sistema universitario e il mantenimento dell'apporto di risorse strumentali, umane ed economiche da parte del Servizio Sanitario Nazionale è il "fondo" attraverso il quale si è realizzato questo epocale passaggio da un sistema formativo "anomalo", quale era quello precedente, a quello attuale.

Le sedi formative dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, pertanto, assolvono il mandato di formazione universitaria integrandola allo stesso tempo, di funzione di didattica del Servizio Sanitario Nazionale svolgendo, certamente, la propria attività nel modo più appropriato alle esigenze di alta e specifica formazione di professionisti per la salute.

La progressiva evoluzione universitaria del sistema formativo delle professioni sanitarie, in particolare, il passaggio dal diploma universitario al diploma di laurea e all'istituzione della laurea magistrale, di master e dottorati di ricerca, pone la necessità di riconoscere il ruolo dei docenti del SSN, i quali, peraltro, sono in numero prevalente tra i professori dei corsi di laurea.

Questo sviluppo disciplinare può avere sbocco nelle forme proprie del sistema universitario, in particolare, per le professioni infermieristiche, come anche per le altre professioni sanitarie, ma, per il ricordato disposto normativo e per le dimensioni esteso e capillare del fenomeno, è improponibile quale unica o principale soluzione.

Scopo di questa proposta normativa sarebbe quello di realizzare le condizioni per le quali ai professionisti coinvolti nel Tutorato professionale a tempo pieno ed ai docenti in organico nelle Aziende Sanitarie siano riconosciuti non solo gli stessi doveri ma anche i medesimi diritti dei docenti dipendenti dagli Atenei al fine di garantire stabilità e continuità nell'incarico loro attribuito di docenza.

Con questa scelta strategica si vuol ribadire e confermare che il Servizio Sanitario Nazionale, assolvendo al suo mandato di cui all'art. 32 della nostra Costituzione Repubblicana, svolge, oltre ed insieme alle sue funzioni di prevenzione, cura e riabilitazione, attività di didattica e di ricerca biomedica, infermieristica e sanitaria in genere, come in tutti i campi pertinenti alle scienze della salute.

I docenti dei corsi di studio delle professioni sanitarie, dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale, una volta confermati sulla base delle suddette procedure, parteciperebbero alla vita degli organi del corso di studio e nel rispetto dello specifico statuto anche alle attività delle facoltà, in linea e nel rispetto della specificità indicata dal terzo comma dell'art.6 del DLgs 502/92.

La normativa che si vorrebbe proporre non prevede alcun onere aggiuntivo per la finanza pubblica in quanto la sua ratio è quella di perfezionare quanto il legislatore ha già previsto, 3° comma dell'art.6 del DLgs 502/92, allorché i corsi di formazione delle professioni sanitarie sono stati trasferiti all'università secondo la modalità specifica che i corsi sono svolti all'interno delle sedi del Servizio Sanitario Nazionale da docenti di norma dipendenti dello stesso S.S.N.

Con questa norma si vorrebbe solo meglio qualificare l'apporto ed il ruolo dei dipendenti del SSN che svolgano attività didattica sotto l'aspetto giuridico senza nulla prevedere alcuna modifica agli impianti contrattuali vigenti né modificare il loro assetto economico retributivo.