

DOCUMENTO CONGRESSO “ATTO E RUOLO MEDICO DIECI ANNI DOPO”

Sintesi

La normativa raramente affida specifiche prestazioni al medico se non il consenso informato e le certificazioni, oltre a diagnosi e prognosi: il coacervo delle leggi sulle professioni sanitarie dà adito a dubbi interpretativi sui limiti dell'agire reciproco. **Altresì il ruolo, che deriva da una specifica formazione e da una life for learning, si fonda su competenze reali, acquisite e non soltanto curricolari, coerenti con lo sviluppo della scienza e della tecnica, in una sorta di meticcio esperienziale “selettivo” che la nostra epoca impone.** La formazione e l'aggiornamento continuo in un sistema incentrato sulla cooperazione, competenza, comunicazione e bioetica della cura risultano essere i cofattori “primari” di un corretto approccio multiprofessionale e multidisciplinare in tema di salute del singolo e collettiva. Non tutto può esser ridotto a schematismi o ad approcci con un modello organizzativo con procedure o di PDTA individuando i livelli di responsabilità di ciascun attore in autonomia/indipendenza. **Certamente il medico non abdica al suo ruolo nella filiera della salute per competenza specifica e per presupposti etici e deontologici, nel presupposto che i risultati derivino da un lavoro collegiale fondato sulla “collaborazione multiprofessionale”, che vanno oltre gli stilemi politici della gestione sanitaria, col riconoscimento dei ruoli e delle funzioni e rispetto delle autonomie individuali che ne ispirano il comportamento.** Gli altri professionisti sanitari possono svolgere tutte le prestazioni previste dalla normativa e quelle loro affidate nei vari setting assistenziali, ferma restando la responsabilità individuale nel rispetto di quella assegnata clinicamente al medico, cui compete anche la valutazione dei risultati di salute (outcomes) e dell'organizzazione generale. **Prende forma l'idea di uno “Statuto delle professioni sanitarie” che definisca formazione, titoli professionalizzanti, criteri di accesso, responsabilità civile e penale, disciplina, procedure e strumenti legislativi di governance e ambiti essenziali d'azione ma che sia anche espressione di una deontologia forte e condivisa. Si rende necessaria una definizione normativa del medico chiamato ad esercitare la sua leadership nel sistema di cura e assistenza, ovvero il riconoscimento della responsabilità clinica del percorso nella sua complessità e degli esiti, che costituiscono il governo clinico nel consenso della cura.** Al fine, e non solo, di colmare l'attuale handicap legislativo che vede l'abbondante messe normativa che riguarda le professioni sanitarie oltremodo sproporzionata a fronte dell'inesistenza di una garanzia giuridica, che renda merito delle peculiarità e delle responsabilità di atti esclusivi di ogni medico, attraverso modelli organizzativi “liquidi e indefiniti”. Cui ne deriva un approccio sanitario con evidente confusione di ruoli professionali, peraltro economicamente improduttivi con evidente riferimento alla **task shifting e task sharing.** Il lavorare insieme è fondamento di ogni attività di gruppo, dall'industria alle attività imprenditoriali: il correttivo in sanità lo pone il sistema di fiducia che limita i rapporti a due persone o a più, ma in situazioni differenziate. L'estensione di tale rapporto fiduciario alle altre figure, che si avvicendano nella cura, appare irrealistico se non mutuato dalla presenza del medico cui si riconosce ogni possibile competenza acquisita e sperimentata con riconosciuto ruolo clinico e gestionale di garanzia effettiva. **La tutela della salute e del cittadino deve esprimersi nel riconoscimento del ruolo medico, come responsabile unico del percorso clinico del paziente e, nello stesso tempo, nella preclusione di ogni decisione unilaterale amministrativa che vada a incidere sugli ambiti di professionalità peculiari del suo essere e del suo agire.**

Preambolo introduttivo

La normativa raramente affida specifiche prestazioni al medico se non il consenso informato e le certificazioni: disattenzione o saggezza? Quali sono i confini dell'agire medico? La domanda nasce dal modello di medicina attuale, frutto della convergente attività di molte discipline e professioni.

Il coacervo delle leggi sulle professioni sanitarie dà adito a dubbi interpretativi sui limiti dell'agire reciproco. Poiché il ruolo deriva da una specifica formazione e da una *life for learning* che si fonda su competenze reali, acquisite con lo sviluppo della conoscenza, della scienza e della tecnica, fondamentale è la revisione della didattica e della formazione basata sui principi di una deontologia forte.

La professione di medico sottende, oltreché il possesso di specifiche competenze, il rapporto fiduciario binario, basato sul consenso, sulla conoscenza e sull'esperienza del medico cui compete di curare

51 e tutelare la salute secondo un principio di responsabilità inderogabile e di garanzia nei confronti del
52 cittadino e dello Stato.

53 **La formazione e le competenze**

54 *Oggi le competenze non possono essere che dinamiche in relazione alle continue innovazioni della scienza e
55 della tecnica. Altresì la base formativa consente al laureato in medicina di svolgere ogni possibile atto o
56 prestazione purché conforme alla deontologia nonché accettato e appropriato per la comunità scientifica.
57 Ferma restando la responsabilità individuale delle prestazioni effettuate da ciascun professionista la
58 responsabilità oggettiva clinica del percorso spetta al medico.*

59 *Il quale può svolgere qualsiasi prestazione all'interno e per gli scopi della medicina. Caso per caso si possono
60 definire le prestazioni compatibili con altre professionalità nei limiti della formazione, della deontologia e
61 delle norme vigenti. La regola dovrebbe essere che i limiti sono stabiliti dagli stessi professionisti coinvolti
62 nei percorsi di assistenza e cura e negli stessi PDTA.*

63 **In questo ambito è prioritario definire il ruolo della formazione.** *Sul piano propositivo, occorre una formazione
64 coerente e aperta alle rispettive competenze e ruoli, che limiti le possibili embricature assistenziali; che segni gli
65 ambiti d'azione e le estensioni delle responsabilità dell'assistenza nel raggiungimento dei risultati in sicurezza; che
66 collochi la medicina digitale all'interno non solo della razionalità scientifica ma anche della deontologia, con la
67 consapevolezza che il rapido progresso tecnologico porti a una sempre maggiore "liquidità" dei ruoli e delle
68 competenze che debbono essere continuamente valutate nel sistema degli interventi e nella progressione delle
69 abilità sviluppate all'interno delle funzioni.*

70 **Formazione, quale Strumento e necessità per identificare competenze e responsabilità specifiche, col prevedere,
71 insieme al panel delle discipline insegnate ed acquisite, un tronco deontologico comune a tutte le professioni
72 sanitarie,** *che riaffermi i valori fondanti: quali equità, formazione, competenza, responsabilità - escludendo
73 l'assoggettamento penale - valutazione, tolleranza, sicurezza, rispetto, consenso, privacy, conflitto di interesse,
74 razionalità della scienza, priorità, specificità, ruolo di garanzia e quant'altro.*

75 **Il primo intervento formativo è, pertanto, sul modello universitario,** *sviluppato in linea coi criteri delle
76 responsabilità individuali e gestionali, non lasciato alla libera interpretazione regionale*

77 **La tutela della salute multiprofessionale**

78 *Altresì, il laureato in medicina e chirurgia svolge ogni possibile atto conforme alla peculiarità della professione, nel
79 rispetto delle abilità raggiunte con un comportamento deontologicamente coerente, appropriato e accettato da
80 tutta la comunità scientifica*

81 *Nell'unicità della medicina i valori della professione nel rispetto dei principi sanciti dalla Costituzione e dalla
82 deontologia e della beneficalità dell'agito medico, a fondamento e a garanzia della salute della collettività, e si
83 basano storicamente sull'operato dei medici e, nella collaborazione¹, di tutte le professioni sanitarie.*

84 **La formazione e l'aggiornamento continuo risultano essere i cofattori di un corretto approccio
85 multiprofessionale e multidisciplinare, sul piano delle competenze e delle responsabilità in tema di salute del
86 singolo e collettiva, onde evitare possibili e inutili, se non proprio dannose, sovrapposizioni.**

87 **Comunque, possibili data la diversità delle conoscenze delle professioni esercitate e non certo in possesso di una
88 visione olistica della medicina che è peculiare della professione medica e il disconoscimento, a questo punto
89 politico, è fonte di aspettative non coerenti nel sistema salute.**

90 **In un sistema che sia incentrato sulla cooperazione, competenza, comunicazione, bioetica della cura, il medico
91 non abdica al suo ruolo nella filiera della salute che trova primaria espressione nel contesto del consenso del
92 paziente, nell'informazione e nella fiducia in tutti i casi in cui il richiamo sia alla valutazione clinica e all'agire
93 sul caso concreto, con forte richiamo alla deontologica professionale ed alle sue regole etiche.**

94 **Il lavoro collegiale**

95 **Ma una buona sanità presuppone che i risultati trovino compimento in un lavoro collegiale fondato sulla
96 collaborazione" multiprofessionale proprio nel rispetto delle singole autonomie individuali", superando stilemi**

¹ Riferimento all'apologo di Menenio Agrippa

Position paper su atto e ruolo medico: documento in condivisione

104 *“politici” che nulla hanno a che vedere con la buona sanità, che sia rispettosa dell’agire e si fondi sul*
105 *riconoscimento dei ruoli e delle funzioni.*

106 *Competenze e responsabilità, specifiche, che sono il prodotto di una formazione e di un aggiornamento coerente*
107 *coi ruoli ricoperti in un sistema di sviluppo armonico delle professioni, sono messe a disposizione in un sistema*
108 *lavorativo collegiale cui si deve una collaborazione rispettosa delle singole pertinenze con forte richiamo al*
109 *rispetto richiamato nei rispettivi codici deontologici.*

110 Gli altri professionisti sanitari possono svolgere tutte le prestazioni previste dalla normativa e quelle loro affidate
111 nell’ambito della governance nei vari setting di salute, ferma restando la responsabilità individuale delle prestazioni
112 effettuate da ciascuno, anche se, pur sempre, la responsabilità oggettiva clinica del percorso spetta al medico cui
113 compete anche la valutazione degli outcomes e dell’organizzazione generale. Da cui non si può derogare.

114 **Necessita uno “Statuto delle professioni sanitarie”** che definisca, in sostanza, formazione, titoli
115 professionalizzanti, criteri di accesso, responsabilità civile e penale, disciplina, procedure e strumenti legislativi di
116 governance, ambiti essenziali d’azione, ma che sia anche espressione di una deontologia forte e condivisa.

117 Ciò al fine di colmare l’attuale handicap legislativo che vede l’abbondante messe normativa che riguarda le
118 professioni sanitarie così sproporzionata a fronte dell’inesistenza di una garanzia giuridica che renda merito delle
119 peculiarità e delle responsabilità di atti esclusivi di ogni medico con modelli organizzativi “liquidi e indefiniti” fonte
120 di confusione di ruoli professionali cui ne deriva un approccio insostenibile per la tutela della salute.

121 **Il lavorare insieme è fondamento di ogni attività di gruppo: la peculiarità in sanità risiede nel sistema di**
122 **fiducia che segna i rapporti a due o più persone in situazioni differenziate. Nella filiera di cura il rapporto**
123 **fiduciario sul piano delle responsabilità assegnato impropriamente alle altre figure appare irrealistico se**
124 **non mutuato dalla presenza del medico cui si riconosce ogni possibile competenza acquisita e sperimentata**
125 **con riconosciuto ruolo di garanzia effettiva che l’improduttivo sistema del *task shifting* e del *task sharing***
126 **non potrà garantire e eguagliare nell’ambito della qualità e completezza delle cure.**

127
128 **Conclusione**

129 *Si rende necessaria una tutela in ambito della gestione della salute che deve esprimersi nel riconoscimento*
130 *del ruolo del medico come responsabile unico del percorso clinico del paziente e, nello stesso tempo, nella*
131 *preclusione di ogni decisione unilaterale amministrativa che vada a incidere sugli ambiti di professionalità*
132 *peculiari del medico.*

133

134