

## Analisi del comma 566

Se si prova a rileggere in modo attento il testo del comma 566 della Legge n.190/2014 (Legge di Stabilità 2015).....

**“Ferme restando le competenze dei laureati in medicina e chirurgia in materia di *atti complessi e specialistici di prevenzione, diagnosi, cura e terapia,***

**con accordo tra Governo e Regioni, previa concertazione con le rappresentanze scientifiche, professionali e sindacali dei profili sanitari interessati sono definiti *i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe***

**su compiti, funzioni e obiettivi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, tecniche della riabilitazione e della prevenzione, anche attraverso *percorsi formativi complementari.***

**Dall'attuazione del presente comma non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica”.**

..... Si può cogliere quattro diverse indicazioni o questioni affrontate:

- 1) il riconoscimento degli ambiti di competenza specifici;
- 2) il processo per la nuova codificazione dei profili;
- 3) l'abbozzo di un costrutto riferito a compiti e a funzioni complementari;
- 4) l'indicazione di un processo di riordino delle professioni sanitarie con il vincolo del costo zero.

Tralascio il quarto punto del comma 566 su cui alcuni (per lo più le organizzazioni sindacali) hanno insistito, ma al momento mi sembra fuori luogo entrare nel merito, non solo perché prematuro rispetto ai possibili scenari da determinare, delle conseguenti economie di scale praticabili. Ma va tenuto conto, anche del fatto, che queste questioni risentono dei margini offerti dalla finanza pubblica e dalla sostenibilità del sistema sanitario. Per cui è inutile soffermarsi su considerazioni di principio in assenza di scenari e di coperture certe. In questo momento è più utile concentrarsi pragmaticamente sulle prime tre e lasciare a tempi migliori il resto.

### **- Il riconoscimento degli ambiti di competenza**

Come lo stesso Benci ha egregiamente sottolineato, che la legge 42 nel definire gli ambiti di esercizio di ciascuna professione sanitaria indica tre criteri guida e un criterio limite. I criteri guida come abbiamo visto sono rappresentati dai dettami dei profili professionali, dagli ordinamenti didattici e dai codici deontologici. Il criterio limite dell'ambito di competenza per ciascuna professione sanitaria era rappresentato dalle “competenze previste per le professioni mediche”. Questo criterio rappresentava la principale indicazione per regolare le relazioni interprofessionali. Si trattava di una sorta di diritto di esclusività universale che invece di riferirsi all'ambito specifico di competenza esclusiva del medico assumeva un carattere estensivo, ponendo tutto ciò che riguardava la salute come attribuibile al medico. Nulla contava la reale competenza che questi poteva effettivamente vantare rispetto determinati processi. In altre parole si trattava di una sorta di atto di fede che prescindeva dalla realtà. Anche la Cassazione con la sentenza del 2001 aveva confermato un'idea estensiva della competenza del medico, non ponendosi il problema dell'effettiva competenza posseduta da questo professionista. Si era realizzato, quindi, una sorta di dogma che rendeva il modello sanitario italiano diverso e più fragile da quello adottato dagli altri Paesi avanzati.

Con il comma 566 viene sancito un diverso concetto di ambito e di esclusività del medico e delle altre professioni sanitarie, sicuramente più in linea a quello in uso negli altri sistemi sanitari a livello internazionale. Leggendo il comma 566 emerge, infatti, che l'esclusività del medico riguarda solamente e non oltre “gli atti complessi e specialistici”. Si assiste, dunque, a una ridefinizione del criterio limite fornito a suo tempo dalla legge 42/99. Anche la cassazione con una recente sentenza (2015), emessa poco dopo, adotta di fatto il medesimo principio. In ambito sanitario ciascuna professione, compreso il medico ha un suo ambito d'esclusività specifico e non può essere travalicato l'ambito per cui ciascuna professione viene abilitata.

Infatti, il concetto di “specialistico” descrivere un ambito particolare, che nel caso del medico è dato dalla medicina (che ha il proprio core nella cura delle malattie o meglio delle patologie indicate nel sistema ICD), come nel caso dell'infermiere l'ambito di riferimento particolare è dato dall'assistenza o nel caso del fisioterapista è dato dal sistema del movimento e dalle sue disfunzioni.

Da quanto esposto si può dedurre il primo assunto fornito dal Comma 566:

**Gli ambiti di core competence di ciascuna professione sono circoscritti alla disciplina di riferimento e quindi non sono estensibili all'infinito su ogni aspetto della salute.**

Tuttavia il comma 566 va oltre, nella definizione degli ambiti di esclusività si precisa che i medici hanno una competenza professionale non invadibile dalle altre professioni limitatamente però agli “atti complessi” oltre che “specialistici” di prevenzione, diagnosi, cura e terapia.

Ma quando un atto va considerato complesso? Al termine “complesso” sicuramente corrisponde a un particolare livello di competenza, assicurato dallo specifico processo di formazione, necessaria per far fronte a uno specifico problema.

Per cui possiamo trarre un secondo assunto specifico per la medicina, ma estensibile a situazioni similari:

**il core competence e quindi l'esclusività riguarda solo quegli atti per cui è richiesta, la particolare e specifica competenza propria della professione.**

Dei primi due assunti possiamo dedurre un terzo che ci permette di cogliere meglio il senso degli effetti di tale norma:

**La “specificata competenza” richiesta al professionista, risponde a un determinato livello di formazione rispetto un ambito proprio e rappresenta il fondamento di legittimità del core competence vantato da una professione; in altri termini della titolarità all'esercizio.**

In sintesi nel definire il core competence di ciascuna professione possiamo dire che di norma valgono due criteri: l'ambito della disciplina e il possesso dei necessari requisiti formativi abilitanti. Per quelle discipline (ambiti) che prevedano sia attività che richiedono un elevato livello di competenza, sia attività con un minor grado di competenza, il core competence professionale è costituito esclusivamente da quei atti per cui è richiesta una particolare (complessa) competenza (acquisita in una specifica formazione adeguata per livello). In questo caso rientra il medico che pur mantenendo la competenza sull'intero ambito della medicina, ha il proprio core professionale definito dagli atti complessi che può eseguire solo lui. Si tratta di una condizione che trova fondamento nell'appropriatezza organizzativa, che vorrebbe mettere in campo solo le risorse necessarie, evitando eccedenze o insufficienze di risorse. Mentre le altre attività, appartenenti alla disciplina, per le quali non sono richieste una specifica formazione così elevata, sono potenzialmente accessibili, a certe condizioni, da parte di altre figure, con una diversa competenza, in un chiaro ruolo di complementarietà.

Naturalmente per quegli ambiti che presentano un livello omogeneo di complessità, cioè non presentano attività più complesse accanto ad altre più semplici, questa diversificazione intradisciplinare, tra core e atti complementari, non è praticabile o praticabile in modo più contenuto.

Da tutto questo, nel panorama delle attività svolte dalle professioni sanitarie possiamo dedurre un primo distinguo, che incide anche sulle relazioni interprofessionali. Possiamo parlare di attività sinergiche quando ci riferiamo a più professionalità che operano secondo ambiti disciplinari distinti e di attività complementari se le diverse professionalità agiscono all'interno dello stesso ambito disciplinare (per esempio nel caso dell'intervento chirurgico in cui più professionalità agiscono nell'ambito di una attività di medicina chirurgica). Sul piano normativo ed organizzativo le due condizioni presuppongono una regolamentazione e un governo diversi, incidendo sulle relazioni tra professionisti in modo differente ad iniziare dai vincoli da rispettare.

Possiamo quindi desumere che il comma 566 con il quarto assunto ci permette di fare chiarezza eliminando una cappa che condizionava, spesso verso l'inappropriatezza il tutto:

**In ambito sanitario esistono due parametri per la distinzione e classificazione delle competenze. In base l'ambito disciplinare (specificità) e in base del livello (complessità). La prima situazione inquadra attività sinergiche (distinte e completamente autonome), la seconda permette la codificazione (attraverso i compiti) delle attività complementare che si colloca nel medesimo ambito.**

È confermato il superamento del criterio limite offerto dalla legge 42/1999.

#### **- Il processo per la nuova codificazione dei profili**

Nella seconda parte del comma 566 il legislatore prevede un percorso per la ridefinizione di “i ruoli, le competenze, le relazioni professionali e le responsabilità individuali e di equipe”, che dovrebbe condurre a un atto approvato dalla conferenza Stato-Regioni.

Si assiste una sorta di ripresa di quanto già riportato nel comma 15 dell'art. 5 del Patto della salute 2014-2016. “Per un efficientamento del settore delle cure primarie, si conviene che è importante **una ridefinizione dei ruoli, delle competenze e delle relazioni professionali** con una visione che **assegna a ogni professionista responsabilità individuali e di equipe** su compiti, funzioni e obiettivi, **abbandonando una logica gerarchica**

*per perseguire una logica di governance responsabile dei professionisti coinvolti prevedendo sia azioni normativo/contrattuali che percorsi formativi a sostegno di tale obiettivo”.*

Non si tratta di una semplice ripetizione. Nel comma 15 dell’art. 5 con il superamento della “logica gerarchica” a favore di un coinvolgimento “responsabile” delle altre professioni sanitarie, il legislatore fornisce, anche se in modo generico, una chiara indicazione della necessità e volontà di vedere superato il modello offerto ad esempio dalla legge 42/1999. Il comma 566 riprende questa indicazione al quanto generica che si limita a prevede nuove “azioni normativo/contrattuali”, contestualizzandoli attraverso una puntuale modifica della legge 42/1999 e individuando negli accordi Stato-Regioni lo strumento di riordino in un contesto (almeno per il momento) di legislazione concorrente. Il comma 566 non costituisce, quindi, un provvedimento a se isolato dal quadro normativo, ma è la diretta conseguenza di quanto codificato in precedenza nel patto della salute. La messa in discussione del comma 566 rappresenterebbe la messa in discussione non solo delle linee programmatiche del patto della salute. Ma anche di quanto costruito dal 1992 in poi. Cancellare tale impostazione significa condannare alla deriva e quindi al fallimento il sistema sanitario.

Gli effetti del comma 566 rispetto a quanto previsto dal patto della salute non si ferma a questo. Per esempio con la scelta di voler sostituire un atto normativo secondario (il profilo emanato dal Ministero) con un atto normativo primario approvato dalla Conferenza Stato-Regione non rappresenta solo un aspetto tecnico formale. Il passaggio ad un atto normativo primario in qualche misura potrebbe rappresentare un deterrente, una forma di salvaguardia dei profili, rispetto a possibili incursioni interpretative non sempre adeguatamente convincenti sul piano della dottrinale. Inoltre, il comma 566 offre le basi per cogliere il diverso criterio con cui vanno letti termini come “ruolo” e “compito” (su questo rimando a quanto specificato nella parte successiva).

Va anche rilevato che il percorso indicato non è privo di criticità. Se da una parte possiamo sostenere che il comma 566 potrebbe essere un’utile occasione per un più puntuale riordino degli ambiti di competenza, recependo le trasformazioni, maturazioni che si sono stratificate negli ultimi vent’anni. Esistono (al momento) problemi rispetto al metodo indicato. Mi riferisco alla “concertazione tra i vari soggetti di rappresentanza”. Credo che questo percorso al momento sembri poco praticabile. I soggetti professionali, scientifici e sindacali coinvolti rispondono ad obiettivi e logiche diverse, tali da poter far emergere a livello interprofessionali posizioni inconciliabili e rendere schizofreniche le sintesi all’interno della stessa professione. Occorre adottare un criterio di riferimento che guidi il confronto e valorizzi la specificità di ciascuna dimensione. In questo senso l’analisi del comma presentata nella quarta parte di questa lettera, potrebbe rappresentare una possibile base di discussione, almeno per le competenze complementari.

Un chiaro esempio di incomunicabilità interprofessionale è testimoniato dai modelli di relazioni o di equipe proposti nel corso della discussione. Per esempio alcuni si sono limitati ad evocare, come esempio di equipe il modello “equipaggio”. In alcuni situazioni specifiche questo modello potrebbe avere una sua utilità pragmatica, ma il fatto grave è dato dalla negazione della complessità del sistema sanitario. In sanità non è possibile riferirsi a un modello specifico valido in tutte le circostanze, ma piuttosto a più modelli distinti da adottare nelle diverse situazioni. In questo senso hanno valore (utilità) e quindi uguale dignità e utilità tutta una serie di modelli. Per esempio in alcune circostanze è funzionale il modello “squadra di calcio”, in altri il modello ad “equipaggio, in altre ancora il modello a “squadra di schermatori”, in altre circostanze il modello “schermatore singolo”. Fin tanto i vari interlocutori non riusciranno a fare un salto di qualità uscendo dalla visione miope e dannosa del modello unico per discutere di quali e quanti modelli siano potenzialmente applicabili, riconoscendo il valore aggiunto delle altre professioni, la concertazione mi sembra poco praticabile.

Va rilevato anche un altro aspetto, essendo quella medica la professione preminente, su questa figura ricade inevitabilmente la maggiore responsabilità principale di dare l’esempio per costruire una seria concertazione. In caso contrario si lascerà la definizione di quanto le professioni sanitarie non riescono ad esprimere alla discrezionalità di terzi. Il tutto senza avere la garanzia di aver appropriate risposte. Se si vuole veramente tutelare i cittadini, non possiamo sottrarci alla sfida della concertazione. Il resto è area fritta.

#### ***- L’abbozzo di un costruito rispetto a compiti e a funzioni complementari***

Nella terza parte del comma 566 si afferma che attraverso l’atto Stato Regione vanno determinati “compiti, funzioni e obiettivi ....anche attraverso percorsi formativi complementari”. Sostanzialmente, come ci ricorda Benci, le funzioni erano già espresse nei profili, mentre l’obiettivi specifici erano definiti in qualche misura negli ordinamenti didattici delle professioni sanitarie. I compiti richiamati nella terza parte del comma 566 erano completamente assenti nel profilo.

Aver riportato nella terza parte del comma il termine “compiti” potrebbe indurci a pensare che il legislatore vorrebbe reintrodurre i mansionari. Una sorta di passo indietro rispetto la logica adottata dal DLgs. 502/92 in poi, con la codificata dei profili strutturati nelle modalità di linea guida. Ma questa interpretazione può essere esclusa per due semplici ragioni. Sarebbe in contrasto con l’impianto normativo sostenuto fino a questo momento. Ma soprattutto il termine “compiti” non va letto in modo isolato ma correlato ai “percorsi formativi complementari”. Quindi il riferimento ad un strumento tipo mansionario sembrerebbe dettato

dalla necessità di prevedere un'ulteriore codificazione riferita all'attività complementare aggiuntiva, cioè quell'attività extra ambito della specifica professione, comunque subordinata a una formazione complementare.

In pratica collegando questa parte a quanto detto in precedenza, possiamo ricavare il quinto assunto:

**“In medicina compiti funzioni e obiettivi sono riferibili ai cosiddetti atti semplici, che possono essere affidati anche ad altre figure sanitarie (cioè non appartenenti all’ambito) previo formazione complementare”.**

Per questa ragione è improprio confondere questa tipologia di competenze con quelle avanzate che invece dovrebbero appartenere allo ambito proprio del professionista. L'attribuzione di “competenze aggiuntive di natura complementare” potrebbe trovare giustificazione (il comma su questo non dice nulla) in una serie di situazione finalizzate:

- operare secondo appropriatezza organizzativa, cioè non sprecando alte competenze in attività che richiedono minor livello di competenze; per esempio per il triage in pronto soccorso non serve necessariamente una competenza diagnostica di tipo medica,
- attuare economie di scala attraverso specifici modelli operativi, per cui un professionista può vicariare in via accessoria alcune funzioni appartenenti all'ambito di un altro professionista; per esempio la “mobilizzazione semplice” (o meglio il corretto posizionamento) del paziente allettato (avente carattere più igienico che riabilitativo), pur potendo rientrare nell'ambito della cura del movimento , può essere assicurata da un infermiere piuttosto che dal fisioterapista.

Si tratta di attività che comportano, previa formazione complementare, l'assunzione di una competenza aggiuntiva complementare che può essere classificata sulla base di una serie criteri. Potremo, quindi, parlare di competenza aggiuntiva completare:

- di sistema (se rientra nella formazione aggiuntiva generale di una mentre professione) o di circostanza (se legata alla specifica storia professionale individuale dei singoli professionisti e al contesto operativo);
- transitoria (se la sicurezza è legata al modello operativo in cui è praticabile) o stabile (se attuabile al di fuori dei modelli operativi adottati, mantenendo un significato terapeutico, mentre la sicurezza è assicurata esclusivamente dalla specifica formazione acquisita).

L'adozione di un sistema descrittore per compiti rappresenta, inoltre, un elemento di garanzia per i cittadini sottoposti a tali atti, ma anche per i professionisti, contro gli eccessi di delega oppure contro gli eccessi di esercizio.

In conclusione possiamo affermare che:

- Il comma 566 da una prima risposta concreta al comma 1 dell'art. 22 del patto della salute quando *“conviene sulla necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio sanitario nazionale e di favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi”*, in quanto viene affermato il rispetto reciproco degli ambiti di ciascuna professione sanitaria.
- Rimane incerto per il momento il processo di concertazione, ma è anche vero che data la modifica della 42/1999, le professioni siano obbligate a proseguire verso un nuovo equilibrio, distinguendo le attività sinergiche da quelle complementari.
- Viene, infine (almeno questo è quello che leggo), anche offerto un criterio per governare le attività aggiuntive o complementari, che rappresentano forse un argomento particolarmente delicato in campo per la componente medica, ma visto i criteri di sistema da definire interessa in realtà tutte le professioni

Invece sembra un capitolo a parte non riconducibile al comma 566 quanto è riportato al comma 4 dell'art. 22 del Patto della Salute. Il testo prevedeva l'istituzione di un tavolo “politico” (diverso da quello tecnico definito dal comma 566) che *“alla luce di esperienze di altri Paesi Ue”* avrebbe dovuto *“dettare principi e criteri direttivi in ordine a: a. valorizzazione delle risorse umane del Servizio sanitario nazionale, per favorire l'integrazione multidisciplinare delle professioni sanitarie e i processi di riorganizzazione dei servizi, senza nuovi maggiori oneri a carico della finanza pubblica; b. accesso delle professioni sanitarie al Servizio sanitario nazionale; c. disciplina della formazione di base e specialistica per il personale dipendente e convenzionato della formazione di base specialistica; d. disciplina dello sviluppo professionale di carriera con l'introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nei processi di gestione delle attività professionali e nell'utilizzo del personale nell'ambito dell'organizzazione aziendale; e. introduzione di standard di personale per livello di assistenza, anche attraverso la*

*valorizzazione delle iniziative promosse a livello comunitario, ai fini di determinare il fabbisogno dei professionisti sanitari a livello nazionale”.*

Ultima considerazione generale, le posizioni assunte da alcune organizzazioni sindacali rispetto al comma 566. Non mi sembra giustificata o percorribile la richiesta di azzeramento del comma 566. Se si procedesse in tal senso sarebbe chiara la volontà di non voler porre rimedio alle pessime condizioni del sistema sanitario nazionale (21° posto). Piuttosto non bisogna farsi condizionare dalla paura ancestrale, che non permette di cogliere vantaggi offerti da questo cambio di passo, che in realtà rinforza l'identità del medico oltre a migliorare la qualità dei servizi.. Arroccarsi nell'illusione di far rivivere un sistema che ormai non esiste, potrebbe alla lunga essere più dannoso per tutti.

Del resto, se ci pensiamo bene, è stata proprio la paura a impedire alla Germania di consolidare l'attuale leadership economica in Europa, avendo rinunciato a costruire la propria leadership morale, per esempio proponendo un nuovo Piano Marshall.

Evitiamo di commettere gli stessi errori affrontiamo il comma 566.

**Angelo Papa**