

Ottobre 2014

10

**PROFESSIONI SANITARIE:
QUALE RUOLO NEL FUTURO DEL SSN**



Evoluzione del SSN e professioni

Chi sono e quale ruolo occupano nel Ssn le professioni sanitarie non mediche? Che modello di welfare incarnano con il loro operare quotidiano? Che esigenze di formazione e di riconoscimento professionale esprimono? Come renderle più visibili, valutabili e, progressivamente, più adeguate a fronteggiare l'aumento della richiesta di cura e assistenza? Domande, queste, che da anni impegnano le rappresentanze sindacali, i responsabili locali delle politiche sanitarie, le associazioni professionali, le università e i centri di formazione e che diventano cruciali nel momento in cui la forte contrazione della spesa pubblica e le prospettive di sostenibilità del welfare richiederebbero di far leva, ancor più che in passato, sulle competenze degli operatori e sulla loro capacità di salvaguardare la qualità dei servizi riducendone i costi.

Tutto il sistema delle professioni sanitarie, mediche e non, ha vissuto molti e profondi cambiamenti, per adattare progressivamente alle nuove esigenze i diversi ruoli professionali e definirne le responsabilità all'interno delle organizzazioni. Sino ad oggi, tuttavia, la valorizzazione del ruolo di queste figure e l'investimento nello sviluppo del loro potenziale è stato scarso, certamente inferiore rispetto a quanto avrebbero richiesto le pressioni esercitate da molteplici variabili ambientali (il mutato quadro demografico e socio-epidemiologico, il progresso tecnologico, le convergenze di saperi nei percorsi terapeutici, l'imperativo dell'efficienza produttiva in un contesto di scarsità di risorse, i cambiamenti intervenuti nella demografia delle professioni). Queste sollecitazioni avrebbero dovuto indirizzare il flusso delle attività sanitarie e assistenziali verso i principi di qualità, velocità e appropriatezza. Al contrario, l'introduzione del Ssn, pur creando le condizioni per un decisivo cambiamento dei criteri, metodi e strumenti di gestione, non ha determinato una immediata consapevolezza verso i problemi di funzionalità ed efficienza complessiva, connessi anche alla valorizzazione del personale.

Questa esigenza, avvertita e affrontata da pochi amministratori illuminati, è stata lasciata in secondo piano rispetto alla priorità accordata alla politica sanitaria, di livello nazionale e locale, e agli aspetti giuridici e formali. E' prevalsa, cioè, la percezione che la buona sanità si fondasse su una corretta scelta nell'allocazione delle risorse tra i diversi settori di intervento e tra i diversi gruppi di pazienti, dimenticando la dimensione strategica della valorizzazione e della integrazione delle competenze del personale sanitario.

Si è avvertita in modo sempre più evidente la forte contraddizione tra i principi fondanti del Ssn, l'integrazione degli interventi di tutela della salute nelle sue diverse fasi di tipo "verticale" (prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione) e la gestione unitaria delle strutture di erogazione delle prestazioni e dei servizi. La stessa denominazione di Unità sanitaria locale evoca un *unicum* e cioè il tentativo di superare un modello istituzionale e organizzativo a compartimenti stagni, nel quale ogni settore cerca di ottimizzare il proprio funzionamento e la specializzazione diventa distinzione e diversità (*per una trattazione più estesa sull'evoluzione degli assetti istituzionali del Ssn si rinvia a Borgonovi E., Linee evolutive nei trenta anni di Servizio sanitario nazionale, in Mecosan 85/2013, pag. 6 ss.*).

In concreto, l'obiettivo del coordinamento e dell'integrazione tra settori e professioni non ha condotto al superamento dei tradizionali comportamenti, né in termini di struttura organizzativa, né in termini di sistemi operativi di gestione e incentivazione del personale.

La stessa introduzione del modello aziendale che, nella sua essenza, significa ricerca del rapporto ottimale tra risorse impiegate (umane e strumentali) e risultati ottenuti, **è stata interpretata come preminenza di vincoli e risultati economici rispetto all'esigenza di risposta qualificata ai bisogni di salute.** Elementi di tale impostazione sono stati il finanziamento su base di tariffe Drg, regole orientate a stimolare la competizione tra strutture pubbliche e private o tra diverse strutture pubbliche, sistemi di programmazione e controllo con

attenzione pressoché esclusiva alla gestione del budget.

L'impianto "azienda - centrico" e "regione - centrico" ha generato una visione economicistica del "sistema salute". Bilancio e gerarchia sono diventati dogmi inamovibili, generando così le lacune più vistose del nostro sistema salute, come la scarsa propensione all'innovazione organizzativa e l'inadeguatezza delle politiche di gestione del personale, per affrontare le sfide emergenti sul lato della domanda di salute.

Nelle politiche sanitarie degli ultimi venti anni emerge forte e chiara una disattenzione che percorre trasversalmente il Paese: la scarsa volontà di investire con determinazione sulle professioni di cura e assistenza e l'insufficienza di un'azione decisamente orientata al riconoscimento e alla valorizzazione delle competenze.

Si tratta di una "disattenzione" che riguarda tutto il personale sanitario, del settore pubblico come del privato, che allo stato attuale si rivela particolarmente acuta per i professionisti "non medici": **figure professionali altamente qualificate che, a fronte di un ruolo sempre più determinante nell'azione di cura e di accompagnamento delle persone nel percorso di salute, non hanno ancora raggiunto una collocazione e un riconoscimento adeguati.** Tutto ciò ha delle ricadute evidenti sul piano dell'umanizzazione dei processi di tutela della salute e, di conseguenza, sulla riprogettazione di un welfare fondato sui principi di qualità, velocità, appropriatezza.

Solo nel 2012 si è registrata un'emorragia di circa 9.000 unità (-1,3% rispetto al 2011 e al 2007), in linea con quella che ha colpito tutto il pubblico impiego: da 680.610 lavoratori nel 2011 si è arrivati a quota 672.051 l'anno successivo. Gli effetti delle politiche di stabilizzazione non hanno evitato un significativo ricorso a personale a tempo determinato (4% sul totale del personale), indice di una sofferenza nel riuscire a garantire la continuità nell'erogazione dei servizi.

Al blocco del turnover in vigore nelle Regioni sotto piano di rientro, si sono aggiunti gli effetti del blocco delle assunzioni messo in atto

autonomamente dalle Regioni non sottoposte ai piani di rientro e la rideterminazione al ribasso dei fondi per i contratti integrativi del personale. Ancora una volta, peraltro, si ripropone per il comparto sanità un ulteriore blocco della contrattazione e si richiede al Ssn, in nome del risanamento dei conti pubblici, di rinunciare ad altre risorse, in aggiunta ai 31 miliardi già versati negli ultimi quattro anni.

Tutto questo avviene proprio mentre il Ssn è chiamato a rispondere a due grandi imperativi: il primo, quello di aumentare l'efficienza nell'utilizzo delle risorse (umane e strumentali) a disposizione, ovvero di innalzare il loro livello di produttività; e il secondo, quello di rispondere a bisogni di cura e di assistenza di un paziente sempre più complesso, fragile, "sfidante". All'**appropriatezza clinica**, intesa come capacità di fornire l'intervento più efficace date le caratteristiche e le aspettative di un determinato paziente, deve fare seguito l'**appropriatezza organizzativa**, intesa come capacità di scegliere il livello assistenziale più idoneo alla erogazione delle cure per massimizzare la sicurezza e il benessere del paziente, ottimizzando al contempo l'impiego di risorse.

Non si tratta, quindi, di agire soltanto sulla riqualificazione della spesa sanitaria. La sfida è più complessa: parte da una riprogettazione dei percorsi di cura clinico-assistenziali all'interno di un sistema di servizi a rete e si sviluppa attraverso la valorizzazione professionale di tutti i "produttori di salute". Perché **saranno i nuovi modelli organizzativi, supportati da coerenti percorsi di sviluppo professionale dei lavoratori, a decidere la qualità della risposta alle esigenze di salute emergenti.**

Professioni sanitarie: un inquadramento quantitativo

Il censimento più recente del personale che opera nel mondo della sanità operato su dati 2011, ha riguardato tutto il personale del Servizio Sanitario Nazionale, considerando il personale dipendente che opera nelle Aziende Sanitarie Locali (strutture territoriali ed ospedali), nelle Aziende Ospedaliere e nelle Aziende Ospedaliere Universitarie.

Ad esso si aggiunge il personale dipendente dell'Università che eroga prestazioni assistenziali presso le Aziende Sanitarie, il personale delle strutture equiparate al pubblico, ovvero i Policlinici universitari privati, gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS), gli ospedali classificati, gli

istituti qualificati presidi delle USL, gli enti di ricerca.

Per quanto attiene le figure professionali operanti nell'area infermieristica e ostetrica, della riabilitazione e nell'area tecnica e della prevenzione, la tavola sottostante ne esplica la consistenza numerica e la tipologia di rapporto di lavoro.

Personale sanitario per figura professionale e tipo di rapporto di lavoro - anno 2011 (31/12/2011)
Classificazione Decreto Ministeriale 29/03/2001 - G.U. 23/5/2001 n. 118

Figura professionale	Tempo indeterminato			Tempo determinato			Totale	
	Totale	Tempo pieno	Tempo parziale	Totale	Tempo pieno	Tempo parziale		
Infermiere	248.917	223.137	25.780	11.175	11.102	73	260.092	
Infermiere pediatrico	6.493	5.474	1.019	101	97	4	6.594	
Ostetrica	9.468	8.267	1.201	708	699	9	10.176	
Totale	264.878	236.878	28.000	11.984	11.898	86	276.862	
Area della riabilitazione								
Educatore professionale	3.479	2.861	618	128	124	4	3.607	
Fisioterapista	12.287	10.287	2.000	463	445	18	12.750	
Logopedista	2.220	1.722	498	159	143	16	2.379	
Ortottista	752	623	129	55	54	1	807	
Podologo	31	23	8	16	13	3	47	
Tecnico della riabilitazione psichiatrica (*)	269	258	11	23	23	0	292	
Terapista neuropsicom. età evolutiva	327	267	60	38	36	2	365	
Terapista occupazionale	115	87	28	16	13	3	131	
Totale	19.480	16.128	3.352	898	851	47	20.378	
Area tecnica e della prevenzione								
tecnico-assistenziale	Dietista	1.557	1.352	205	68	59	9	1.625
	Igienista dentale	54	51	3	7	5	2	61
	Tecnico audioprotesista	59	58	1	0	0	0	59
	Tecnico fisiopatologia cardio	466	427	39	26	26	0	492
	Tecnico ortopedico	14	14	0	0	0	0	14
Totale	2.150	1.902	248	101	90	11	2.251	
tecnico-diagnostica	Tecnico audiometrista	323	289	34	18	18	0	341
	Tecnico laboratorio biomedico	16.734	15.090	1.644	712	705	7	17.446
	Tecnico neurofisiopatologia	951	867	84	286	285	1	1.237
	Tecnico radiologia medica	14.856	13.846	1.010	667	665	2	15.523
Totale	32.864	30.092	2.772	1.683	1.673	10	34.547	
prevenzione	Assistente sanitario	3.578	2.826	752	53	50	3	3.631
	Tecnico prevenzione	7.342	7.008	334	70	65	5	7.412
Totale	10.920	9.834	1.128	123	115	8	11.043	

(*) collaboratore professionale - sanitario tecnico dell'educazione, della riabilitazione psichiatrica e psicosociale

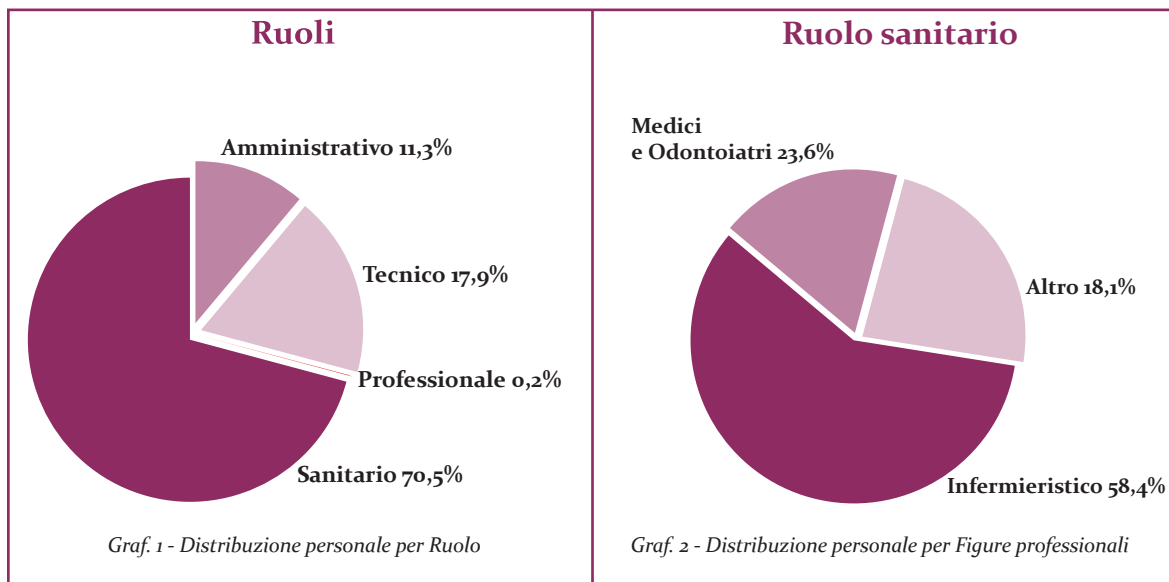
Elaborazioni su dati del conto annuale - Tab.1A (ASL, AO, AOU, IRCCS PUBBLICI, ESTAV TOSCANA, ISPO, ARES LAZIO, ARES LOMBARDIA)

Il Ministero della Salute, inoltre, ha pubblicato nel maggio 2014 uno studio ("Personale delle ASL e degli Istituti di cura pubblica") contenente la distinzione percentuale per ruolo e, nello specifico, all'interno del ruolo sanitario, di tutto il personale dipendente del

Servizio Sanitario Nazionale.

Il primo grafico riporta il personale per ruolo, il secondo riporta invece il dettaglio percentuale dei profili professionali, a prescindere dalla posizione funzionale, suddiviso per ruolo di appartenenza (infermieristico, medico, altro).

Personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale
(Aziende sanitarie locali, Aziende ospedaliere, Aziende ospedaliere integrate con il SSN e Aziende ospedaliere integrate con l'Università)
Anno 2011



I 22 profili professionali del personale sanitario non medico, in possesso di Laurea triennale presso la Facoltà di Medicina e Chirurgia, **compongono quindi quasi il 60% di tutta la galassia professionale che sovrintende la salute pubblica.**

Secondo la Conferenza nazionale dei Corsi di Laurea delle professioni sanitarie, che ha condotto uno studio in collaborazione con tutti gli Atenei d'Italia con Facoltà/ Scuole di Medicina e Chirurgia, nell'anno accademico 2014-2015 il numero di aspiranti ai 22 corsi di laurea delle Professioni Sanitarie è sostanzialmente diminuito (ma è diminuito anche il numero di posti a bando) (**Tab. 1**).

Si tratta di un trend che, purtroppo, è strettamente collegato al calo occupazionale registrato negli ultimi 5 anni nel settore Sanità e in tutti i settori del pubblico impiego, quale effetto combinato della crisi e delle politiche di tagli lineari al personale e di disinvestimento nel SSN.

L'Italia – che, lo ricordiamo, è considerata il secondo Paese più longevo tra i paesi Ocse, con una stima di over 65 che nel 2050 costituiranno circa un terzo della popolazione italiana, e di over 80 che raggiungeranno il 13,6% - necessita di un SSN in grado di affrontare le sfide dell'efficienza e della sostenibilità economica

non mediante una politica di compressione della spesa, ma mediante un ripensamento globale dei modelli organizzativi e una diversa distribuzione e valorizzazione delle competenze di tutte le famiglie professionali che lo compongono.

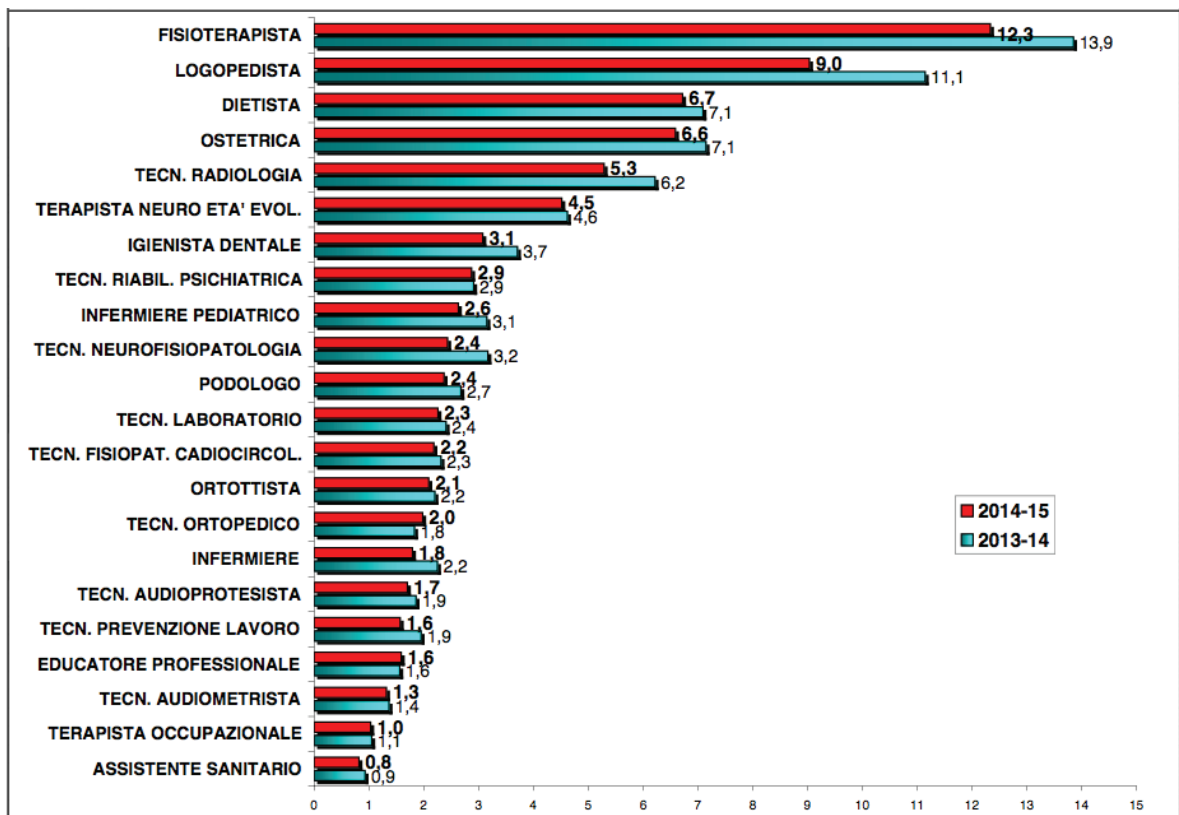
In particolare, i nuovi modelli di assistenza sanitaria allo studio in tutto l'occidente industrializzato, compresi i Paesi dell'Unione Europea, si basano su una riqualificazione e valorizzazione delle competenze delle professioni sanitarie non mediche, quale fulcro attorno a cui far ruotare l'organizzazione pubblica della cura e assistenza, sia ospedaliera, sia territoriale, per garantire risposte adeguate e di qualità a costi più contenuti.

Da un punto di vista normativo, le professioni sanitarie non mediche hanno già ampiamente intrapreso un percorso di riqualificazione, che si è snodato lungo tutto l'ultimo ventennio. Si tratta ora di portare a compimento tale iter.

L'evoluzione delle professioni sanitarie: una ricostruzione legislativa

L'esigenza di adeguamento all'evoluzione scientifica e tecnologica della sanità e ai nuovi bisogni ha condotto ad una profonda riforma

Tab. 1 -Richieste di accesso per un posto (confronto 2013-2014 e 2014-2015)



Fonte: Sole 24 ore Sanità 7/13 ottobre 2014

delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, nonché della professione di ostetrica, sia nell'aspetto ordinamentale che in quello formativo.

L'evoluzione delle professioni sanitarie vede il suo inizio con il d.lgs 502/1992 che, nell'adeguare l'impianto del SSN, devolve l'individuazione e regolamentazione dei profili professionali dell'area sanitaria al Ministero della Salute, e trasferisce la formazione professionale dalla sede regionale a quella universitaria, inserendola nella stessa Facoltà di Medicina e Chirurgia. Questo ultimo passaggio ribadisce il legame che deve sussistere tra l'utilità sociale di un profilo professionale (definita dalle competenze proprie) e il corrispondente livello formativo universitario. In altri termini, lo Stato, garante del rispetto dell'articolo 32 della Costituzione, commissiona all'Università la specifica formazione di un professionista di cui esso stesso ha stabilito il campo di attività e responsabilità proprie.

Tra l'altro, il d.lgs 502/1992 e i successivi 517/1993 e 229/1999 di riordino del sistema sanitario nazionale affermano il principio dell'**educazione continua in medicina** (Ecm), in base al quale nel 2002 la formazione continua del personale sanitario è diventata obbligatoria.

L'emanazione dei decreti ministeriali che hanno attribuito autonomia, competenza e responsabilità a 22 professioni sanitarie incontra notevoli difficoltà ingenerate dalla preoccupazione di una possibile invasione nella sfera di competenza di altre professioni o di un eccesso di autonomia.

Successivamente è la legge 42/1999, recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", a porre un'altra pietra miliare nel processo di crescita delle professioni sanitarie. L'eliminazione dell'aggettivo "ausiliarie" dalla denominazione "professioni sanitarie ausiliarie", è stata la premessa giuridica indispensabile per l'abolizione del mansionario, per affrancare le professioni

sanitarie dal rango della subalternità e per far assurgere a valore normativo più elevato le tre coordinate entro cui ridefinire il campo proprio delle attività e responsabilità delle professioni: il Decreto ministeriale sul profilo, l'ordinamento didattico e il Codice deontologico, che assurge a regola giuridica perché recepito da una legge dello Stato.

L'art. 1, comma 2 della legge 52/1999, infatti, recita testualmente: *“(...) Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (...) 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”*.

I principi cardine di questa legge – responsabilità, attività, competenza, autonomia – sono stati rafforzati dalla prima vera legge quadro del settore, la legge 251/2000, recante *“Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”*. Per effetto di questo quadro normativo, ciascuna delle 22 professioni sanitarie viene definita professione autonoma avente ad oggetto *“attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva”* (art. 1, comma 1). Si tratta di un passaggio fondamentale, perché **il concetto di autonomia implica la discrezionalità delle scelte operative e la relativa assunzione di responsabilità, la competenza nella valutazione dei bisogni, la capacità di pianificare gli interventi e verificarne i risultati.**

Le funzioni proprie della professione sono definite *“dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza”*, e dai contratti, fermo restando che ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo

Stato e dalle Regioni *“nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative”* (art.1, comma 1), alla luce dell'evoluzione dei percorsi formativi definiti dalle istituzioni universitarie e formative. 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 afferma che **sull'insieme della materia delle professioni, Stato e Regioni hanno competenza concorrente.**

Con la legge 251, inoltre, si riordinano le professioni in quattro categorie (infermieristiche e ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie, tecniche della prevenzione). Ciò consente l'ancoraggio, sul piano formativo, al Dm 2 aprile 2001, che a sua volta determina le omologhe quattro classi delle lauree specialistiche delle professioni sanitarie.

Le leggi 42 e 251 segnano il definitivo abbandono del ruolo *“residuale”* delle professioni sanitarie non mediche, ma non completano ancora l'iter di riconoscimento, avviato nel 1999, con la trasformazione dei Collegi in Ordini e l'istituzione di Albi e Ordini per le professioni sprovviste. Su questo punto interviene nel 2006 la legge n. 43, che reca *“Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l'istituzione dei relativi ordini professionali”*. La legge sancisce una nuova articolazione delle professioni, al loro interno, in riferimento alla acquisizione di titoli universitari (professionista, professionista specialista, professionista coordinatore, professionista dirigente) e conferisce una delega al Governo, da esercitare entro sei mesi, con il fine di trasformare definitivamente i Collegi esistenti in Ordini professionali e di istituire i nuovi Ordini per le professioni che ne erano prive. L'articolo 4, in particolare, prevede l'istituzione di almeno un Ordine professionale per ogni area di suddivisione delle professioni sanitarie (infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione e della

prevenzione) e stabilisce che all'interno delle singole federazioni di Ordini si collochino gli Albi professionali, uno per ciascuna delle professioni individuate dalla legge n. 251/2000.

Quella delega non è stata esercitata in tempo, tanto che il complessivo riordino della disciplina degli Ordini delle professioni sanitarie costituisce materia del **disegno di legge n. 1324 attualmente in discussione presso la XII Commissione Igiene e Sanità del Senato**.

L'articolo 3 del ddl effettua un'operazione di "ammodernamento della disciplina ordinistica delle professioni sanitarie in una dimensione anche globalizzata", con un intervento di riordino e riassetto della vigente normativa, risalente a quasi settant'anni fa (capi I, II e III del d.lgs 233/1946).

L'obiettivo dichiarato è quello di "incidere sul corretto funzionamento concorrenziale del mercato e sulla competitività del Paese", avviando il "superamento del sistema che non risulta essere più aderente alle esigenze odierne, soprattutto mantenendone la funzionalità nell'interesse dei cittadini e degli utenti".

Le disposizioni principali riguardano:

- il complessivo riordino delle professioni sanitarie di medico-chirurgo, medico-veterinario e farmacista, biologo e psicologo, inserendo questi ultimi nell'ambito delle professioni sanitarie;
- la trasformazione in Ordine - da costituirsi in ogni provincia o città metropolitana - degli albi delle professioni sanitarie-infermieristiche, ostetricia, tecnico sanitarie di radiologia medica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, accorpandovi anche l'attuale albo degli assistenti sanitari;
- la definizione degli Ordini come organi sussidiari dello Stato dotati di autonomia patrimoniale, finanziaria, regolamentare e disciplinare.

Tra i compiti assegnati agli Ordini figurano la tenuta e la pubblicità degli Albi delle

rispettive professioni e la verifica del possesso dei titoli abilitanti all'esercizio professionale, la valutazione delle attività di formazione continua, il rafforzamento dei codici deontologici, la trasparenza della comunicazione, l'istituzione di specifici organi disciplinari. Scongiurando il rischio che questa operazione si trasformi in un irrigidimento burocratico che legittimi una difesa corporativa delle prerogative spettanti ai vari profili, con evidenti ripercussioni sull'integrazione professionale, non c'è dubbio che l'ammodernamento della disciplina ordinistica possa contribuire a dare coerenza al sistema delle professioni, pari dignità professionale a tutti gli operatori della salute e maggiori garanzie ai cittadini, mediante un controllo più serrato sulle competenze e sull'impegno deontologico dei professionisti.

Ridefinizione e implementazione delle competenze infermieristiche

Le trasformazioni in atto nel Ssn sono evidenti: il ridimensionamento delle strutture dedicate alle acuzie, il ridisegno delle cure primarie, l'orientamento alla continuità assistenziale ospedale-territorio, l'implementazione di tutte le forme di assistenza domiciliare, i cambiamenti organizzativi interni alla strutture ospedaliere verso un modello per intensità di cura.

Tutti questi cambiamenti ruotano intorno alle professioni sanitarie, non solo per quanto attiene la specifica competenza professionale, ma anche per quella manageriale, relativa cioè alla capacità di gestire il cambiamento organizzativo stesso.

Sino ad ora questa esigenza si è spesso accompagnata a soluzioni incerte o ambigue, sia in termini di assetti organizzativi che di responsabilità e ruoli; ma ora l'ambiguità rischia di frenare lo stesso sviluppo di modelli avanzati di welfare sanitario.

Gli infermieri e le altre professioni sanitarie, nell'ambito delle responsabilità già delineate dagli specifici profili professionali di riferimento, sono i garanti del processo

assistenziale. Per questo motivo **non è più rinviabile l'evoluzione professionale verso nuove competenze avanzate di tipo specialistico, definendo, anche sotto il profilo normativo, i percorsi atti a raggiungerle.**

Esempio emblematico di tale processo è l'implementazione delle competenze del personale infermieristico. Dopo anni di intensi confronti tra le rappresentanze professionali e sindacali, sembra ora avviato il definitivo riconoscimento. E' infatti all'esame della Conferenza Stato-Regioni una **Bozza di Accordo** (*Bozza di accordo ai sensi dell'art.4 del DLgs 28 agosto 1997, n. 281, tra 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*) per definire le nuove competenze avanzate e specialistiche del personale infermieristico.

Si tratta di un provvedimento richiesto proprio dalle Regioni, sulla base di esperienze consolidate sia in Italia che in altri Stati europei e in Nord America. Il concetto di pratica infermieristica avanzata nasce infatti negli Stati Uniti e in Canada fin dal 1960. Dal 1980 è applicato nel Regno Unito come risposta alle mutate esigenze sanitarie. Da allora tale concetto ha continuato ad evolversi, considerando **lo sviluppo della pratica clinica, della ricerca, dell'educazione, della leadership e dello sviluppo professionale come suoi elementi costitutivi.** Se questo vale soprattutto negli Stati Uniti e in Inghilterra, anche nei Paesi Nordici e specialmente in Finlandia questa concezione ha fatto sì che l'operato dell'infermiere, rivestendo ad esempio il ruolo di Infermiere di famiglia sul territorio, sia diventato centrale nella sanità pubblica. Anche in Italia esistono alcuni progetti sperimentali virtuosi di riconoscimento e valorizzazione delle risorse infermieristiche, che in taluni casi svolgono un ruolo, autonomo e non sostituibile, di presa in carico, monitoraggio e gestione del paziente anche in casi emergenziali

(come avviene ad esempio nei casi di triage avanzato, abitualmente adottato nei Pronto Soccorso che registrano un numero di accessi superiore a 25 mila l'anno, affidata in toto ad infermieri di comprovata esperienza. Nel triage avanzato l'infermiere mette in atto, per i pazienti che ritiene a rischio, come nei casi di dolore toracico sospetto, ma non da codice rosso, una serie di pratiche assistenziali per rilevare i parametri, tenendo il paziente sotto osservazione. In tal modo si riducono i rischi clinici di un'attesa controllata, ma non assistita, e al tempo stesso è possibile codificare in modo più puntuale le priorità di intervento).

In Italia, il percorso dell'implementazione delle competenze era stato positivamente avviato sia per i tecnici di radiologia (TRSM) che per gli infermieri. Tale percorso poggiava già su solide basi, date dalla legge n. 43/2006. La Bozza di Accordo che ne è seguito è stata vagliato positivamente dal Ministero della Salute ed inviato alla Conferenza Stato Regioni. Esso intende dare vita, anche formalmente, nel nostro Paese, ad una profonda innovazione dell'organizzazione del lavoro in materia di sanità, funzionale a valorizzare il ruolo e le funzioni degli infermieri, consentendo al sistema di fornire prestazioni sanitarie più adeguate, efficaci ed efficienti ai cittadini, sia in ospedale che sui territori.

Per poter investire nella professione infermieristica, secondo l'Accordo, occorre sancire una nuova autonomia e responsabilità professionale, ampliando le competenze/responsabilità acquisite nel percorso formativo e definendo l'ambito di azione e lo spazio istituzionale in cui applicarle.

Emblematico in tal senso è stato l'**episodio che ha coinvolto i TSRM della Casa della Salute di Marlia**, in Toscana, assolti con formula piena "perché il fatto non sussiste" dall'accusa di abuso di professione per aver svolto la loro prestazione su prescrizione medica senza la presenza fisica del medico radiologo. La notizia è di fondamentale importanza perché valorizza il percorso che la Cisl Fp ha intrapreso sull'implementazione delle competenze di tutte le professioni sanitarie.

Con la sigla del **Patto per la Salute 2014/2016**, che nell'art. 22 (cfr pag. 15) interviene 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", il percorso dell'implementazione delle competenze potrebbe a breve approdare in modo compiuto ad un esito positivo, verso un coordinamento nazionale che regoli nel dettaglio la vita professionale ed organizzativa di tutti gli operatori del sistema sanitario nazionale.

Per dare attuazione concreta all'obiettivo di valorizzare ed integrare le risorse professionali del sistema salute, in coerenza con l'evoluzione formativa ed ordinamentale degli operatori sanitari, la Cisl FP ha sostenuto la creazione di una **cabina di regia nazionale** per un coordinamento fattivo degli operatori del sistema sanitario e per ribadire il tratto universale e unitario del sistema salute.

Composta dai rappresentanti istituzionali e da un rappresentante per ogni organizzazione sindacale rappresentativa del comparto, delle aree dirigenziali e dell'area convenzionata, essa deve intendersi come luogo di un confronto privilegiato e partecipato sugli ambiti di sviluppo professionale, organizzativo e formativo collegati alle innovazioni introdotte da norme legislative, contrattuali, e da specifiche intese.

In seno alla cabina si dovrà avviare un confronto permanente anche sui contenuti del Patto per la Salute, nell'ambito del quale monitorare e verificare la revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, valutando le sperimentazioni in corso e promuovendo le buone pratiche.

* Per una trattazione approfondita sulle criticità del percorso di sviluppo delle professioni sanitarie si rinvia ai materiali di Mario Del Vecchio, predisposti in occasione della giornata formativa dedicata alle professioni sanitarie, organizzata dalla Cisl Fp l'11 aprile 2014. Chi fosse interessato a visionarli può inoltrare la propria richiesta all'indirizzo fps@cisl.it.

Integrazione multi-professionale e sviluppo del potenziale

Il percorso di implementazione delle competenze infermieristiche non è solo il frutto di una mobilitazione sindacale volta al riconoscimento del ruolo e delle nuove responsabilità della professione infermieristica. E' qualcosa di più. E' l'anticipazione di una innovazione ormai improrogabile che va estesa a tutte le professioni sanitarie e che si fonda sulla necessità di rivedere e ripensare l'offerta, ridisegnare le modalità di approccio alla domanda, ristrutturare le linee di governance. **I vecchi modelli non sono più performanti e il cambiamento è ineludibile.**

Questi vettori di cambiamento aprono nuovi scenari organizzativi e legittimano un orientamento ormai consolidato: **per ridisegnare l'offerta sanitaria è necessario ridefinire le presenze professionali, le competenze, le responsabilità, le loro relazioni.**

Occorre cioè, un investimento forte sulle competenze di tutte le figure sanitarie in una logica di integrazione tra famiglie professionali. L'attenzione è centrata sulle risorse in termini di abilità, competenze, saperi che, integrati tra loro, danno maggiori opportunità di far fronte a problemi complessi, non superabili con interventi settoriali, pur se qualificati (*sul tema della creazione del valore di utilità delle risorse umane in sanità si rinvia a Marra F., Risorse umane in sanità, Franco Angeli, 2013*).

L'integrazione è un valore che si realizza sulla base di un sistema di norme (leggi, regolamenti, accordi), attraverso percorsi tecnici metodologicamente fondati per ogni professione, ma soprattutto attraverso una mentalità e una cultura comune. Se i diversi soggetti sono consapevoli di rappresentare qualcosa di parziale, di avere conoscenze parziali, di disporre di risorse limitate, ma nel contempo di dover garantire una risposta che risulti rispettosa della persona che è globale (e non sommatoria di segmenti, di bisogni, di parti) ed efficace (che faccia star bene), allora la strada da percorrere è quella dell'integrazione,

della sinergia, del coordinamento, della condivisione di responsabilità.

Il punto è costruire e far funzionare un'organizzazione a tutti gli effetti multi-professionale, in cui la "presa in carico" è il risultato dell'attività complementare di diversi profili.

Sul piano culturale e di innovazione organizzativa, si tratta di confutare l'idea che l'importanza di un professionista nell'ospedale sia data dai posti letto gestiti, per spostare l'attenzione sulle sue competenze, agite e potenziali.

Puntare sulla crescita e l'integrazione delle competenze vuol dire proporre un cambio di passo fondamentale nell'approccio alla gestione del capitale umano in sanità, a partire dalla propensione a dare minore importanza all'aspetto quantitativo nel fabbisogno delle risorse umane (quante risorse servono) rispetto all'aspetto qualitativo (quali risorse). Questa criticità incide sulla carenza di informazioni del potenziale disponibile, con distorsioni notevoli nella giusta collocazione funzionale degli operatori.

Occorre, inoltre, smettere di concepire i saperi medico-chirurgici come l'elemento ordinatore di un sistema che non è più imperniato sul rapporto medico-paziente.

Per lungo tempo, infatti, è stata la "geografia dei saperi" a disegnare l'assetto organizzativo delle strutture sanitarie. D'altronde, la strategia di separazione organizzativa operata in passato sulla base delle competenze/specialità, insieme alla spinta alla dipartimentalizzazione, non ha assecondato il passaggio verso un sistema sanitario evoluto. Il buon funzionamento di una struttura sanitaria dipende, oggi, dalla capacità di spostare il focus dall'afferenza clinica (patologia) al bisogno assistenziale, all'interno di una rete di servizi organizzati come una vera e propria "filiera produttiva".

Partendo dal riconoscimento dell'attuale inadeguatezza del modello tradizionale fondato sul reparto-unità operativa monospecialistica, alcuni ospedali hanno sperimentato nuovi modelli organizzativi in cui divisione degli spazi e assistenza seguono il concetto di "intensità di cura". Si tratta di un impianto

progettuale dell'organizzazione ospedaliera strutturato sulla base delle caratteristiche del paziente rispetto ai livelli di instabilità clinica e di complessità assistenziale, invertendo la logica tradizionale per cui il paziente è allocato secondo un'appartenenza disciplinare (Cfr. Lega F., *Oltre i pregiudizi e le mode. Natura e sostanza dell'innovazione organizzativa dell'ospedale, in Rapporto Oasi 2012, pag. 503 ss.*).

Si tratta di un modello di ospedale ad alta intensità di relazioni, che favorisce l'interprofessionalità, l'interdisciplinarietà, il dialogo e si propone di garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le patologie di pazienti riuniti in una piattaforma logistica di ricovero con uguale livello di bisogno assistenziale.

In particolare, il focus sul bisogno assistenziale diventa l'elemento centrale per diversi ordini di motivi:

- il numero crescente di pazienti polipatologici per i quali è difficile individuare un'afferenza clinica predominante;
- la riduzione dei posti letto che rende insostenibile una struttura organizzativa basata su singole specialità cliniche;
- la massima efficienza operativa delle risorse "collo di bottiglia" (dal posto letto, all'ambulatorio, alla sala operatoria, alle strumentazioni diagnostiche).

È in questa direzione che va contestualizzato lo sviluppo delle professioni sanitarie, a partire da quella infermieristica, che si trova a dover assumere nuove e più esplicite responsabilità, sia di tipo tecnico-assistenziale che gestionale. La suddivisione dei pazienti in base a criteri diversi dalla patologia, infatti, permette di concentrare in spazi dedicati soggetti che condividono bisogni e riposte assistenziali simili e dunque apre la strada ad economie di conoscenza e ad una più marcata specializzazione dell'assistenza infermieristica. Allo stesso tempo, la diffusione di soluzioni organizzative ispirate al concetto di intensità di cura richiede la definizione di nuovi ruoli gestionali incardinati su un diverso tipo di organizzazione. Di qui l'emergere di una funzione di gestione operativa, cioè di una

responsabilità sul funzionamento ottimale dei processi organizzativi che sottostanno le attività di cura e di assistenza.

Non si tratta di mera teoria. Basta pensare alla configurazione di reparti low care (a bassa intensità di cura) a gestione prevalentemente infermieristica (come i reparti multi specialistici di post-acuto che avviano la transizione del paziente verso il territorio e accelerano la dimissione in condizioni ottimali). Un esempio di questi si trova in Emilia-Romagna, dove nove Aziende sanitarie sono state coinvolte nella sperimentazione di una modalità di organizzazione dell'assistenza ospedaliera articolata per aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e al livello di complessità assistenziale che richiedono.

Un ulteriore esempio è il progetto sperimentale del *See & Treat*, avviato nel 2010 dalla Regione Toscana con l'obiettivo di sostenere lo sviluppo di nuove competenze infermieristiche nella valutazione, nel trattamento e nella dimissione in sicurezza del paziente che accede al Pronto Soccorso per problematiche minori, trattabili nell'area dedicata a questa nuova piattaforma operativa. L'intero percorso formativo previsto per gli operatori del *See & Treat* muove dal bagaglio culturale e professionale fornito dalla preparazione universitaria e post-base dei laureati in scienze infermieristiche, per poi concretizzarsi nello studio teorico-pratico di protocolli operativi diagnostico-terapeutici da eseguire nel trattamento delle problematiche minori. Con l'obiettivo di rispondere alle nuove necessità organizzative dei dipartimenti di Emergenza-Urgenza, la sperimentazione si è tradotta in una sensibile riduzione dei tempi di attesa e in una effettiva valorizzazione della professionalità del personale infermieristico.

* La rimodulazione dei tradizionali setting di cura e assistenziali dell'ospedale e l'evoluzione della geografia dei servizi verso il territorio e la domiciliarità sono temi affrontati da Federico Lega e Stefano Tasselli, in occasione della giornata formativa dedicata alle professioni sanitarie organizzata dalla Cisl Fp l'11 aprile 2014. Chi fosse interessato a visionare i materiali di approfondimento può inoltrare la propria richiesta all'indirizzo fps@cisl.it.

Il Patto per la salute 2014 – 2016: la direzione del cambiamento

Un modello di governance delle reti clinico-assistenziali che superi la settorialità e l'autoreferenzialità degli interessi corporativi, sostituendo al modello gerarchico-burocratico la coordinazione negoziata e condivisa del sistema socio-sanitario e un ripensamento degli ambiti di competenza dei vari professionisti, oltre che una più accurata definizione del ruolo e delle responsabilità di ciascuno: questa è la direzione del cambiamento tracciata nel Patto per la salute 2014 – 2016.

Un cambiamento che si snoda attraverso un nuovo modello di servizio, quello della medicina di iniziativa (e non più di attesa), capace di reclutare proattivamente e precocemente i pazienti in stadi di patologia iniziali, per inserirli in percorsi diagnostico-assistenziali costo/efficaci, rispetto ai quali controllare l'aderenza dei professionisti e la soddisfazione dei pazienti e un forte investimento sui servizi territoriali.

In particolare, l'offerta sul territorio si sviluppa attorno a tre assi (Uccp/Uft, strutture protette, ospedale di comunità):

- nelle cure primarie il pivot è l'unità complessa di cure primarie (Uccp), sinonimo di Casa della Salute, ovvero una sede fisica aperta tutto il giorno sette giorni alla settimana, in cui trovare specialisti ambulatoriali, Mmg, infermieri, che garantiscono tutti i servizi necessari per la cronicità e l'accesso a eventuali prestazioni di rango superiore. Le Uccp devono operare come perno per le reti di Mmg e pediatri di base (Uft) che, oltre a essere connesse internamente tra loro, inviano i propri pazienti alla Uccp/Casa della salute per accedere alle prestazioni per la cronicità.
- la non autosufficienza trova risposta in ogni territorio attraverso una filiera di strutture residenziali e diurne costruita in base a standard regionali, articolata in lungodegenza/post-acuto, riabilitazione e strutture protette.
- ogni distretto decentrato dal capoluogo viene dotato di un piccolo ospedale di

comunità, ovvero un presidio subacuto, a bassa intensità medica, dove ricoverare cronici acutizzati o non autosufficienti in momenti di difficoltà, laddove la famiglia o la retesociale non sia in grado di mantenerne l'assistenza domiciliare. Essi hanno lo scopo di prevenire il ricorso a ospedalizzazioni inappropriate, mantenere il paziente, di norma anziano, più vicino a casa e trovare uno sbocco per i piccoli presidi decentrati da riconvertire, garantendo comunque una riduzione dei costi.

Ciò che caratterizza tutti questi setting assistenziali è la multi professionalità e la collaborazione di medici specialisti con medici di base, infermieri e con tutte le diverse professioni sanitarie territoriali coinvolti negli stessi ambienti o nelle stesse filiere, in un processo di assistenza condiviso sullo stesso paziente.

Il disegno che emerge è organico, frutto di una precisa visione, coerente con il quadro epidemiologico emergente e evolutivo, ma capace di valorizzare le esperienze più mature già in campo in alcune Regioni.

Esso pone però numerose e decisive sfide attuative (e non più normative): riconvertire/costruire i luoghi fisici delle cure territoriali (Uccp, strutture protette ecc.), attivare la medicina di iniziativa, definire i percorsi per patologia, costruire i sistemi informatici di integrazione multi professionale e definire esattamente quali sono i compiti e chi li deve svolgere, lungo tutta la filiera professionale. Un esempio su tutti è il nuovo ruolo degli infermieri come “gestori” degli ospedali di comunità, anello di congiunzione tra ospedale e territorio, garanzia della continuità assistenziale per i pazienti e dell'assistenza nelle zone disagiate, affinché non esistano più situazioni limite per la salute. Ed è proprio rispetto a questo nuovo ruolo che va rilanciato il percorso sull'implementazione delle competenze rafforzato, per quanto riguarda tutte le professioni sanitarie non mediche, dalla previsione di un disegno di legge delega (art. 22 del Patto) che ha tra i suoi principi e criteri direttivi:

- la disciplina dello sviluppo professionale

e di carriera con l'introduzione di misure volte ad assicurare una maggiore flessibilità nell'utilizzo del personale all'interno dell'organizzazione aziendale;

- la valorizzazione delle risorse umane per favorire i processi di riorganizzazione dei servizi.

Rimane da definire come sviluppare tutte le competenze del sistema per attuare la progettualità fissata nel Patto, come valutarle, come creare un processo sistemico di apprendimento e sedimentazione delle conoscenze gestionali utili al Ssn. Senza contrattazione, di certo, si rinuncia ad una leva di implementazione preziosa. Per il momento, basterebbe almeno riavviare e portare a termine il percorso già iniziato sull'implementazione delle competenze infermieristiche: sarebbe un primo esempio positivo su come collegare la valorizzazione delle specifiche competenze di una famiglia professionale ad una organizzazione sanitaria che ne sviluppi e ne capitalizzi il potenziale.

Da ultimo è il **disegno di legge AC 2679 (legge di stabilità 2015)** a rilanciare l'idea di un Accordo Governo Regioni per la ridefinizione di ruoli, competenze, relazioni professionali, responsabilità individuali e di *equipe* su compiti funzioni e obiettivi, delle professioni sanitarie non mediche (art. 39, comma 12).

Non mancano, dunque, gli strumenti, i percorsi normativi e, almeno formalmente, la volontà politica di innovare. Ingredienti fondamentali per restituire ai professionisti della salute una centralità ormai indispensabile.

Patto della salute 2014/2016

Art. 22

1. Al fine di garantire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, ai servizi territoriali e le relative forme di integrazione, alla promozione della salute e alla presa in carico della cronicità e delle non autosufficienze e di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione, si 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, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.
2. Si conviene, che l'articolo 1, comma 174 della legge n. 311/2004 e s.m.i. sia modificato affinché il blocco automatico del turn over operi fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello di verifica.
3. Si conviene, per l'attuazione di quanto previsto al comma 1, di procedere ad innovare l'accesso delle professioni sanitarie al Servizio Sanitario Nazionale, nonché a ridisciplinare la formazione di base e specialistica, lo 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.
4. Al fine di razionalizzare le finalità di cui ai precedenti commi, si conviene che il Governo e le Regioni istituiscano apposito tavolo politico per individuare, anche alla luce di esperienze di altri Paesi UE, specifiche soluzioni normative.
Il tavolo concluderà i lavori entro il 31 dicembre 2014 e si concluderà con la definizione di un disegno di legge delega che dovrà specificamente 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 o 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 standards 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;
 - f) precariato: si conviene al fine di assicurare l'erogazione dei Lea e la sicurezza delle cure, di dare attuazione a quanto previsto dall'articolo 4, comma 10, del dl n. 101 del 2013, convertito, con modificazioni, nella legge n. 125 del 2013 in materia di stabilizzazione del personale precario, subordinatamente alla definizione, da parte dell'apposito D.P.C.M. ivi previsto, dei relativi criteri applicativi e nel rispetto degli stessi.
5. Inoltre in materia di contenimento delle spese di personale, si conviene di modificare il comma 3 -bis dell'articolo 17 del decreto legge n. 98/2011 che impone, a partire dal 2015, il rispetto del vincolo previsto dall'articolo 2, commi 71 e 72 della legge n. 191/2009 (spesa 2004 diminuita dell'1,4%) indipendentemente dall'effettivo conseguimento dell'equilibrio economico - prevedendo che le Regioni siano considerate adempienti ove venga accertato, con le modalità previste dall'articolo 2, comma 73 della citata legge n. 191/2009, il conseguimento di tale vincolo attraverso un percorso graduale fino all'applicazione totale dello stesso nel 2020. Si conviene altresì di effettuare un approfondimento tecnico ai fini dell'aggiornamento del parametro spesa 2004 -1,4%.

