

I rapporti medici-nursing e i modelli di responsabilità sperimentati in alcune Regioni

# See&treat, diritto d'infermiere

Contano competenze e norme regolatorie e non le "tradizioni professionali"

Sulle pagine del Sole-24 Ore Sanità n. 26/2010 è stato pubblicato uno speciale sui «Noi giuridici del see&treat» curato da Gianfranco Iadecola su cui sono necessarie delle precisazioni. Ero presente anche io, in qualità di relatore all'iniziativa di maggio a Rimini della FnomCeO e colgo l'occasione per dissentire dall'amico Iadecola sulla sperimentazione in Toscana del modello organizzativo «see&treat».

Il «see&treat» è una metodologia di carattere organizzativo del pronto soccorso che si affianca all'attività di triage che resta la normale risposta per i casi più gravi mentre il «see&treat», che nasce all'interno del Ssn inglese, viene utilizzato per la risoluzione dei problemi minori e come soluzione di contenimento delle attese. Si tratta quindi di dare risposte a problemi di salute minori - debitamente classificati - e affidati, di fatto, a personale infermieristico adeguatamente formato. La discussione sul «see&treat» è comunque un pretesto per allargare il discorso sulle competenze delle professioni sanitarie, con particolare riguardo a quella infermieristica, nel nuovo contesto.

**Il problema della legittimità dell'agire delle professioni sanitarie.** Si pone, in primo luogo, un problema di legittimità più che un problema di responsabilità. Si invoca infatti l'art. 348 del codice penale che punisce l'esercizio abusivo della professione. Lo riportiamo per esteso: «*Chiunque abusivamente*

## La differenza tra curare e prendersi cura

**Quali sono i confini dell'atto medico? E fin dove può arrivare in questo senso (anche dal punto di vista penale della responsabilità nei confronti del paziente) l'impegno delle altre professioni, infermieri in testa?**

**Occasione per rispondere a queste domande è stato un incontro promosso a Rimini dalla FnomCeO a metà maggio, sul rapporto tra medici e professioni sanitarie. Ma il punto di vista dei medici, riportato nell'analisi dell'avvocato Gianfranco Iadecola (v. Il Sole-24 Ore Sanità n.**

**26/2010) soprattutto rispetto ai modelli sperimentali della Toscana see and treat nell'ambito del pronto soccorso e dell'Emilia Romagna fast and track surgery non è piaciuto agli infermieri che sono direttamente coinvolti e responsabilizzati nelle due Regioni. Ad accendere la miccia della "bomba" sempre innescata del rapporto medici-infermieri è stata la domanda che Iadecola si pone sulle sperimentazioni: sono in linea con quanto fin qui elaborato dalla giurisprudenza in tema di responsabilità medica e sanitaria? Netta è la**

**risposta degli avvocati che sono dalla parte del nursing (Luca Benci e Giannantonio Barbieri), riportata in queste pagine assieme al giudizio della professione (Annalisa Silvestro): il medico si occupa della malattia, l'infermiere delle conseguenze della malattia e della qualità di vita della persona. Nessun esercizio abusivo della professione quindi, sostengono, ma solo il rispetto dei compiti affidati agli infermieri dalla legge 42/1999 prima e dalla 251/2000 poi, che hanno indicato gli ambiti di autonomia delle professioni sanitarie.**

*esercita una professione, per la quale è richiesta una speciale abilitazione da parte dello Stato, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa da euro 103 a euro 116».*

Questo articolo contiene una "norma penale in bianco" destinata cioè a essere integrata da norme extrapenalistiche che altro non sono che quelle che delimitano e regolamentano l'esercizio delle varie professioni. Contano quindi in modo determinante le normative che regolamentano l'esercizio delle professioni sanitarie e che Iadecola trascura nelle pagine dello speciale. Non cita la legge 42/1999 architrave dell'abilitazione all'esercizio professionale delle professioni sanitarie diverse da quella medica che riconosce «un campo proprio di attività e responsabilità», non cita la legge 251/2000

che contiene l'affermazione dell'autonomia delle professioni sanitarie. Non cita, infine, le norme approvate dalla Regione Toscana sul «see&treat».

Trascura la normativa di diritto positivo e, pur riconoscendo che la giurisprudenza di legittimità non ha certo il compito di agire in via suppletiva rispetto alla normativa vigente, arriva a conclusioni come la disapplicazione da parte del giudice penale di norme autorizzatorie regionali, invoca l'esercizio abusivo e ribadisce la necessità della supervisione medica.

Sul problema della legittimità ricordiamo che proprio la Cassazione recentemente ha ricordato che l'art. 348 del Cp tutela «non certo interessi di tipo corporativo, ma l'interesse della collettività al regolare svolgimento delle professioni per le quali

sono richieste una speciale abilitazione e la iscrizione nell'albo; con la conseguenza che la condotta costitutiva dell'abusivo esercizio, deve consistere nel compimento di uno o più atti riservati in modo esclusivo alla determinata attività professionale (Sez. 6a, 29 novembre 1983)».

Questo significa che è il legislatore, anche regionale, dopo la riforma del titolo V della Costituzione - che, ricordiamo, classifica le materie delle "professioni" e di "tutela della salute" come legislazione concorrente - a dare corpo all'art. 348 del Codice penale tanto che la stessa sezione della Cassazione precisa che non è fondamentale «il nome della professione esercitata a designare il tipo di attività come corrispondente a quella esclusiva a quella del medico (o dell'infermiere),

ma le concrete operazioni eseguite quando la professione è regolamentata dalla legge, di tal che il superamento dei limiti da essa tracciati comporta esercizio abusivo della professione di medico (o di infermiere) - a meno che l'attività (ci si riferisce a modelli di confine con l'esercizio della professione di medico o di infermiere) sia di per sé qualificabile come esercizio di attività esclusiva del medico o dell'infermiere». Cassazione penale, Sez. VI, sent. n. 41183 del 2008.

Di volta in volta deve essere analizzata l'attività per capire se sia o meno riservata alla professione medica, se il tale atto comporti una tipicità non invadibile da altre professioni.

Una distinzione da operare è relativa ai concetti di attività medica e non genericamente di esercizio

della medicina - e di attività del medico. La prima è chiara e postula una tutela anche penale, è un limite invalicabile da chi non è abilitato alla professione medica; diversa è l'attività che il medico svolge in talune organizzazioni per prassi e consuetudine. Non è detto che queste attività siano tutte "mediche" o solo mediche perché svolte da medici.

Un'attività è riservata alla professione medica quando ha le caratteristiche dell'attività medica. Il concetto di attività riservata confina con il concetto di attività monopolistica. Solo una figura può oggi fare determinate azioni e attività. Fino al 1974 erano attività riservate ai medici i prelievi ematici e la rilevazione della pressione arteriosa, oggi non più. Anzi quest'ultima si connota come essere diventata un'attività sanitaria in mano (anche) alla popolazione. Popolazione che, è bene ricordare, viene sempre più spesso chiamata a svolgere attività sanitaria a svolgere attività sanitaria un tempo riservata. Attività di autodiagnosi (di gravidanza per es.), o di autoanalisi (glicemia, colesterolo, coagulazione per es.). Queste attività, un tempo riservate, hanno oggi perso il carattere della professionalità e sono diventate attività sanitarie non riservate - se poste in atto con determinati strumenti - ed effettuabili da chiunque.

Non entro sulla necessità o meno - in una prospettiva de jure condendo - di classificare l'atto medico. Ci interessa invece, in questa sede, affermare che l'attuale norma-

## I PRESUPPOSTI POST-RIFORMA DEL 1999

# Le leggi parlano chiaro: le attività sono distinte

Non possono condividersi le conclusioni a cui approda Gianfranco Iadecola nell'articolo apparso sul Sole 24-Ore Sanità n. 26/2010, laddove sostiene l'esistenza di una sorta di "superiorità funzionale" del medico nei confronti dell'infermiere, dovuta «a esclusiva ragione delle sue maggiori conoscenze e abilità» e come il medico debba, sempre e in ogni caso, fungere da supervisore nei confronti dell'attività dell'infermiere, esecutore materiale delle prestazioni e soggetto a un potere di sorveglianza messo in atto dal medico stesso. È curioso che, a distanza di oltre 10 anni da una riforma epocale delle professioni sanitarie ex ausiliarie, si discuta ancora di una "superiorità funzionale" del medico a cui, inevitabilmente, dovrebbe corrispondere una inferiorità funzionale dell'infermiere, con buona pace del rispetto della reciproca autonomia professionale. Ed è sconcertante apprendere come la figura professionale dell'infermiere venga ancora tratteggiata, appunto, come "esecutore materiale" da una parte e il suo operato sottoposto ancora al vaglio dell'art. 348 Cp in tema di abusivo esercizio di professione.

Ecco che, allora, seppure in via di prima approssimazione, occorre precisare come gli ambiti professionali all'interno dei quali si muovono medici e infermieri siano del tutto distinti, occupandosi della malattia il medico e delle conseguenze della malattia e, dunque, della qualità della vita sulla persona malata, l'infermiere (Motta).

Deve essere chiaro, in altre parole, che si discute di due ambiti distinti e specifici, ognuno con una propria dignità professionale e scientifica, dove il curare e il prendersi cura devono essere prerogative di professionisti differenti che, pur integrandosi tra loro, mantengono sempre inalterate le loro sfere di autonomia professionale.

Deve emergere, allora, il significato dell'essenza

## Obiettivo è dare risposte ai bisogni

della professione infermieristica, ancora oggi troppo spesso confusa e scambiata per una professione ausiliaria al medico, e ciò secondo vecchi e superati modelli che vedevano e soprattutto volevano una infermieristica ancilla medicinae. Ma se è il medico che cura, e l'infermiere non ha nessun interesse a occupare spazi di cura che spettano professionalmente e normativamente al medico, deve essere riconosciuto all'infermiere lo spazio del prendersi cura del malato, convenendo che esiste uno specifico professionale dell'assistenza infermieristica, circa il quale il medico non può ingerirsi, semplicemente perché non ne ha le competenze. Ecco la vera rivoluzione copernicana: troppo spesso occupati e preoccupati dalla (inesistente) intrusione dell'infermiere negli spazi medici, si corre il rischio di non censurare le intromissioni del medico in un campo che non è medico ma è, appunto, infermieristico, dove l'infermiere non è l'esecutore di atti decisi da altri, ma è il responsabile, tra le altre e a titolo esemplificativo, dell'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e della ricerca degli strumenti, dei metodi, delle competenze e delle tecniche tese a fornire una risposta a tali bisogni. Se è indiscutibile che esistono atti medici esclusivi, o, forse più correttamente, atti sanitari praticabili in via esclusiva dal medico, deve riconoscersi come esistono atti sanitari praticabili in via esclusiva dagli infermieri, qualificabili atti infermieristici, circa i quali il medico non può intromettersi dal momento che sono di esclusiva competenza infermieristica.

Oggi la professione infermieristica possiede una sua specifica identità professionale, un suo campo proprio di attività e di responsabilità e, quindi, di professionalità. Ne è prova quello che può essere

definito lo statuto normativo dell'infermiere, che prende le mosse dal Dm 14 settembre 1994, n. 739, che definisce l'infermiere responsabile dell'assistenza infermieristica, indicando specificamente gli ambiti nei quali si manifesta la sua professionalità. E già una prima lettura del citato Dm pone il quesito su come, e soprattutto su quali fondamenti professionali e giuridici si possa attribuire al medico un ruolo di supervisore in un ambito che è solo ed esclusivamente infermieristico o, eventualmente, collaborativo laddove l'infermiere è chiamato a garantire la corretta applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche. Quindi, il cambiamento normativo deve essere necessariamente letto a un livello ben più profondo, che vada oltre la lettura della semplice individuazione delle "mansioni" e giunga, al contrario, a cogliere l'essenza stessa dell'infermiere.

Questo vuol dire comprendere come ci si trovi di fronte a un processo di maturazione professionale e giuridica che ha investito la professione oramai da 15 anni, ma le cui basi sono ben più risalenti. Il riferimento è anche alla legge 26 febbraio 1999, n. 42 che, nel sostituire la denominazione «professione sanitaria ausiliaria» di cui al Tu sulle leggi sanitarie e in ogni altra disposizione di legge, ha espressamente proceduto alla abrogazione del mansionario di cui al Dpr 225/1974 ma, soprattutto, ha stabilito che le professioni sanitarie sono titolari di un campo proprio di attività e di responsabilità. Successivamente, la legge 8 agosto 2000, n. 251 manifesta in maniera esplicita il principio dell'autonomia professionale delle varie professioni sanitarie, tra cui ovviamente quella infermieristica, stabilendo come le attività professionali riconosciute agli infermieri vengano svolte con autonomia professionale mediante l'utilizzo di metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.

Inoltre, e ciò dimostra come sia proprio il legislatore a voler superare completamente il concetto di "dipendenza funzionale" dell'infermiere rispetto al medico, il medesimo articolo stabilisce che debba essere sviluppata dallo stato e dalle Regioni, ciascuno nell'ambito delle proprie funzioni, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche, attribuendo all'interno delle aziende sanitarie la diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni proprio al personale infermieristico, mediante l'adozione di percorsi e di modelli di assistenza personalizzata.

In altre parole si è assistito al passaggio, all'interno della professione infermieristica, da una condizione di eteronomia a una condizione di autonomia, ovvero da una condizione di dipendenza a una condizione di autonomia professionale. E questo comporta come necessariamente la responsabilità del processo assistenziale debba essere governata esclusivamente dall'infermiere. La conseguenza è che l'obbligo di protezione nei confronti del paziente, la cosiddetta posizione di garanzia, vada riconosciuta tanto in capo al medico quanto in capo all'infermiere, ciascuno in relazione all'osservanza delle proprie *leges artis* per la miglior tutela del bene salute del paziente. E il medico non sarà più titolare di una posizione di garanzia nei confronti dell'infermiere. Conseguentemente, l'autonomia professionale attribuita all'infermiere consente di escludere l'esistenza di un vincolo di subordinazione dell'infermiere stesso rispetto al medico (Pecennini F. La responsabilità sanitaria, Zanichelli, 2007). Dunque, non potendo fare riferimento alla giurisprudenza, che ancora non ha avuto modo e occasione di pronunciarsi appieno sugli argomenti in discussione, occorre fare riferimento alla scarsa dottrina che, tuttavia, ha affermato come non



tiva di esercizio professionale sia sufficientemente elastica da permettere di ridisegnare molte competenze e allargare lo sguardo a situazioni organizzative più ampie rispetto al passato.

Non è la giurisprudenza della Cassazione formatasi sulla normativa previgente a decidere i rapporti e gli ambiti di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie. Non è la giurisprudenza a integrare la norma in bianco dell'art. 348 del Codice penale: è il diritto positivo e le leggi di esercizio professionale vigenti da oltre dieci anni. Ricordiamo inoltre che è la legge 42/99 a fissare, tra i criteri dell'esercizio professionale, proprio la formazione di base e post base ricevuta.

Non deve stupire però che il dibattito si sia aperto solo adesso. Le norme sono scivolte sull'organizza-

zione per anni e anni, che però ha continuato a convalidare modelli formati sulla precedente normativa e a essa sopravvissuti. Solo adesso cominciano a delinearsi diverse organizzazioni e ad applicarsi le norme vigenti.

Invocare anacronismi giuridici e organizzativi come una supervisione gerarchica su quanto posto in essere nella gestione del percorso terapeutico e assistenziale senza distinguere i vari ambiti contrasta con i modelli più evoluti dell'organizzazione sanitaria di questo Paese e soprattutto non si pone in linea con la normativa vigente. È piuttosto certa giurisprudenza a doversi adeguare. Nelle motivazioni delle sentenze della VI Sezione penale della Cassazione (ma talvolta anche della IV sezione, che occupandosi principalmente di responsabilità sanitaria

è ancora meno scusabile) troviamo espressioni non più o non mai rinvenibili nella legislazione di settore: si parla ancora di "primario" (abolito dal 1995), di "paramedici" (espressione che appartiene alla sociologia del passato e non al mondo del diritto precedente e attuale), di "parasantari" (espressione priva di senso).

La sfida che l'ordinamento giuridico pone al sistema delle professioni sanitarie - includendovi anche quella medica - è chiaro: ognuno si posizioni nel ruolo e nel gradino professionale che gli compete in un dato momento storico secondo l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e professionali richieste.

**Luca Benci**  
 Avvocato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

## e autonome

sembrano più esistere spazi o aree di subordinazione dell'infermiere nei confronti del medico e come, addirittura, vi sia una netta separazione funzionale tra l'attività del medico e quella dell'infermiere, dominus assoluto e solitario della propria sfera di competenza (Ambrosetti F., Picinnelli M., Picinnelli R., La responsabilità nel lavoro medico d'équipe, Utet, 2003).

Pertanto, ben può affermarsi come l'infermiere, e non il medico, sia l'unico professionista responsabile dell'attuazione di quel complesso di atti assistenziali prodotti dalle competenze intellettuali, relazionali e tecnico-operative insite nel profilo professionale e derivanti dalla formazione, creando così un ambito di esclusiva pertinenza infermieristica, e circa il quale l'infermiere assumerà lui una posizione di garanzia nei confronti della persona malata, costituita da un'assistenza appropriata ed efficace, dall'utilizzo di strumenti operativi e dall'attuazione di metodologie per la personalizzazione dell'assistenza, con l'obiettivo di organizzare e gestire, appunto, le attività di assistenza infermieristica (e non medica, quindi). Ancora una volta, dunque, occorre domandarsi, e forse è questo il vero nocciolo della questione, come possa il medico supervisionare il percorso di presa in carico dal punto di vista assistenziale della persona malata, andando così a incidere su percorsi, quali a esempio la complessità assistenziale, che costituiscono l'essenza della professione infermieristica. È pacifico, dunque, che se questo ora rappresentato è il nuovo sistema professionale e giuridico all'interno del quale si muove l'infermiere del terzo millennio, occorre distinguere tra interventi infermieristici autonomi e interventi infermieristici "su prescrizione me-

dica", come già accennato sopra, laddove su prescrizione medica non può significare su controllo o supervisione del medico ma piuttosto, in maniera ben più complessa e articolata, come l'infermiere, in collaborazione appunto col medico, garantisce e quindi assicura la corretta applicazione delle procedure diagnostiche-terapeutiche, assumendosi lui la diretta responsabilità di tale correttezza.

In conclusione, occorre ribadire come gli infermieri innanzitutto, ma poi i medici, i giuristi e i giudici, questi ultimi che saranno chiamati a giudicare i comportamenti dei professionisti, debbano avere ben chiaro che l'infermieristica è una scienza unica, forse troppo giovane per essere compiutamente compresa e accettata come tale, con un proprio campo d'azione individuato dalle teorie del nursing e dai modelli concettuali circa i quali diventa davvero difficile comprendere come il medico possa vantare il ruolo di supervisore nell'ambito di una scienza che, appunto, non gli appartiene.

La preoccupazione è vedere una parte della dottrina giuridica e della giurisprudenza, oltre che della classe medica, arroccata e ancora fortemente radicata a vecchi, desueti, superati concetti di ausiliarità, e conseguente perseverare in maniera ostinata a identificare ancora l'infermiere come un ausiliario del medico, che presta assistenza al medico quando invece, oggi, l'infermiere è un professionista dotato di un proprio specifico professionale, proteso verso il paziente e orientato a fornire assistenza al paziente stesso, nell'ambito di sistemi sanitari complessi che devono necessariamente prendere atto di tale trasformazione e, conseguentemente, modificare i loro assetti interni.

**Giannantonio Barbieri**  
 Avvocato

© RIPRODUZIONE RISERVATA

### IL PUNTO DI VISTA DELL'IPASVI

## A ciascuno il proprio livello di efficienza

Più di dieci anni sono ormai trascorsi da quando, con la legge 42/1999, il nostro Paese ha formalmente riconosciuto il lungo e impegnativo cammino compiuto dagli infermieri italiani per qualificare l'assistenza infermieristica e definirne la struttura professionale coerentemente con i criteri e i paradigmi scientifici comunemente utilizzati in ambito europeo e internazionale.

Il cambiamento, da più parti definito profondo e significativo, ha impegnato l'intera compagine professionale che ha trovato costante motivazione nell'obiettivo, coralmente perseguito, di delineare il proprio contributo nei processi di cura e assistenza e uno specifico ruolo all'interno del sistema salute.

La riflessione e l'approfondimento professionale si sono sviluppati, da una parte nella definizione delle migliori modalità per garantire una qualificata collaborazione agli altri professionisti sanitari impegnati nelle équipe assistenziali (... «l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche e terapeutiche» - art. 1, comma 3 punto d) del Dm 739/1994), dall'altra nella ricerca di peculiari metodi e strumenti per pianificare e correttamente gestire e valutare l'intervento assistenziale infermieristico e per rilevare e appropriatamente rispondere ai molteplici bisogni delle persone assistite nei diversi setting ospedalieri e territoriali.

La ridefinita strutturazione dei percorsi formativi di base e post base, oltre che la disponibilità a impegnarsi nell'innovazione organizzativa-assistenziale e a misurarsi con i bisogni derivanti dal mutato quadro demografico ed epidemiologico, hanno rimarcato in maniera sempre più evidente le potenzialità e il "nuovo" ruolo che veniva assumendo un infermiere sempre più lontano dalla esecutività aprioristica e dall'ausiliarità professionale.

Il confronto con i modelli organizzativo-assistenziali utilizzati negli altri Paesi (Inghilterra in primis) e la necessità di trovare nuove modalità di risposta all'invecchiamento della popolazione e all'aumento delle patologie cronico-degenerative, hanno indot-

to diverse aziende sanitarie a sperimentare modelli organizzativi impostati sulla razionalità ed efficienza dei percorsi, attenti ai costi di sistema e coerenti con la diffusa aspettativa di un'assistenza personalizzata, efficace e appropriata; si sono sviluppate così diverse sperimentazioni nell'ambito delle strutture di pronto soccorso e dell'emergenza, delle strutture residenziali, degli hospices e dell'assistenza domiciliare.

I progetti di riorganizzazione, l'innovazione tecnologica e le sperimentazioni assistenziali, oltre che la necessità di garantire continuità assistenziale nelle diverse unità operative ospedaliere e tra l'ospedale e i diversi setting assistenziali territoriali, hanno preteso la ridefinizione delle competenze, il ridisegno delle attività e la riformulazione delle responsabilità agite dai diversi professionisti sanitari impegnati nei processi di cura e assistenza.

Ma tutto questo ha contemporaneamente e inevitabilmente prodotto una forte turbolenza nelle relazioni tra i diversi operatori che dopo decenni di staticità hanno dovuto riposizionarsi e ridefinirsi su criteri e paradigmi professionali nuovi che, inevitabilmente, non potevano ulteriormente misconoscere il radicamento di nuove competenze nel "fare", nel "decidere" e nel responsabilmente "rispondere".

Il riconoscimento e l'utilizzo formale di nuovi modelli di organizzazione del lavoro e la ridefinizione pragmatica delle figure professionali da coinvolgere (gli ospedali organizzati per intensità di cura e complessità assistenziale, le nursing home, i punti unici d'accesso, i percorsi per pazienti fragili, il «see&treat», la definizione del fabbisogno di medici e infermieri nelle degenze in relazione al grado di complessità degli assistiti o nei blocchi operatori in relazione al grado di complessità degli interventi chirurgici e anestesiológicos, gli ambulatori infermieristici, le unità di valutazione multi-professionale, il case management infermieristico, la presa in carico globale dell'assi-

stito, la definizione dei piani personalizzati di assistenza domiciliare, le procedure richieste dal risk management, i percorsi di qualità, la definizione budgetaria di obiettivi da raggiungere e delle correlate risorse, la valutazione degli esiti clinico-assistenziali...) hanno innescato il dibattito fra l'organizzazione e i professionisti e fra le diverse famiglie professionali.

Un dibattito che però negli ultimi mesi, e soprattutto fra medici e infermieri, non pare connotarsi come metodo positivo per la ricerca di nuovi equilibri relazionali; ha assunto infatti toni che rischiano di esasperare gli animi e allontanare ancora di più le diverse posizioni senz'altro, invece, confrontabili.

Credo si possa affermare che gli infermieri italiani, nella loro parte prevalente, si sentono giuridicamente sereni, professionalmente impegnati e sono pienamente consapevoli del rilevante e insostituibile ruolo che hanno assunto nella collettività nazionale e tra gli assistiti.

Credo anche si possa affermare che gli infermieri italiani non vogliono fare inutili "guerre" oltretutto foriere di ingravescenti difficoltà per i cittadini e per l'intero sistema sanitario, ma rendersi disponibili a un aperto confronto sui contenuti di un progetto assistenziale di sistema.

Un progetto che definisca il "da farsi" e le diverse competenze e responsabilità da utilizzare nei diversi setting assistenziali ospedalieri e territoriali e che sia scevro da ideologie, oltre che lontano da schemi obsoleti e da supposte, primazie professionali e sociali.

L'assistenza sanitaria non si struttura unicamente in un insieme di processi diagnostici e terapeutici (peraltro resi concreti in cospicua parte dall'infermiere), ma anche nella rileva-

zione e nella risposta appropriata ai molteplici bisogni che il paziente evidenzia o che l'infermiere autonomamente rileva nell'esercizio della sua quotidianità professionalità.

La questione "relazione professionale infermiere-medico" non si risolve "in punta di giuridica", ma con il confronto aperto e trasparente, il rico-

noscimento reciproco e la costruzione integrata e flessibile di nuovi perimetri professionali.

Non so quanto possa essere utile in questa fase storica rincorrere l'idea di poter dare una definizione sostenibile e non giuridicamente conflittuale di che cosa può essere effettuato da un operatore sotto la responsabilità di altri (magari lontani) oppure di riuscire a definire puntualmente l'atto medico ovvero l'atto infermieristico senza cadere in rigide e inagibili strettoie professionali.

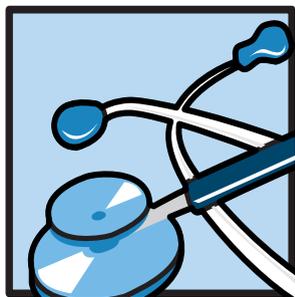
Sono i singoli infermieri e i singoli medici che devono cambiare, crescere, convincersi, maturare e deporre le armi dello scontro per impegnare le proprie energie su obiettivi e processi assistenziali orientati ai cittadini e non a vetero rivendicazioni conseguenti a supposti torti, vecchie diatribe e insostenibili primazie professionali.

Altri, gli esperti esterni alle due famiglie professionali, possono essere di supporto nella definizione e strutturazione di metodi e strumenti per facilitare il confronto, ma non certo nella declinazione dei contenuti paradigmatici e disciplinari dell'infermieristica e della medicina, che rimangono appannaggio esclusivo di infermieri e medici.

Infermieri e medici che amano la loro professione, vogliono davvero renderla "servizio al cittadino"; essi sono ben consapevoli che l'insita - e probabilmente fisiologica - conflittualità sottesa all'evolversi delle competenze e degli ambiti di esercizio professionale non può che essere superata con l'impegno che non rifugge il complesso confronto dialettico, con l'onestà intellettuale e con il prendere atto e l'accettare che i migliori risultati vengono raggiunti con l'integrazione dei diversi saperi e attraverso il lavoro di squadra.

**Annalisa Silvestro**  
 Presidente Federazione nazionale Collegi Ipasvi

© RIPRODUZIONE RISERVATA



MALPRACTICE/ Gli ultimi dati dell'Ania: in calo i sinistri che coinvolgono i professionisti

# Meno denunce contro i medici

## Boom di contenziosi (+10%) per le Asl - Pagati premi per 453 milioni

L'allarme sulla malpractice medica in Italia resta alto. Ma a finire nel mirino delle presunte vittime di errore medico sono soprattutto le Asl, mentre i medici tirano un sospiro di sollievo. Il totale dei contenziosi in area medica contro le aziende sanitarie si è infatti triplicato negli ultimi 15 anni, arrivando quasi a toccare la soglia dei 18mila l'anno. Nel 1994 erano poco più di 6mila. Solo dal 2007 al 2008 c'è stato un aumento del 10 per cento.

L'ultimo censimento su denunce e sinistri in corsia è contenuto nell'ultimo rapporto Ania (Associazione nazionale imprese assicuratrici) presentato a inizio luglio. Un rapporto da cui arriva un duplice segnale d'inversione rispetto agli anni scorsi: il calo delle denunce contro i singoli professionisti (negli ultimi anni in costante crescita) e l'aumento di quelle contro le Asl. Un dato, quest'ultimo, che potrebbe anche essere sottovalutato visto che diverse strutture si auto-assicurano e provvedono per conto proprio. Dalle tabelle Ania emerge che il numero di denunce verso i singoli medici presenta un trend al ribasso: dal-

Numero dei sinistri denunciati *				
Anno di protocollazione	Rc strutture sanitarie	Rc profess.le medici	Totale Rc medica	%
1994	6.345	3.222	9.567	-
1995	11.411	5.892	17.303	80,9%
1996	13.028	4.028	17.057	-1,4%
1997	18.672	4.829	23.501	37,8%
1998	21.678	6.036	27.714	17,9%
1999	23.261	9.073	32.334	16,7%
2000	23.249	10.078	33.327	3,1%
2001	21.911	11.238	33.149	-0,5%
2002	19.028	11.443	30.471	-8,1%
2003	16.566	10.874	27.440	-9,9%
2004	16.356	11.988	28.344	3,3%
2005	16.343	12.290	28.633	1,0%
2006	16.424	11.959	28.383	-0,9%
2007	16.128	13.415	29.543	4,1%
2008	17.746	11.851	29.597	0,2%

(\*) Si tratta di una stima Ania del volume dei premi per l'intero mercato basata su un campione di imprese partecipanti alla rilevazione con una raccolta premi (nel 2008) pari al 35% del ramo Rc generale

le 13.415 del 2007 si è scesi a 11.851 del 2008 (-11,7%). Le azioni contro Asl e ospedali sono invece cresciute del 10%: si è passati dalle 16.128 del 2007 alle 17.746 del 2008. Il paziente, che negli anni precedenti sembrava più orientato a richiedere i danni al singolo medico, pare quindi aver cambiato idea: ora nel mirino sembra aver messo soprattutto le strutture sanitarie.

Stabile invece il totale complessivo dei sinistri: 29.597 nel 2008 contro i 29.543 del 2007. Appena lo 0,2% in più. Ma sempre tanti. Basti pensare che l'ammontare delle denunce è passato da 9.567 del 1994 a 29.597 del 2008. Circa il 200% in più. Una crescita esponenziale accompagnata da quella parallela dei premi assicurativi pagati da Asl e medici, passati dai 35 milioni

del 1994 ai 453 milioni del 2007. Oltre all'aumento del numero di denunce, si è registrato anche un allungamento dei tempi per arrivare alla definizione del sinistro. Per arrivare ad almeno il 95% dei sinistri liquidati devono infatti passare circa 15 anni da quando l'assicurazione viene a conoscenza del danno.

Mar.B.

### CAMPUS BIOMEDICO DI ROMA

## Al via il master per i generalisti: a scuola di tecnologie e gestione

Medici di famiglia "super-specialisti" con il primo master universitario di II livello in Medicina generale promosso dalla facoltà di Medicina e dalla Scuola di formazione continua dell'Università Campus Biomedico di Roma e dal Centro di formazione regionale per la Medicina generale. Un progetto pilota a cui collabora la Società italiana di medicina generale, che apre per la prima volta il mondo dell'Università alla formazione dei medici di famiglia, il cui iter formativo si ferma al triennio gestito dalle Regioni con il rilascio del diploma di formazione, che non può essere comparato ai diplomi universitari di specializzazione necessari per intraprendere la professione in altre branche della medicina.

Il master darà al medico competenze didattiche e gestionali nell'ambito della medicina di base, con un titolo a valenza universitaria.

Obiettivi sono: una visione professionale orientata alla promozione della salute e alla prevenzione attraverso gli stili di vita; orientarsi correttamente nell'ambito della diagnosi clinica e strumentale e delle indicazioni terapeutiche nelle patologie della medicina del territorio; acquisire conoscenza delle metodiche diagnostiche e dell'iter terapeutico, anche in termini di costo/efficacia; disporre di elementi di valutazione e utilizzo delle tecnologie applicate alla medicina generale.

Il corso garantisce l'acquisizione di 60 crediti formativi universitari e le domande di iscrizione devono pervenire alla scuola di Formazione continua del Campus Biomedico di Roma entro il 4 dicembre 2010. L'inizio delle lezioni (15 moduli specialistici più un modulo di indirizzo e relativo tirocinio), è previsto per il 17 dicembre con frequenze di un fine settimana al mese fino al 2012.

### A ANZIANITÀ E FACOLTÀ DI RISOLUZIONE

**Può una Asl risolvere unilateralmente il rapporto di lavoro di un dirigente che abbia raggiunto o superato i 40 anni di anzianità contributiva, ai sensi del Dl 112/2008 e della legge 102/2009, deliberando contestualmente un incremento orario di 36 ore complessive ai sanitari Sumai della medesima Uoc?**

(G.V.)

La norma del decreto legge 112/2008 non stabilisce criteri o limiti per la facoltà di risoluzione, ponendo quali uniche condizioni il requisito del compimento dell'anzianità contributiva e la necessità di rispettare il termine di preavviso di 6 mesi. È comunque auspicabile che ciascuna amministrazione, prima di procedere all'applicazione della disciplina, adotti dei criteri generali, calibrati a seconda delle proprie esigenze, in modo da seguire una linea di condotta coerente e da evitare comportamenti che conducano a scelte contraddittorie. Tali criteri si configurano quale atto di indirizzo generale e quindi dovrebbero essere contenuti nell'atto di programmazione dei fabbisogni professionali o comunque adottati dall'autorità politica. Tra questi criteri possono a esempio considerarsi l'esigenza di riorganizzazione di strutture in relazione a progetti di innovazione tecnologica e ammodernamento anche con riferimento all'utilizzo di nuove professionalità, la rideterminazione dei fabbisogni di personale, la razionalizzazione degli assetti organizzativi e le eventuali situazioni di esubero che potrebbero crearsi, pure in relazione a specifiche professionalità, a seguito di processi di riorganizzazione o di razionalizzazione. Si veda in proposito la circolare n. 10/2008 del Dipartimento della funzione pubblica.

### E SE SI HANNO PIÙ DI 40 ANNI DI CONTRIBUTI

**Sono un docente universitario medico, ho attualmente 64 anni d'età e avendo riscattato gli anni di studio anche 44 anni di contributi. Posso restare in servizio sino a 70 anni, cosa rischio in merito alla pensione e alla liquidazione?**

(S.L.)

Per quanto riguarda il trattamento pensionistico con le anzianità vantate dal lettore non appare possibile rischiare nulla avendo già superato da tempo il diritto alla pensione con la maturazione dei 40 anni di contributi. Per quanto riguarda la liquidazione sarà soggetto alla rata superiore ai 90mila euro

### SANITÀ RISPONDE

Per facilitare i lettori, i quesiti dovranno specificare l'area di interesse, identificandola nel modo seguente:

- A** Lavoro e professione
- B** Organizzazione e gestione
- C** Diritti, doveri, etica
- D** Fisco
- E** Previdenza
- F** Sanità privata

I quesiti possono essere inviati tramite fax al n. 0630226484 o all'indirizzo e-mail: redazione.sanita@ilsolo24ore.com oppure possono essere spediti a:  
Il Sole-24 Ore Sanità, "Sanità Risponde"  
Piazza Indipendenza 23 b/c - 00185 Roma

sino a 150mila dopo dodici mesi dalla prima somministrazione, che dovrebbe avvenire entro tre mesi dal pensionamento, e un'ulteriore rata, relativa alla somma residua, dopo ulteriori dodici mesi dalla precedente.

### E QUANDO SI PERCEPISCE LA PENSIONE

**Raggiungerò 40 anni di contributi il 12 maggio 2011 con 57 anni d'età. Quando potrò andare in pensione e percepire il trattamento?**

(P.A.)

Essendo soggetto alle nuove norme introdotte dalla manovra finanziaria, Dl 78 /2010, pur raggiungendo i 40 anni di contribuzione inizierà a percepire la pensione dal primo giorno del tredicesimo mese successivo a quello della maturazione del diritto (40 anni) e quindi dal 1° giugno del 2012.

### E REVERSIBILITÀ E SECONDE NOZZE

**Sono un medico ospedaliero, vedova di un altro sanitario deceduto alcuni anni addietro e per cui godo di una pensione di reversibilità. Sarebbe mia intenzione risposarmi ma mi è stato comunicato che, in questo caso, perderei il trattamento di reversibilità. Quale consiglio potete darmi perché questo non avvenga?**

(A.A.)

Qualora il nuovo matrimonio venga registrato nello stato civile l'istituto previdenziale provvede alla revoca della pensione di reversibilità. La preferenza dovrebbe andare alla celebrazione delle nuove nozze solamente in chiesa senza, anche se posteriore, registrazione nello stato civile, in quanto in quest'ultimo caso l'istituto previdenziale provvederà al recupero retroagendo al tempo della celebrazione di quello canonico.

### E PREVIDENZA: REQUISITI E SLITTAMENTO

**Raggiungerò il requisito anagrafico (59 anni) e contributivo (37 anni) il 15 dicembre prossimo. Vorrei andare in pensione. Ma quando potrò ottenere il trattamento?**

(D.N.)

Il lettore evidentemente si preoccupa dello slittamento di 12 mesi nel trattamento pensionistico. Possiamo tranquillizzarlo in quanto le nuove norme si applicano a coloro i quali maturano i requisiti a decorrere dal 1° gennaio 2011. La sua finestra del 1° luglio 2011, fissata dalle precedenti norme per chi matura i requisiti nel secondo semestre del 2010, resta inalterata.

### E COSÌ LA PEREQUAZIONE AUTOMATICA

**Sono un medico ospedaliero pensionato da alcuni anni. La mia pensione, per il 2009, è aumentata in modo ridicolo e anzi, nel 2008 non ho avuto alcun aumento superando l'importo di 3.500 euro. Cosa mi spetta per il 2010? Non avrò ancora nessun aumento?**

(F.B.)

L'assegno pensionistico è soggetto alla cosiddetta perequazione automatica che viene attribuita, a seconda delle fasce pensionistiche in percentuale diversa, sulla base del dato inflativo dell'anno. Nel caso del 2008 per coloro che avevano un trattamento mensile superiore a 3.560 euro l'incremento stimato dell'1,6% (effettivo dell'1,7 per cento) non è stato attribuito a seguito della legge 247/2007 che così prevedeva. Per gli eventuali incrementi del 2010 bisognerà attendere fine anno per conoscere i dati dell'inflazione dell'anno in corso.

a cura di Claudio Testuzza