

BOLLETTINO NOTIZIARIO

ANNO XLVIII - SUPPLEMENTO DOSSIER 4/2017

TAVOLA ROTONDA

MEDICI E PROFESSIONI SANITARIE: UN DIALOGO MAI INTERROTTO

15 OTTOBRE 2016 DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

Presso la Sala Conferenze

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna

Coordinano: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza

SUPPLEMENTO AL BOLLETTINO NOTIZIARIO 12/2017 - SPEDIZIONE IN ABBONAMENTO POSTALE 70% - CN BO

ORDINE PROVINCIALE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA
DIREZIONE E AMMINISTRAZIONE: VIA ZACCHERINI ALVISI, 4 BOLOGNA - TEL. 051.399745
ISSN 2281-4744 (edizione a stampa) - ISSN 2281-4825 (edizione digitale)



BOLLETTINO NOTIZIARIO



**ORGANO UFFICIALE
DELL'ORDINE
DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**

DIRETTORE RESPONSABILE

Dott. Alessandro Nobili

CAPO REDATTORE

Dott. Andrea Dugato

REDAZIONE

Abbate dott. Pietro
Balbi dott. Massimo
Bondi dott. Corrado
Cernuschi dott. Paolo
Fini dott. Oscar
Lumia dott. Salvatore
Pileri prof. Stefano

I Colleghi sono invitati a collaborare alla realizzazione del Bollettino. Gli articoli, seguendo le norme editoriali pubblicate in ultima pagina, saranno pubblicati a giudizio del Comitato di redazione.

Publicazione mensile
Poste Italiane Spa -
Spedizione in abbonamento postale 70% -
CN BO

Autorizzazione Tribunale di Bologna
n. 3194 del 21 marzo 1966

Editore: Ordine Medici Chirurghi
ed Odontoiatri Provincia di Bologna

Fotocomposizione e stampa:
Renografica - Bologna

Direzione, redazione e amministrazione:
via Zaccherini Alvisi, 4 - Bologna
Tel. 051 399745

www.odmbologna.it

TAVOLA ROTONDA

MEDICI E PROFESSIONI SANITARIE: UN DIALOGO MAI INTERROTTO

15 OTTOBRE 2016 DALLE ORE 8.30 ALLE ORE 13.30

Presso la Sala Conferenze

Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna, Via G. Zaccherini-Alvisi 4, Bologna

Coordiano: Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza

- 8:30-8:45 Saluto del **Dott. Pizza**, Presidente OMCeO Bologna
- 8:45-9:00 **Prof. Ivan Cavicchi**, Docente Scuola di Medicina, Tor Vergata, Roma
- 9:00-9:30 **Dott.ssa Roberta Chersevani**, Presidente Comitato Centrale FNOMCeO
- 9:30-10:00 **Dott.ssa Barbara Mangiacavalli**, Presidente Comitato Centrale IPASVI
- 10:00-10:30 **Dott.ssa Rossana Ugenti**, Direttore Generale Risorse Umane,
Ministero della Salute
- 10:30-11:00 **Dott. Alessandro Vergallo**, Segretario Nazionale AAROI
- 11:00-11:30 COFFEE BREAK
- 11:30-12:00 **Prof. Mauro Barni**, Docente di Medicina Legale, Università Di Siena
- 12:00-12:30 **Dott. Giuseppe Lavra**, Presidente OMCeO di Roma
- 12:30-13:00 **Dott. Roberto Carlo Rossi**, Presidente OMCeO di Milano
- 13:00-13:30 DISCUSSIONE
- 13:30-14:00 Conclusioni: **Prof. Ivan Cavicchi, Dott. Giancarlo Pizza**
- 14:40 LUNCH

DIBATTITO

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Signori, buongiorno, grazie di essere qui. Soprattutto grazie agli ospiti. Il consiglio direttivo dell'ordine dei medici di Bologna ha deciso di fare un paio di giorni di riflessioni sull'atto medico che, avete visto, abbiamo portato a termine sabato scorso, e i rapporti con le professioni sanitarie ma soprattutto con gli infermieri. Perché si dice che l'Ordine di Bologna ce l'avrebbe con gli infermieri per le ultime azioni che ha intrapreso. Il che è assolutamente falso. L'ordine di Bologna è intervenuto sui propri iscritti per cercare di mettere ordine su situazioni che andavano rimesse in ordine. E riteniamo che questa operazione sia di grande protezione non solo dei cittadini ma soprattutto del personale infermieristico perché viene spinto a intraprendere cose che probabilmente non dovrebbero essere fatte. Questo non vuol dire che in futuro ciò non possa accadere: non c'è nessuna preclusione in questo senso, perlomeno da parte di questo ordine, questo sia ben chiaro. E lo dico di fronte alla dottoressa Mangiacavalli a cui ho chiesto di essere qui presente. Non c'è nessuna preclusione, è solo un problema di profili che ci auguriamo vengano risistemati quanto prima. Noi sappiamo per certo, e qui sono in completo disaccordo con l'amico Ivan Cavicchi, che non esiste né un problema della professione medica né un problema della professione infermieristica. Esiste un problema economico e di intromissione dei politici nei rapporti tra professionisti nell'ambito del servizio sanitario. Tant'è vero che tutti i problemi che nascono nel nostro ambito sono di natura squisitamente economica, utilizzati dai politici, non dico per dividerci, ma per allocare le risorse in un modo che a noi pare insufficiente. La settimana scorsa il dottor Ibba, presidente dell'Ordine di Cagliari, che era l'alter ego della presidente Chersevani del Comitato Centrale, ha sottolineato chiaramente questo aspetto che è un problema di allocazione delle risorse. Io mi fermo qui. Il mio compito è quello di essere il coordinatore delle cose che ci diremo oggi. Ho appena detto, che il personale infermieristico da quest'ordine viene ritenuto il primo e principale collaboratore dei me-

dici e viceversa, nell'ambito del servizio sanitario nazionale e non solo, e riteniamo che gli operatori infermieristici debbano essere i nostri alleati privilegiati. Detto questo do la parola immediatamente al professor Cavicchi per l'introduzione e ricordo che sarò molto attento sui tempi, anche perché i nostri ospiti che vengono da fuori hanno dei problemi di orario di treni. Vi informo anche che tutto quanto verrà registrato ma questo non perché si voglia fare qualcosa di diverso dal rendere edotto anche chi non è qui presente di quello che si dice. È stata registrata anche la riunione della settimana scorsa sull'atto medico e tutto quanto verrà pubblicato e messo a disposizione di tutti.

PROF. IVAN CAVICCHI - Allora, buongiorno. Io vorrei cominciare qualificando il mio pensiero. Cosa voglio dire? Voglio dichiarare quali sono i postulati dai quali parto. Cioè io sono uno convinto che il lavoro, nel Sistema Sanitario, sia il vero capitale del sistema. Sono anche convinto che le politiche in essere questo capitale lo stanno impoverendo, per cui parlo di decapitalizzazione. Nello stesso tempo sono convinto che il lavoro abbia una funzione strumentale rispetto agli scopi generali del sistema pubblico. Attraverso il lavoro io rispetto i diritti, attraverso il lavoro io faccio le tutele. Per cui, come dire, sono, nei confronti di due professioni che amo molto, con questo atteggiamento: per me il lavoro professionale è uno scopo ma questo scopo è strumentale ad uno scopo più grande. Se il lavoro crolla o viene meno si compromette il diritto alla salute. Io ho sempre sostenuto che i veri garanti dei diritti dei malati sono gli operatori con i loro codici deontologici, con i loro doveri, che fanno il loro mestiere nonostante tutto, in qualsiasi circostanza. Perché per loro farlo al meglio è indispensabile. Quindi sono due professioni che amo molto, per tante ragioni. Io sono stato un dipendente della Sanità e vi devo dire che, intimamente, mi sento un dipendente, ancora. Per buona parte della mia vita ho difeso il lavoro e tuttavia credo, e vorrei anche dirlo fra un po', che il lavoro rappresenti paradossalmente una delle grandi invarianze del sistema. Parlo di lavoro come prassi professionali: molti

cambiamenti ci sono stati di tipo ordinamentale e di vario tipo ma le prassi spesso cambiano lentamente, faticosamente. Quando le prassi non cambiano, il sistema non cambia. Questo è il punto. Considerate che questo è il mio approccio, quello di uno che ama il lavoro, che difende il lavoro ma che crede che il lavoro debba cambiare perché le cose vanno male. Questo è il punto di partenza.

Seconda cosa, vorrei partire da un principio di realtà, cioè dai problemi reali. Il principio di realtà è molto semplice: da un po' di tempo i rapporti tra queste due professioni sono diventati difficili, spesso conflittuali. Ma non parlo tanto del conflitto pubblico, del conflitto politico. Parlo proprio delle prassi e della realtà quotidiana che sono diventate difficili. Io che sono uno studioso di questi problemi, un conflitto del genere lo definisco a modo mio. La mia interpretazione è che oggi, attenzione, la forma storica di cooperazione tra professioni è in crisi. Ma perché? Perché sono cambiate tante cose. È la forma storica, è il modo di stare insieme, sono le forme delle relazioni che "entrano in difficoltà". Per tante ragioni. Tra le quali ci sono ragioni più strettamente professionali, ci sono ragioni economiche, ragioni sociali. Insomma cambia il malato. Non è un cambiamento che passa sulla testa della gente così, coinvolge tutti. I cambiamenti profondi del malato, che sono profondi davvero, coinvolgono parimenti gli infermieri e i medici, ma anche tutti gli altri. Perché è un malato che si pone con maggiori complessità. È la crescita del grado di complessità che ci spiazza perché oggi non siamo più "ridefinibili" nella logica chiusa della malattia e dell'organo. Cioè, quando tu passi dalla malattia al malato c'è un passaggio di complessità. Io che insegno a Medicina vi devo dire che questo grado in più di complessità l'università, ancora, non l'ha organizzato come insegnamento. C'è poco da fare. E non è solo un problema di psicologia: l'umanità, l'umanizzazione, che francamente non mi hanno mai affascinato. C'è un problema di complessità proprio nella lettura del bisogno terapeutico. Perché è venuta fuori la singolarità. E la singolarità manda a far benedire i modelli, gli standard, le linee guida. È venuta

fuori la complessità della differenza. Secondo me non parlerei di conflitto interprofessionale. Anche se ci sono le forme di un conflitto direi semplicemente questo: signori vi informo che la forma storica di cooperazione tra professioni è in crisi. Questa forma storica di cooperazione era basata su certi rapporti che si definiscono rapporti di ausiliarità. Era basata su certe gerarchie. Questa roba oggi va ripensata senza far torto a nessuno perché c'è spazio per tutti. Ma che si debba ripensare la forma storica di cooperazione, io lo sento molto. Ma perché? Perché, siccome ci stanno facendo la festa con il definanziamento, io so che le forme *tayloristiche* di lavoro costano più delle forme interconnesse, che le forme separate di lavoro costano più delle forme integrate. Quindi noi che parliamo da anni di multidisciplinarietà, di interdisciplinarietà dobbiamo metterci in testa che dobbiamo progettare davvero un'altra organizzazione del lavoro. Quindi un'altra forma di cooperazione. Accettando quello che è venuto fuori. Ad esempio gli infermieri nel 1999 hanno conquistato una legge molto importante che riconosce loro un'autonomia. Non si tratta di interpretare l'autonomia degli infermieri come lesiva di un'altra autonomia. Si tratta semplicemente di sostituire relazioni ausiliarie con relazioni tra autonomie. Questo è il difficile. Per cui va reinventata l'organizzazione del lavoro, nel senso che, rispettando le autonomie di tutti, creiamo nuove forme di relazione. Questa è la prima questione che vi propongo. E, credetemi, la forma storica di cooperazione è davvero in crisi. Ma lo è davvero? Basta guardare il settore manifatturiero, che il *taylorismo* l'ha superato da tanti anni perché costa di più. Quindi abbiamo bisogno di altre relazioni. Come sapete mi sono molto occupato di medici e di infermieri perché, come dicevo, sono professioni che amo molto e perché sono le professioni che reggono un sistema. Il sistema di tutela si regge su queste due professioni. Sono le professioni più importanti, anche numericamente. Sono ottocentomila tra tutte e due. Il popolo della Sanità è questo. Da un punto di vista sociologico è un dato importante. Per ragioni espressive, per farmi capire, me ne sono occupato indivi-

duando la questione medica e la questione infermieristica. E questo è il primo tratto comune che io vedo. Che potrei definire dicendo: signori, con la crisi della forma storica di cooperazione viene fuori una questione professionale che si articola in questione medica e questione infermieristica. Questa questione professionale me la sono studiata attentamente e, forse vi stupirà, ci sono più punti in comune che punti di diversità. Poi ci sono delle specificità innegabili. Per cui faremmo bene a “capire” in cosa consiste questa questione. Ne parlerò tra un minuto. Prima devo dire una cosa. La dirò nella maniera più pudica possibile, ma la devo dire per onestà intellettuale. Io sono convinto che i rapporti professionali si siano molto complicati a causa di un “cattivo ruolo della politica”. Si potevano governare con molta più facilità, si potevano governare meglio. Perché, guardate, sono quarant’anni che mi occupo di queste cose e non credo che sia impossibile, anche tecnicamente, trovare una mediazione da qualche parte. Non si è voluta trovare, secondo me. Per cui si è, come dire, fatta un po’ marcire la questione. Senza rendersi conto che questa roba poi si riverberava dentro le organizzazioni della realtà, nelle prassi concrete. E mi dispiace moltissimo perché non possiamo governare professioni così delicate con ottiche che non centrano niente con i problemi delle professioni. Si fanno dei pasticci. Non possiamo governare queste cose con le spallate. Professioni che, per definizione, sono imbricate come le tegole del tetto non si possono trattare come se fossero dissociabili. E voi sapete quanto io mi sia battuto per il concetto di coevoluzione professionale. Io non credo che possa coevolvere uno dei due giocatori. Se il gioco è a due o a tre o a quattro, vincono solo se tutti coevolvono. Io non ci ho mai creduto. Eppure sono stato anche irriso per questo concetto di coevoluzione. Ma chi irrideva non capisce niente della complessità dell’organizzazione sanitaria, secondo me. Di che cosa voglia dire veramente stare in una corsia, in un ambulatorio, eccetera, eccetera. Il mio magone me lo sono tolto ma lo dovevo dire perché molti problemi sono stati indotti da una cattiva politica. Molte mediazioni si potevano fare,

molti accordi si potevano fare, eccetera, eccetera. Lo dico perché questa riunione ha un valore in più, perché è un confronto non intermediato dalla politica. E questo è molto importante, Giancarlo. E ti riconosco il merito di averlo pensato. Quindi è un confronto diretto tra noi. Non ci sono problemi altri, non ci sono problemi di consenso politico. Oggi dobbiamo parlare dei nostri problemi, del nostro futuro. Perché il nostro futuro è abbastanza in pericolo. Perché? Non voglio sembrarvi drammatico o esagerato. Cosa sta avvenendo? Stanotte il governo ha fatto la manovra ed ero curioso di sapere quanto ha dato alla Sanità. In bilico erano centododici o centotredici miliardi. Stamattina ho acceso la televisione ma non hanno dato l’informazione. Ma centododici, centotredici o anche centoquattordici non cambia niente. Qual’è la situazione? Qui dobbiamo veramente metterci attenzione. La situazione è questa: la politica del governo in carica si chiama defianziamento programmato. Che cos’è? Ogni anno ci dà un zinzino in più. Per cui Renzi può dire “io ho aumentato la spesa”. L’altro anno ti ha dato centoundici, oggi ti dà centododici. Come fai a dire non mi hai dato in più? Quindi lui ha ragione, ti ha dato in più. Il problema è che ti dà di meno rispetto al fabbisogno del sistema invariante. Questo lui lo protrae negli anni con l’obiettivo di arrivare a far decrescere l’incidenza della spesa sanitaria sul PIL di un punto e mezzo. Cioè la politica di questo governo, mettevolo in testa, è una politica di decrescita. Nelle politiche di decrescita il valore professionale è destinato a soffrire perché rappresenta il costo più alto. Una settimana fa è venuto fuori il terzo monitoraggio sulla spesa, curato dal Ministero dell’Economia, dove il dato più eclatante è che l’occupazione e, quindi, il costo per l’occupazione è crollato del 22%. Io parlo ad operatori. Cosa vuole dire nella pratica? Quando non hai medici, non hai infermieri, vuol dire dolori. Vuol dire che non garantisci le qualità, che sbagli di più. Il famoso *overcrowding* degli inglesi. Vuol dire che lavori per chi non c’è. E quindi noi dobbiamo incardinarci qui dentro. Siamo in questa difficile situazione per cui, secondo me, dobbiamo pensare il lavoro per contrastare que-

sta negazione, questa predestinazione. Secondo me il lavoro deve produrre più utilità e rendere meno costoso il sistema. Da qui il grande affascinante obiettivo di trasformare le professioni, di rimetterle insieme, di cercare di lavorare in un modo diverso.

Adesso farò accenno ad alcuni documenti per me molto interessanti. Ma perché? Perché alla fine, per quante variazioni abbiamo introdotto nella nostra esperienza professionale, io vedo più invarianze che cambiamenti. Quando penso, per esempio, ai modelli degli ospedali, io resto colpito dal fatto che l'ospedale sia ancora definito dalla Mariotti del 1968. Perché è definito così. Gli standard ospedalieri che ha fatto il ministero sono tutti ispirati alla riforma Mariotti del 1968, la quale è la conclusione di una riforma Petriniani del 1938. Attenzione, questo è un modello che va cambiato. Indipendentemente da Barbara o da Roberta, questo va cambiato perché è vecchio, è spiazzato. Parlo della medicina specialistica ambulatoriale: le prassi sono uguali a quelle delle mutue, sostanzialmente. Parlo della medicina di base. Noi dobbiamo capire che con una politica che ci sta decapitalizzando tutti i giorni un po', per me, il lavoro deve diventare la base di un cambiamento. E, in questo lavoro come base del cambiamento, ripenso le forme storiche di cooperazione, ripenso i ruoli, ripenso le organizzazioni del lavoro. Addirittura, secondo me, va ripensata la dipendenza, va ripensata la figura tradizionale del dipendente. Il dipendente chi è? È quello che dipende, pende dal compito che deve eseguire. La legge ti definisce il compito e tu devi eseguire il compito. Ma oggi questo modo di ragionare è riduttivo e semplicistico. Oggi nessuno di voi esegue compiti, oggi tutti voi attendete a degli impegni. Perché il compito è molto più complesso. Dovete tener conto dei limiti economici, del cittadino che ti porta in tribunale, di tante diavolerie. Questa complessità non è più narrabile in un compito, in una norma burocratica. Molta complessità resta fuori. Però faremmo male a non inquadrare i nostri problemi in questo contesto sfavorevole. Non è colpa di Renzi. Io dico sempre che i problemi economici Renzi ce li ha. L'unica cosa che mi differenzia da Renzi è che

lui li risolve in un modo e io li vorrei risolvere in un altro. Cioè io non vorrei risolvere i problemi economici del paese ammazzando la gente. Parlamoci chiaro. È troppo facile. Tagli sui diritti. Guardate l'esperienza dei piani di rientro. I piani di rientro sono lacrime e sangue. Se andate a vedere come sono andati, i piani di rientro sono l'unica cosa che ha funzionato per rallentare la spesa. Lì, sui diritti, non con l'accetta, ma molto di più, con la motosega, hai fatto delle operazioni. Quindi io penso che la questione professionale debba essere inquadrata in questo contesto e deve essere affrontata per dare un contributo alle difficoltà del contesto. Il lavoro deve avere oggi, per me, un nuovo valore aggiunto. Deve produrre nuove utilità e contribuire, con il lavoro, a raffreddare il reattore della spesa. Sennò non ce la facciamo.

Vediamo un po' questa questione professionale da vicino. Io penso che tanto i medici che gli infermieri, in comune, hanno un problema di ruolo e di identità. Cioè, nel contesto in cui lavoriamo, il ruolo e l'identità di queste professioni soffrono entrambe. Entrambe le professioni hanno un problema di autonomia. I medici sono tartassati con le regole dell'appropriatezza. Addirittura vengono multati in rapporto all'appropriatezza. E gli infermieri hanno un problema a loro volta di autonomia. Perché hanno un'autonomia teorica, normata dalla legge, ma non agita, perché stanno dentro delle organizzazioni del lavoro ancora vecchie. C'è un processo, che io ho chiamato di deintellettualizzazione, per tutte e due le categorie. Cosa voglio dire? Tanto quella del medico che quella dell'infermiere, quest'ultima in ragione della legge 42, sono considerate delle professioni intellettuali, ma i fatti le stanno deintellettualizzando. Ricordo quei 32-33 medici (Roberta del Veneto) che hanno scritto al loro assessore dicendo "Signore, in un anno mi hai mandato 197 circolari. Fammi lavorare in pace". Perché tu non mi puoi dire cosa faccio oggi e poi cambiare idea per dirmi cosa faccio domani. Nello stesso tempo, per quanto riguarda gli infermieri, anche loro hanno un problema di espressione di autonomia perché le relazioni ausiliarie per la legge sono superate. Entrambi hanno in co-

mune un'organizzazione del lavoro obsoleta: questa forma storica di cooperazione di cui parlavo prima. Entrambi, legittimamente, tendono a difendere i loro ruoli, le loro autonomie, le loro identità. Questa cosa dell'identità non la voglio citare in maniera retorica. L'identità è qualcosa di fondamentale. Perché la psicologia ci dice che i problemi dell'identità creano grandi problemi psichici. Ma l'identità è fondamentale per lavorare insieme. Io non sono convinto che con la confusione dei ruoli si faccia una buona integrazione. Le integrazioni tra professioni riescono quando i ruoli sono chiari, non quando sono confusi. E bisogna fare un sforzo. Quando parlo di ruolo, cosa intendo? Ne abbiamo parlato la settimana scorsa. Il ruolo sociologicamente che cos'è? È quello che definiamo un comportamento atteso. Io faccio il padre; mio figlio si aspetta da me, padre, che io faccia il padre. Questi sono i comportamenti attesi. Quindi i ruoli si definiscono sempre in rapporto ad altri ruoli. Io non credo che l'infermiere si possa definire a prescindere dal medico, nè che il medico possa essere definibile a prescindere dall'infermiere. I ruoli sono integrati. Io per fare il padre devo avere un figlio. Questo è il punto. E il comportamento atteso è quello che devo fare rispetto a mio figlio. Il comportamento atteso di un medico e quello di un infermiere sono i loro ruoli. Ecco da dove nasce il concetto di coevoluzione. Cioè tu non puoi definire uno dei due senza definire l'altro. Questo è il punto. Vedete quante cose in comune. Per me bisogna fare proprio un salto nel pensiero. Nel senso che il contesto è quello che è, le forme storiche di cooperazione sono andate, le organizzazioni sono troppo strette, in queste organizzazioni non c'è spazio per tutti. Come facciamo? Rimaniamo dentro lo *status quo*? O immaginiamo qualcosa di diverso? Io credo che dobbiamo immaginare qualcosa di diverso per ridefinire i nostri ruoli e per lavorare insieme. E voi sapete qual'è la mia proposta. Noiosissima, perché la ripeto da tempo, è quella dell'autore. Cioè una nuova idea di operatore al quale do autonomia in cambio di responsabilità, misurando le sue prassi con i risultati. Ieri leggevo un articolo di un grande economista sanitario americano

(quello che tanti anni fa ci ha regalato i DRG), il quale diceva che l'epoca di dare i soldi e pagare per volumi è finita. Oggi dobbiamo ragionare sui risultati. Allora noi dobbiamo produrre risultati e farci pagare sui risultati. E farci pagare anche bene.

Il minuto rimanente lo dedico a due documenti. Il primo è quello che ha chiuso la terza conferenza della professione a Rimini. Un documento che io ho voluto molto perché è stata una bella conferenza a cui abbiamo partecipato tutti ma, con mio rammarico, è passato sotto silenzio. E questo non è giusto, Roberta. Perché quello è un lavoro, è stata una fatica. Abbiamo dovuto superare tanti ostacoli. Io vorrei concludere citando le parti conclusive di questo documento: rinnovato pensiero professionale, evoluzione della figura del medico, rivisitazione del ruolo, revisione della *governance*, ricapitalizzazione del lavoro, nuovi modelli organizzativi, adeguare la professione ad una nuova identità professionale, nuovo modello di formazione, ridefinizione dello stato giuridico. Questo è venuto fuori dalla terza conferenza di Rimini. I medici sono disponibili a fare questo. E questo è importante. C'è un punto però sul quale non voglio glissare, perché io sono convinto che la discussione non è cosa fai tu e cosa faccio io. Io conosco Barbara da tanti anni e non l'ho mai sentita rivendicare qualcosa che non appartenga alla sua professione. E tanto meno i medici. Tutti sappiamo quello che dobbiamo fare. Il punto più delicato è un altro: è quello della *governance*, della gestione. Come si organizza? I medici rivendicano una *leadership*. Ma gli infermieri che hanno conquistato un'autonomia vogliono spenderla anche in chiave gestionale. Come si risolve questo problema? A me è venuto in mente di distinguere il concetto di *governance* da quello di gestione, per riconoscere la *governance* al medico e la gestione all'infermiere. È un'idea buttata lì ma la discussione la dobbiamo fare, a prescindere da me. Io sarei anche incline a distinguere il governo clinico dal concetto di assistenza. E il governo clinico sarei, ovviamente, per riconoscerlo al medico. Ma l'assistenza, che io preferisco chiamare cura, perché è un vecchio termine, io la vorrei dare all'infermiere. Allora questa roba

qui come possiamo metterla insieme? Vi prego. A parte quello che dico io, non evitiamo il problema. Il punto è questo: io credo che se distinguiamo governance da gestione, il medico ha il vantaggio di essere molto deburocratizzato. Ho finito.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - È stato chiamato in ballo il medico e quindi credo che la presidente del Comitato Centrale della Federazione degli Ordini dei Medici possa esprimere il proprio parere. La dottoressa Chersevani.

DOTT.SSA ROBERTA CHERSEVANI - Buongiorno. Grazie Giancarlo per aver mantenuto l'impegno che avevi preso a Rimini, quando abbiamo fatto una tavola rotonda tra le professioni. C'era la dottoressa Ugenti, la presidente dell'IPASVI, c'erano i tecnici di radiologia, c'era il CONAPS, c'erano le ostetriche. Questi ultimi tre si sono dovuti allontanare un po' prima della fine dell'evento e quindi non hanno partecipato così compiutamente per un problema di collegamento di treni. Ma i tre che sono rimasti, più alcuni presidenti, hanno deciso di continuare un dialogo che comunque è stato intrapreso. Un dialogo che alla fine non è mai morto, un dialogo che continua e, quindi, grazie ancora Giancarlo perché siamo qua.

Cercando di capire qual'è la storia dell'evoluzione della professione infermieristica ho scoperto una cosa che non sapevo: il *Bologna Process*. Già nel 2008 si parlava della silenziosa rivoluzione nell'educazione sempre maggiore degli infermieri. Non so perché l'abbiano chiamato così. È un percorso che inizia nel 1991. C'è un documento e ci sono dei governi che lo firmano questo. Tra i governi firmatari c'è anche l'Italia. È una rivista degli infermieri del 2008. (Le diapositive resteranno a disposizione.) È interessante capire perché c'è stato questo percorso di evoluzione. Vorrei partire con alcune diapositive e alcune considerazioni che ho fatto presso l'Istituto Superiore di Sanità che a giugno aveva fatto una giornata su sostenibilità e sviluppo del Sistema Sanitario Nazionale. Io ero stata chiamata a rispondere a questa domanda: perché competenze e responsabilità di tutti i professionisti sanitari non riescono a integrarsi in percorsi assistenziali basati sulle

evidenze e centrati sul paziente? E dovevo rispondere. E rispondevo, partendo con una curva gaussiana, dicendo che è vero, come ha esordito stamattina Ivan Cavicchi, che la forma storica di cooperazione tra le nostre due professioni è in crisi. Però è anche vero che se io vado in un ospedale, se io vado in un ambulatorio, se io vado laddove il medico e l'infermiere lavorano insieme trovo una situazione che può essere posizionata sotto la parte verde di quella curva. Vale a dire che la cooperazione nel pratico c'è sempre, non è mai venuta a meno. Entrambi sono lì a lavorare fianco a fianco, sapendo quello che devono fare e lo fanno perché davanti a loro c'è il paziente. Poi ci sono i due estremi della curva, quello giallo o peggio ancora quello rosso che possono essere posizioni politiche, corse in avanti che forse noi dobbiamo in qualche modo arginare ma di cui dobbiamo assolutamente tenere conto. Questa collaborazione, ricordiamocelo, è quella collaborazione che fa sì che il nostro Servizio Sanitario Nazionale regga ancora, perché c'è gente che sta lavorando in situazioni di mancanza di turnover, di mancato rispetto degli orari di lavoro, di contratti non rinnovati. Quindi la vicinanza sicuramente c'è. E sempre all'ISS portavo degli esempi positivi di collaborazione. Era appena finito un convegno molto interessante che era stato organizzato da Fulvio Borromei, presidente di Ancona, sulle cure palliative. Nel programma di questo convegno c'era ovviamente la figura del medico ma c'era anche l'esperienza dell'infermiere, dello psicologo e così via. Quindi esempi positivi di collaborazione. O ancora come in questo giornale italiano di cardiologia dove esce uno studio osservazionale che parla di organizzazione e attività di un ambulatorio infermieristico e dove tra i nomi degli autori di questo lavoro si alternano infermieri e medici. O ancora più recente, dell'altro giorno a Trieste, un convegno sullo scompenso cardiaco, le cardiomiopatie, organizzato da Gianfranco Sinagra, dove c'è anche la sessione infermieristica. Quindi situazioni dove questa attività e questo lavoro vengono serenamente portati avanti. Come presidente di OM devo ovviamente fare riferimento al codice deontologico. L'articolo 66, quello che parla di rapporto con le

altre professioni sanitarie: il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l'integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità. Direi che c'è tutto, anche quello che abbiamo sentito dire stamattina da Ivan. Il medico sostiene la formazione interprofessionale. E questo potrebbe andare bene come discorso di coevoluitività perché se studiamo assieme sugli argomenti abbiamo un percorso di coevoluzione. Il medico sostiene il miglioramento delle organizzazioni sanitarie nel rispetto delle attività riservate e delle funzioni assegnate e svolte e l'osservanza delle regole deontologiche. È il codice del 2014. Credo che questo articolo possa aver ancora tutta la sua valenza.

Poi ricordo un pensiero di Maurizio Benato. Maurizio Benato è stato presidente dell'ordine dei medici di Padova per molti anni, è stato vicepresidente della federazione per molti anni. Adesso non c'è più in quel contesto. A me manca. In questo momento però mi sostituisce all'interno del comitato nazionale di bioetica e quindi ho ancora modo di scambiare con lui idee, pensieri e programmi. Come è successo in una bella conferenza su una nuova scala etica di valori nelle professioni, ripensare e rinegoziare nei rispettivi ambiti di competenza. Quindi parliamo di innovazione ma a questa colleghiamo l'etica. E questo penso possa essere il percorso che abbiamo già sentito in parte stamattina. Dice Benato che l'ospedale non è un contenitore generico, come poteva esserlo fino a diversi anni fa. È un insieme storico, è un insieme dinamico che è vitalizzato da tanti interessi. Bisognerebbe riorganizzarlo sul concetto portante della centralità del paziente e non della centralità della malattia. E questo lo andiamo dicendo anche in ambito universitario perché anche a livello di insegnamento universitario questo va preso in considerazione e modificato. E allora, dice ancora Benato, non più compiti ma progetto di cura. Si lavora per processi ad alta integrazione multidisciplinare perché non esiste più il singolo e si riorganizzano e si differenziano le responsabilità cliniche gestionali ma anche logisti-

che. Quindi uno stravolgimento di quello che noi vediamo oggi. Questo tipo di organizzazione potrebbe favorire una collaborazione multidisciplinare più efficace, più ricca, più possibile. Si potrebbero creare dei percorsi di cura in cui la professione medica e la professione infermieristica in genere potrebbero intrecciare rapporti meno conflittuali, più efficienti, più efficaci ed equi. Questo potrebbe designare una nuova opportunità. Quindi nuove soluzioni di qualità. Un lavoro in rete e se ne sta parlando. L'integrazione che era citata in quell'articolo 66 e che ricompare. E ancora multidisciplinarietà e condivisione interprofessionale della cura, la *shared care*. Le premesse sono che la professionalità è un attributo comune che può essere condiviso. Il reciproco riconoscimento delle identità professionali e delle competenze specifiche. Lo sviluppo di una cultura comune per gestire unitariamente processi che sono comuni. Questo può essere un percorso. D'altra parte abbiamo bisogno di nuovi modelli organizzativi perché il sociale si va sempre più integrando con il sanitario. Dobbiamo integrare le fasi del percorso del paziente, le professioni e le discipline. Tener conto dell'intensità di cura ma anche della continuità delle cure. Le problematiche che abbiamo in questo momento in cui si parla tanto di ospedale e di territorio ma non si è ancora capito quanto riusciamo a travasare nel territorio e come creare quel territorio. Ovviamente sempre tenendo conto della garanzia degli *standard* di sicurezza, dell'efficienza e della riduzione dei costi. Perché i costi, lo sappiamo, sono un problema. E quindi un gruppo di lavoro e un team che ha obiettivi comuni, che ha una *mission*, che ha compiti e competenze interdipendenti, che deve, naturalmente, condividere tutte le informazioni, che deve condividere impegni e responsabilità. E deve condividere non solo tutto quello che va bene ma anche gli insuccessi. Dall'ospedale alla cronicità, di cui non vi parlo perché la conoscete meglio di me. La comorbilità, la sopravvivenza che sta aumentando ma associata a malattie croniche multiple. Alla difficoltà di poter gestire queste persone anche in un ambito di *welfare*. Ed è stato fatto un primo percorso, io credo positivo, comune. Perché questa lo-

candina di un convegno del mese scorso, all'auditorium del ministero in via Ribotta, porta il logo del FNOMCeO e dell'IPASVI. E si parlava di gestire insieme la cronicità. Ed è un primo grande modo di vederci collaborare. Perché è lì che effettivamente il *care*, la cura, diventa importante. Perché in quella rete che dovrà tenere assieme questi nostri pazienti cronici la figura dell'infermiere è essenziale. In quel contesto era presente la dottoressa Ugenti ma anche il dottor Botti che ha presentato il nuovo piano della cronicità. Molto interessante. Abbiamo in parte condiviso il percorso che ha portato alla produzione definitiva, ma anche questo caratterizzato da zero soldi. Nel senso che il nuovo piano della cronicità non avrà nulla in più. Diceva già prima Cavicchi, staremo a vedere oggi che cosa eventualmente ci viene dato in più. Quindi un gestire insieme la cronicità tenendo conto della trasversalità delle nostre competenze, tenendo conto di appropriatezza, di sinergia e di integrazione. Dieci giorni dopo c'era questo articolo di Quotidiano Sanità che riferiva di un lavoro prodotto negli Stati Uniti. È un altro mondo dal punto di vista della Sanità però noi siamo sempre molto attratti da questi altri mondi. Cure primarie, negli Stati Uniti, sempre più affidate agli infermieri: costano il 30 % in meno dei medici e lavorano altrettanto bene. E suona il campanellino del soldo. Quindi quel problema che ci può portare ad avere difficoltà anche tra le due professioni.

Parliamo di un altro argomento ancora, l'ultimo e poi vado verso la fine. I protocolli del 118. Ci sono state situazioni che abbiamo dovuto in qualche modo prendere in considerazione per vedere di arginarle, per vedere di capirle e abbiamo creato all'interno della Federazione dei gruppi di lavoro che si interessassero proprio di questo argomento. Ringrazio Anna Maria Ferrari, che in questo momento coordina questo gruppo di lavoro, per la sua competenza e per la sua pazienza. Primo problema è che se voi andate a raccogliere i protocolli, e noi lo stiamo facendo, ne arrivano e sono diversi per regione ma addirittura per aziende. Quando parlavamo degli stati generali della professione avevamo mostrato un puzzle dove vedevamo questa

Italia frammentata con tante piccole tesserine colorate. La stessa cosa viene riportata anche in questo ambito. Ognuno fa quello che vuole senza nessun tipo di coordinamento a livello di regione. Molto spesso manca il riferimento con il medico H24 in centrale o manca il medico sull'auto medica. Dopo vi darò alcuni dati. Molto spesso vi sono atti medici delegati, scelte terapeutiche legate all'interpretazione. Perché non credo sia così semplice poter definire da un protocollo se un segno c'è o non c'è. Diventa diagnostici. Ci sono situazioni in cui c'è l'utilizzo di farmaci *off-label* e questa è una cosa che non possiamo accettare. Ma soprattutto non si capisce più, alla fine, quale sia la definizione di responsabilità e a chi compete. Questo è il punto. Mentre vedendo la riorganizzazione dell'ospedale, guardando il discorso della cronicità e della rete e del territorio credo ci possa essere una grande collaborazione cui bisogna stare un attimo attenti e cercare di fare ordine. Ricordo che accanto al gruppo di lavoro, professione medica e professioni sanitarie, abbiamo creato un tavolo tecnico che è quello che in questo momento si sta interessando al rapporto tra le professioni sanitarie in emergenza-urgenza. E di nuovo abbiamo la presenza di infermieri che l'IPASVI ha nominato nel contesto del gruppo di lavoro. Quindi la prospettiva di coevoluzione e di cooperazione direi che sicuramente si può riproporre. E veniamo a casa mia. Io vivo a Gorizia, sono presidente dell'ordine di Gorizia, regione Friuli Venezia Giulia. Il piano di emergenza-urgenza era già stato presentato alla fine dell'anno scorso. È di pochi giorni fa la presentazione dei protocolli infermieristici di soccorso per i quali abbiamo chiesto un incontro con il responsabile perché dobbiamo fare chiarezza. Partendo soltanto da un dato tecnico senza scendere in altri tipi di dettaglio di questi protocolli, abbiamo provato a fare un confronto tra la regione Marche e la nostra regione che sono abbastanza simili orograficamente e come numero di popolazione. Se andiamo a vedere le macchine con medico, nella regione Marche ne abbiamo una ogni 50000 abitanti circa mentre in Friuli Venezia Giulia una ogni 205000 abitanti. Se andiamo

a vedere il territorio che viene sorvegliato da questa macchina è di 303 km quadrati nelle Marche e 1309 km quadrati in Friuli Venezia Giulia. Questa differenza non è corretta. Su questo si deve lavorare. E qui dobbiamo portare a casa dei risultati. Il venerdì della prossima settimana ci sarà un convegno a Roma in cui si parlerà di sistema emergenza-urgenza territoriale, rapporto tra professionisti, coinvolgendo esperti e magistrati. Saranno presenti tutti i nostri presidenti perché è un consiglio nazionale monotematico. Io mi auguro che dai lavori di oggi e dai lavori di venerdì prossimo si possa intraprendere un percorso in qualche modo costruttivo in questo ambito. La scorsa settimana avete fatto un convegno sull'atto medico. Io non potevo partecipare. Non so i risultati, ma sarò molto contenta di leggere gli atti che Giancarlo sta allestendo. Mi domando se serve questa legge sull'atto medico. Sicuramente va comunque in qualche modo definito. Come va definito, a questo punto, l'atto infermieristico. Soprattutto perché non vi devono essere equivoci nella relazione tra il medico e le professioni sanitarie. Ma soprattutto non vi devono essere conflitti di competenze che alla fine vanno a ricadere su colui che sta lì al centro, sull'assistito, sul paziente, sulla sua sicurezza, sulle sue ansie. Quindi le professioni sanitarie si affiancano e non sostituiscono il medico. E poi, con buona pace di Cavicchi, in questi contesti e con questi argomenti io porto sempre la London Symphony Orchestra. Dove sono tutti professori. Perché se uno non è un maestro di musica lì non suona. Però ogni tanto, pur suonando perfettamente, alzano gli occhi per andare a vedere chi, in quel momento, sta dando il ritmo, chi sta dando l'armonia di quel suono. Ecco io vorrei che questo fosse ciò che noi vogliamo portare avanti. Grazie.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie Roberta. Grazie all'assessore Venturi che è qui tra noi e al quale daremo la parola dopo il *coffee break*. Ringrazio ancora una volta la dottoressa Mangiacavalli per aver accettato questo invito, estortole a Rimini. Speriamo di averla anche in altre occasioni. Prego dottoressa.

DOTT.SSA BARBARA MANGIACAVALLI - Buongiorno a tutti. Ringrazio il dottor Pizza per questo invito, già annunciato a Rimini quando ci siamo incontrati con la dottoressa Chersevani e la dottoressa Ugenti. Invito che ho raccolto molto volentieri. Se posso permettermi, dottor Pizza, farei alcune prime osservazioni.

Il dialogo non è stato mai interrotto, sicuramente. A volte si è rivelato un po' difficoltoso, per alcune ragioni che poi spiegherò. Però, se dobbiamo continuare con il dialogo, come io auspico, la prima cosa da fare sarebbe equilibrare un po' più i tavoli di discussione. In questo momento, a parte qualche collega presidente IPASVI presente in sala e qualche altro componente di consiglio direttivo, l'unica relatrice rappresentante degli infermieri sono io. Trovo molto utile confrontarci tra le nostre due professioni in una logica più equilibrata per quel che riguarda la proporzione professionale. Un passaggio importante su una modalità che io condivido molto. È una modalità che giudico l'unica perseguibile e utilizzabile tra le nostre due famiglie professionali. Pur tenendo a riferimento la prolusione del dottor Cavicchi, da cui prenderò anche qualche spunto, penso ad esempio al concetto di autonomia che il dottor Cavicchi ha citato. Mi piace precisare il mio punto di vista rispetto all'autonomia perché trovo sia un elemento che dobbiamo mettere su questo tavolo condiviso per iniziare a costruire un percorso. Vado alla radice etimologica del termine. *Auto nomos*: propria regola. Quindi autonomia significa lavorare con una propria regola, cioè con un proprio metodo. Perché regola è metodo. Il metodo che contraddistingue gli infermieri è il processo di assistenza infermieristica, è il *problem solving*, è la presa in carico. Allora lavorare in autonomia significa saper applicare il proprio metodo, cioè saper applicare le conoscenze scientifiche, che sono alla base della nostra disciplina, al processo di assistenza infermieristica, al bisogno di assistenza infermieristica del nostro assistito. Significa mettersi in interdipendenza, e non in totale indipendenza, all'interno di un percorso più ampio, più complesso e articolato che è il percorso diagnostico-terapeutico-assisten-

ziale. Per me l'autonomia professionale è questa: lavorare con il proprio metodo, cioè saper applicare il metodo scientifico al bisogno di un paziente che è dentro un percorso più ampio. Questo, secondo me, significa cambiare profondamente le relazioni tra le professioni. Significa che non si può lavorare in solitudine. E vale per entrambe le professioni, credo. Significa che di fronte al nostro attuale sistema sanitario e ai bisogni di salute dei nostri cittadini non possiamo più permetterci di lavorare o di stare dentro il sistema come è stato finora. La dottoressa Chersevani ha illustrato nel suo intervento alcune riflessioni scaturite da interventi del dottor Benato, che ho avuto la fortuna di conoscere in un convegno alcuni anni fa quando era vicepresidente FNOMCeO e ho molto apprezzato il suo equilibrio e le sue riflessioni ponderate. Condivido quello che è stato detto. A un certo punto ha parlato di rivedere le organizzazioni negli ambiti di competenze di responsabilità e rimettere al centro il paziente e non la malattia. Al di là del fatto che fa parte di quei tanti leitmotif che ci siamo sentiti dire e che forse hanno anche perso un pochino di significato, aggiungerei che al centro, se veramente mettiamo il paziente, dobbiamo avere l'onestà professionale di non mettere i professionisti. Perché se noi veramente riuscissimo a mettere al centro delle nostre riflessioni e del nostro sistema il paziente e i suoi bisogni di salute, potremmo costruire sistemi professionali, modelli organizzativi, modelli operativi e modalità relazionali, partendo dai bisogni del cittadino. Se invece dobbiamo costruire e ripensare, come di fatto accade, modelli organizzativi e professionali e modalità operative partendo dal professionista, credo che questo non ci faciliti nel trovare posizioni condivise e lavorare per lo stesso obiettivo. Mettere al centro il professionista significa, tradotto in termini forse un po' banali, che io sono orientata ad andare a cercare dove sono io, chi ho sotto, chi ho sopra, chi ho da parte, ma non sto lavorando per i bisogni del cittadino. Lavorare e organizzarsi per i bisogni del cittadino significa tener conto di dati epidemiologici, tener conto che il nostro sistema si è profondamente modificato. Non voglio tornare sull'e-

tà media, sulla pluripatologia, sulla comorbidità, perché sono dati che questa platea conosce alla perfezione. Ma proprio questi dati ci devono servire per ripensare il modello insieme alle istituzioni. Ringrazio della presenza l'assessore Venturi, di cui ho apprezzato la pacatezza e gli atteggiamenti moderati. Tutti conosciamo l'impatto dei bisogni di salute sul nostro agire professionale, sul nostro sistema professionale e sul sistema sanitario in genere e credo che da lì si debba partire. L'ospedale, come è stato detto, non è più sicuramente quello di una volta. Concordo che è organizzato ancora secondo la legge Mariotti. Abbiamo fatto tanti studi e tante ricerche scientifiche sullo sviluppo clinico, sullo sviluppo assistenziale, sulle nuove scoperte tecnologiche, su quanto impatta la tecnologia. Abbiamo fatto pochissime ricerche e sviluppato pochissime evidenze sui modelli organizzativi. Questo potrebbe essere un tema di discussione e di analisi comune. Sono sempre abituata a sostenere le affermazioni che faccio con evidenze, dati, numeri e trovo anch'io che i modelli organizzativi vadano profondamente modificati. Perché non sono più rispondenti non tanto ai bisogni delle professioni, quanto ai bisogni di salute. Non dobbiamo più tenere le persone in ospedale per il tempo che le teniamo. È vero che le degenze medie si sono profondamente modificate. Ma vi do solo un dato macroscopico che tutti conosciamo: un giorno di degenza ospedaliera risparmiata equivale quasi a 12 giorni in una RSA, equivale quasi a 25 giorni in un centro diurno. È vero che il motore economico non deve essere quello che spinge, sono un po' stanca anch'io di sentirmi dire che gli infermieri costano meno, come credo lo siano allo stesso modo tutti gli infermieri. Ma qui non è la valutazione sulla spinta economica. È la valutazione di appropriatezza e di qual è il profilo di competenze più utile per rispondere a un determinato bisogno di salute. Se tengo una persona un giorno in più in ospedale, e non voglio entrare nel merito del perché, posso dire che è perché la maggior parte delle volte ci si rende conto che vive da solo, che abita al quinto piano, che non c'è l'ascensore, che non è stata attivata la rete sociale, che non c'è il caregiver, che non è sta-

ta attivata la rete territoriale per la presa in carico. La maggior parte delle volte, non voglio generalizzare, stiamo facendo dei ragionamenti di sistema. Anche il problema dell'emergenza-urgenza è un problema che si ribalta su tutti i contesti assistenziali. Di fatto abbiamo 21 sistemi sanitari regionali diversi. E ci sono anche le regioni a statuto speciale, la cui esistenza andrebbe ripensata. Nella legge di stabilità pare che una quota sia riservata a loro, quindi indisponibile per altri bisogni, anche perché poi troviamo che con i contratti integrativi del personale dipendente del Servizio Sanitario Nazionale nelle regioni a statuto speciale, lo stesso istituto contrattuale vale quattro volte. Abbiamo il rischio di 21 sistemi regionali diversi. Ci sono regioni che hanno sviluppato percorsi integrati, tra ospedale e territorio, di cure e di assistenza, ma non è la regola. Non lo è perché se il Patto per la salute all'articolo 5 piuttosto che all'articolo 6 "integrazione sociosanitaria", piuttosto che all'articolo 22 "rapporti tra le professioni sanitarie", lo va a definire, evidentemente, non è così scontato che tutti i percorsi assistenziali di presa in carico tra ospedale e territorio siano fluidi e definiti. Quando parlo di ripensare l'organizzazione del lavoro intendo rimettere al centro il paziente non la malattia né i professionisti. Perché quando il signor Bianchi arriva in ospedale io, *equipe* medico infermieristica, devo aver già definito anche il percorso per quando esce dal ricovero. Non posso pormi il problema di iniziare a ragionare sul percorso quando decido che è pronto per la dimissione. Quindi lavorare in *equipe*, lavorare rispettando le autonomia significa anche attivare modalità di lavoro che prevedono questo tipo di integrazione. Significa condividere strumenti informativi, percorsi, modalità operative. E condividere significa mettere insieme pensieri diversi. Allora l'integrazione professionale c'è quando due cose sono diverse: se fossimo uguali non ci sarebbe bisogno di integrazione professionale. Proprio perché siamo diversi e complementari nel percorso di cura del paziente, integrazione professionale significa anche lavorare per costruire un linguaggio comune. Il paziente è quello. Manifesta una serie di bisogni complessi e artico-

lati, alcune volte più sanitari, alcune volte sociosanitari, alcune volte sociali. Di fatto dobbiamo trovare il modo di lavorare insieme per il nostro paziente. L'altro aspetto nella modifica necessaria dei ruoli e dei modelli organizzativi delle professioni è che il nostro cittadino deve assumere sempre di più un ruolo attivo. Non possiamo continuare a pensare di ragionare sull'organizzazione dell'assistenza e delle professioni, su come dobbiamo stare dentro al sistema senza confrontarci con il cittadino. C'è un esperto di organizzazione che parla del nuovo professionalismo in sostituzione del vecchio professionalismo e ne cita quattro aspetti. Uno di questi è proprio il nuovo rapporto con il paziente: non può più essere elemento passivo. Anzi, non solo il paziente, ma anche il *caregiver*, anche il contesto familiare. Perché se abbiamo un milione e mezzo di famiglie italiane che assistono in casa un loro congiunto non autosufficiente, questo è un elemento che non possiamo fingere che non ci sia. Perché queste famiglie stanno vicariando in qualche modo al sistema. Sarà sempre di più così. Dobbiamo fare in modo che queste famiglie siano inserite in un percorso di cure e di assistenza dove anche le professioni sanitarie le prendano in carico con modalità di addestramento o di supervisione. Abbiamo anche questa necessità perché questa è l'evoluzione dei bisogni di salute. Quindi non lasciare le famiglie da sole e coinvolgere il nostro cittadino in un ruolo attivo all'interno del processo di cura e di assistenza. Oltre che del nuovo rapporto con il paziente l'esperto di cui dicevo parla dei nuovi rapporti interprofessionali. Dice: il vecchio professionalismo richiedeva a tutti di presidiare i confini, il nuovo professionalismo prevede un indebolimento delle giurisdizioni professionali, ruoli più flessibili, confini più permeabili, crescita degli altri professionisti, lavoro in *equipe*. Credo sia il contesto della riflessione di questa mattina, che auspico scorra da pregiudizi e che parta dal presupposto necessario che siamo professioni con pari dignità. Partendo da questo presupposto siamo in grado di negoziare non solo come andare d'accordo ma anche come litigare. Allora vede, dottor Pizza, se dobbiamo partire da que-

sto presupposto direi che dobbiamo lasciare sullo sfondo la magistratura a cui qualcuno è tanto affezionato. Perché questo non ci aiuta. Lei ha esordito dicendo “mi viene detto che l’ordine dei medici non è vicino agli infermieri”. Qualcosa del genere. Beh, contano i fatti più che le parole e le promesse. Quindi se dobbiamo rendere più proficuo questo dialogo mai interrotto, dobbiamo partire con il presupposto che abbiamo la stessa dignità, che abbiamo campi di attività diversi che si integrano e sono complementari. Se torniamo alla clinica, al letto del paziente, il confronto è lì, la crescita interprofessionale è lì. Alla definizione di quello che deve essere il percorso più utile per il paziente l’infermiere porta il proprio contributo con autonomia. E così fa il medico. Oggi parliamo di questi due ma sono circa 28 i profili professionali nella Sanità. Se troviamo il modo di stare insieme noi, probabilmente questo percorso facilita tutto il Sistema Sanitario, visti i numeri. Auspico anche che il confronto tra medici e infermieri avvenga sul piano intellettuale. E questa è sempre stata la mia modalità di riflessione all’interno del Comitato centrale della nostra Federazione, all’interno del Consiglio nazionale, nei confronti con i presidenti provinciali e nei diversi contesti in cui mi trovo a discutere e dibattere. Io, infermiere, non ho più bisogno di rivendicare i miei spazi perché so perfettamente quali sono: l’assistenza infermieristica, la risposta ai bisogni di assistenza infermieristica, la presa in carico del cittadino che ha un problema di assistenza infermieristica. So perfettamente quali sono le mie potenzialità, le mie capacità e le mie competenze. Per la cronicità, per il territorio o per altri contesti si sta tanto parlando della figura del *care manager*. Il Piano nazionale cronicità identifica per gli infermieri lo sviluppo del ruolo del *care manager*. Il *care manager* è un ruolo più organizzativo, gestionale. Io non credo di aver mai sostenuto che il *care manager* deve essere esclusivamente un infermiere. Perché non lo penso. Perché il *care manager* non richiama un profilo professionale, richiama un profilo di competenza. È questa la riflessione che dobbiamo cercare di fare in maniera molto serena e tranquilla. Mettiamo al centro il bisogno, mettiamo al

centro il cittadino e su quello costruiamo un modello organizzativo. Se il profilo di competenza richiama competenze prevalentemente sociali c’è l’assistente sociale, per quelle occupazionali ci sarà il terapista occupazionale, per quelle di tipo clinico sanitario ci sarà il medico di medicina generale. O l’infermiere o l’ostetrico o l’infermiere pediatrico o il pediatra di libera scelta. Dipende da qual è il bisogno prevalente. Non sono affezionata ai ruoli e alle etichette. Sono però assolutamente convinta che si debba attivare un confronto sul piano intellettuale e non più rivendicativo. Piano intellettuale significa che ognuno si siede al tavolo ed è perfettamente consapevole di che cosa è portatore. È ovvio che chiede di essere trattato, a quel tavolo, con la stessa dignità con cui vengono trattati tutti gli altri. E soprattutto il confronto intellettuale, e quindi non più di forza muscolare, implica abbandonare le modalità del confronto passate. Tra cui secondo me la magistratura. La magistratura non potrà mai fare il bene del cittadino e dei professionisti. Il magistrato, se viene coinvolto, deve decidere di chi è la colpa: auspico che questo tipo di iniziativa e il percorso che ne possa derivare, a ricaduta anche su tutto il paese, ci aiuti a mettere in evidenza le differenze, a trovare il punto comune, il dialogo, un linguaggio comune, un paradigma comune. Per me, quando un gruppo professionale è maturo definisce anche le regole con cui discutere. Ma non va a cercare un terzo. Questa è la vera sfida. Faccio riferimento al percorso illustrato dalla dottoressa Chersevani. Il documento di Bologna è stato un momento importante sulla formazione infermieristica da cui sono derivati i descrittori di Bologna, che ancora adesso si utilizzano. Queste iniziative che ci sono state, l’apprezzabilissimo articolo scritto congiuntamente da medici e infermieri, sono la punta dell’iceberg e siamo ancora a un livello superficiale. Dobbiamo fare lo sforzo, per il ruolo che temporaneamente abbiamo l’onore e l’onere di ricoprire, di andare un po’ più a fondo e di mettere in evidenza le differenze, che sono la nostra ricchezza, non la nostra debolezza. Allora credo che veramente si possa dichiarare che mettiamo al centro il paziente non solo come slogan ma

anche come significato. Poi, ripeto, vorrei evitare di continuare a mettere l'accento sull'aspetto economico che trovo riduttivo: sembra quasi che far fare certe attività agli infermieri sia assistenza di serie B o servizio sanitario di serie B. Ma in una logica di rivisitazione di modelli organizzativi operativi, del bisogno prevalente del paziente e del rispetto delle autonomie reciproche, sicuramente i punti di incontro ci sono. Così come non vorrei dire nulla sull'atto medico e su quello infermieristico perché definendoli, si procede in senso contrario all'obiettivo di oggi. Perché, una volta che si è definito un perimetro, da lì è difficile uscire. Non so come, ma dobbiamo trovare una modalità diversa di negoziazione. Poi posso essere anche d'accordo che siano definite una serie di competenze e di attività. Dobbiamo tenere conto però, che, per come si sta modificando il sistema, i ruoli sono sempre più flessibili e i compiti sempre più permeabili. Questo non significa che uno sostituisce l'altro. Perché anche gli infermieri ogni tanto hanno questa paura di sentirsi sostituiti dagli OSS. Questo tipo di problema lo si potrebbe riproporre per tutte le professioni ma non credo sia il tema di oggi né sia necessario focalizzarsi su esso. Perché non è un problema di sostituzioni perché costano meno o di sostituzioni perché qualcuno esce dal sistema e c'è pronto qualcun altro. No, è proprio un problema di ridisegnare i percorsi all'interno del nostro sistema sanitario, altrimenti andiamo incontro all'eterogenesi dei fini. Abbiamo dichiarato dei principi e poi ci muoviamo per realizzarne altri. L'obiettivo è lavorare per il nostro sistema, per i nostri cittadini. Lavorare nel rispetto di ruoli, di dignità professionali e di contenuti. Lavorare in maniera sicura e appropriata. Non è argomento di oggi ma, sullo sfondo, abbiamo tutta una serie di provvedimenti normativi, abbastanza avanzati e rilevanti, che hanno finalmente aperto un capitolo importante sulla responsabilità. Mi permetto quest'ultima chiosatura. Ci sono centinaia di evidenze scientifiche e di articoli che parlano delle equipe ad alta affidabilità e delle equipe a bassa affidabilità. Le prime sono quelle dove non si ha paura di dire: "ho sbagliato, questa cosa non l'ho capita,

scusa forse stai sbagliando". Le seconde sono quelle in cui prevalgono modalità di lavoro di tipo gerarchico e dispositivo, dove i componenti hanno paura a dire: "forse possiamo rivedere questa prescrizione, possiamo ragionare un attimo, siamo sicuri? Io non sono sicura, posso avere supervisione?". Io credo che se noi veramente sgombrassimo il campo da una serie di pregiudizi e portassimo il confronto su un terreno che è quello del lavoro affidabile, appropriato e d'*equipe*, in interdipendenza nel rispetto delle autonomie, allora mi sentirei di condividere l'esempio dell'orchestra. Condivido l'orchestra, ben tenendo presente che secondo il tipo di musica che occorre suonare (cronicità, emergenza-urgenza, territorio), colui che guida l'orchestra può essere un professionista rappresentativo della tipologia di bisogni e di presa in carico differenziata del nostro cittadino. Grazie.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie dottoressa. Ho beccato qualche frecciatina. Ne parleremo a parte, perché non mi pare di aver mai denunciato un infermiere. Per quanto riguarda l'uso della magistratura, non ho mai accusato un infermiere di qualche cosa. Questo non mi risulta. A meno che non si parli di magistratura ordinistica. Allora questa è un'altra cosa. Ma quella riguarda soltanto i medici.

Dottoressa Ugenti grazie di essere qui. La dottoressa Ugenti è direttore generale delle risorse umane del Ministero della Salute. Grazie di essere qui. Ci auguriamo che le cose che sta sentendo siano di incoraggiamento in qualche modo. Anche se la dottoressa Mangiacavalli ci ha detto che dobbiamo imparare a litigare e quindi discuteremo in quali perimetri litigare. Prego dottoressa

DOTT.SSA ROSSANA UGENTI - Grazie. Intanto grazie di questo invito. Nasce da Rimini. Ci siamo visti a quella tavola rotonda e mi sembra che già in quell'occasione io fui molto, come disse la dottoressa Chersevani, vemente. Perché si ripresentava sempre questo discorso della contrapposizione tra medici ed altre professioni sanitarie. Allora io sono il direttore delle professioni sanitarie delle

risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale. Cioè di tutti. Per me non c'è distinzione e non ci può essere. Perché il sistema si fonda su tutti. Un sistema sanitario che possa veramente essere sostenibile necessita di tutte queste figure professionali. Non è possibile diversamente. Negli interventi che mi hanno preceduto io ho trovato tanti spunti che erano nel mio intervento. Ho trovato il discorso dei nuovi bisogni assistenziali, delle nuove domande di salute, dei nuovi modelli organizzativi e il concetto di autonomia. Vi leggo questo passaggio della mia relazione. Proprio a fronte di questi nuovi bisogni di salute si pone una necessità di nuove risposte che non si possono trovare soltanto in una soluzione. La complessità dei bisogni di salute necessita di risposte complesse ovvero il risultato di un concorso di professioni autonome che lavorano in *équipe*. Sembra che ci fossimo sentiti prima, ma non è così. Se noi oggi ci troviamo qui e siamo concordi su certi principi e su certe affermazioni, perché non riusciamo ad attuarlo? Abbiamo sentito la dottoressa Chersevani, presidente FNOMCeO, la dottoressa Mangiacavalli, presidente IPASVI, Ivan Cavicchi. Siamo tutti d'accordo. Ma allora perché, oggi, ne stiamo ancora parlando? C'è un elemento che vi caratterizza tutti: la conflittualità, la litigiosità. È questo il vostro punto di debolezza. Di tutti. Il punto di debolezza perché fuori dal mondo delle professioni sanitarie c'è un mondo di altre professioni che sta spingendo per entrare nel vostro settore. Prendetene conoscenza perché si sta avviando un processo di intromissione, di invasione da parte di altre professioni che sanitarie non sono nel vostro territorio, nelle vostre competenze. Il Ministero della Salute sta lavorando con un'attività veramente di controllo e di tutela, perché voi siete le nostre professioni. Il Ministero è con voi. Il Ministero della Salute è il vostro punto di riferimento. Di tutela perché sapete che c'è un mondo di altre professioni alle quali è stata aperta la porta con la famosa legge 4 del 2013. In quella legge si parla di attività riservate delle professioni sanitarie. Ma quali sono queste attività riservate? Per noi era scontato. Lo dice la legge e basta. C'è un prime-

tro chiaro, preciso che non deve essere oltrepassato da altre professioni che sanitarie non sono. Si è sentita però la necessità nel 2013 di fare un accordo Stato Regioni. In questo accordo si rimetteva al Consiglio superiore di sanità di definire quali fossero queste attività riservate. Una volta che il consiglio superiore di sanità si fosse pronunciato si prevedeva, sempre in quest'accordo, un nuovo accordo Stato Regioni che recepisce questo parere. Abbiamo lavorato per un anno e mezzo con il Consiglio superiore di sanità su questa cosa. Io ho avuto una serie di incontri. Si è costituito un gruppo di lavoro specifico all'interno del Consiglio e io, come direzione generale, ho avuto il mandato da parte del gruppo di avere confronti e incontri con tutte le varie professioni. Quindi ho incontrato i presidenti delle federazioni, dei collegi. E i rappresentanti. Perché voi dovete tenere presente che abbiamo professioni sanitarie che non sono ordinate. Quindi abbiamo associazioni che rappresentano queste professioni. Associazionismo libero. Quindi c'è chi aderisce e chi no. Quindi neanche queste associazioni riescono a rappresentare tutti. Non solo, ma alcune professioni hanno anche più di un'associazione. Associazioni che litigano tra loro. Entrano in contenzioso. Abbiamo ricorsi davanti al Tar perché ritengono che quella non sia maggiormente rappresentativa rispetto ad un'altra. È un mondo veramente difficile da poter gestire, da poter contenere perché, appunto, c'è questa conflittualità. Dopo questi incontri che ho avuto con le varie federazioni, collegi, rappresentanti e associazioni, abbiamo cercato di definire quali potessero essere queste attività riservate. Ma il rischio qual'era? Che si andasse a rifare una sorta di mansionario. Mentre invece la finalità non era questa. Non era quella di dire cosa io posso o non posso fare. Ma di dire quello che tu, che stai fuori dal mondo delle professioni sanitarie, non devi fare. E non puoi introdurti nel mondo delle professioni sanitarie perché altrimenti fai un esercizio abusivo della professione. È chiaro? Quindi che cosa abbiamo fatto con il consiglio? Abbiamo capovolto la cosa. Dico chi può esercitare una professione sanitaria. E quindi abbiamo det-

to quelli che sono i requisiti di formazione, il percorso di formazione. Quindi se non hai la laurea, se non hai quella formazione, se non hai svolto un determinato percorso non puoi esercitare la professione sanitaria. Questo parere adesso lo porteremo in conferenza Stato Regioni. Ma vi assicuro che c'è una miriade di professioni che, attraverso il meccanismo della legge 4, va allo Sviluppo Economico e si fa riconoscere la cosiddetta Norma UNI, per essere poi inserito in un elenco. Quando i colleghi dello Sviluppo Economico intravedono aspetti che possono essere di competenza sanitaria, puntualmente, ci mandano tutto il dossier. Vi posso assicurare che, sebbene determinate professioni non si presentino come sanitarie, andando ad esaminare gli statuti e gli atti costitutivi individuiamo al loro interno parole, espressioni e competenze che appartengono a professioni sanitarie. E glielie bocchiamo, glielie neghiamo. Un esempio può essere quello della doula. Sapete cos'è? L'abbiamo stoppata. La doula è una figura di supporto alla donna in gravidanza. Addirittura l'accompagnamento per l'allattamento. Addirittura come si affronta il pre e post partum. Ma stiamo scherzando? E l'ostetrica? È stata una battaglia che abbiamo fatto. Ci siamo seduti al tavolo noi, Ministero della Salute, insieme con la Federazione del Collegio delle Ostetriche. Noi tuteliamo la professione sanitaria. Mi chiedete se questo possa essere un esempio di *task shifting*. No. Noi dobbiamo cercare di tutelare le nostre professioni. Io non impedisco ad altre professioni di entrare nel mercato. Perché alla fine è questo, no? La sottrazione di fette di mercato per altri. Ci sono problemi di lavoro. Lo sappiamo tutti. Tant'è vero che l'equilibrio che poi come ministero dobbiamo tenere è quello, comunque, per cui non possiamo impedire ad altre professioni di entrare e di proporsi. Però tu non puoi dire che non sei sanitario e poi entrare in quel mercato. Anche perché qui c'è una tutela della salute. Perché poi abbiamo una diffusione di informazioni non corrette verso i cittadini che pensano di trovarsi di fronte ad una professione sanitaria, che sanitaria non è. Quindi, alla fine di tutto questo, qual'è e quale deve essere sempre la nostra

preoccupazione? Il cittadino. La tutela della salute del cittadino.

Ritorno alle professioni sanitarie. A me sta benissimo il discorso dell'integrazione. La parola vincente è questa: integrazione. L'integrazione tra le diverse figure e non certo la sovrapposizione. Le competenze, le specificità, la formazione e il ruolo di ciascuna figura professionale devono essere viste in una logica di integrazione e non di sovrapposizione. Quindi mettere da parte la litigiosità, la conflittualità e cercare di capire in che modo integrarsi. In che modo, salvaguardando la propria autonomia, si può lavorare in una logica di *equipe*.

Il titolo del convegno oggi, dottor Pizza, è "Medici e professioni sanitarie: un dialogo mai interrotto". Io immagino, anche se spero tanto di no, che domani qualcuno delle altre professioni dica: "Perché io non c'ero?" Aspettiamocela questa. Può darsi pure di no. Però questo rappresenta quello che dicevo prima. Perché solo con gli infermieri? Perché non hai chiamato le ostetriche o i tecnici sanitari di radiologia medica? È una storia infinita, no? Allora diciamo che quello di oggi è un primo appuntamento; perché non replicarlo con altri? Perché non ritrovarsi anche con tutto il mondo delle altre professioni. Però io vi ricordo una cosa. Che c'è un organismo, che noi abbiamo istituito con un accordo Stato Regioni del novembre 2014, che è la famosa Cabina di Regia. Quell'organismo doveva essere proprio il punto di incontro tra tutte le professioni, una sorta di camera di compensazione dove ci si confrontava, ci si poteva anche scontrare, ci si poteva anche alzare e sbattere. Ma almeno ci trovavamo lì, ci confrontavamo, ci potevamo dire le cose che andavano e che non andavano. L'organismo c'è, facciamolo partire. Basta con i tavoli a silos. Basta con i tavoli su singole tematiche. Se il sistema si fonda su tutte le professioni, queste devono stare intorno a quel tavolo. Questa è la forza e questo è il segnale che noi possiamo dare fuori a quel mondo che spinge per dire che le professioni ci sono, sono coese e lavorano insieme. Ci possiamo confrontare, potete litigare ma, secondo me, diamo un segnale di unione. Perché proprio in queste separazioni si insinua-

no gli altri. E questo non è più la nostra forza ma il nostro punto di debolezza. Allora facciamo partire la Cabina di Regia. Incontriamoci lì. La Cabina di Regia non è assolutamente sostitutiva dei tavoli di contrattazione. È un'altra cosa, nell'accordo è detto molto chiaramente, ma può essere un luogo dove incontrarsi e cercare di trovare condivisione per poi andare a discutere su altri tavoli. Ma almeno avremmo cercato di trovare dei punti di contatto e dimostrato che siamo veramente uniti e insieme forti. Perché altrimenti rischiamo di perdere i nostri giusti spazi riservati e le competenze riservate alle professioni sanitarie. Grazie.

DOTT. GIANCARLO PIZZA- Grazie dottoressa Ugenti, è stata bravissima. Ci ha parlato dell'assalto alla diligenza che è in atto. Ha suggerito a quest'ordine di diventare una pre-Cabina di Regia e di invitare qui anche le altre professioni. In altri casi lo abbiamo fatto ma non sono venuti. Ma poco importa. Posso dirle che quest'ordine sta valutando con grande accuratezza alcuni problemi che riguardano i tecnici di radiologia medica. Perché ci sono problemi relativi all'abbandono del paziente al tecnico nell'erogazione dei trattamenti di radioterapia. Lei capisce che ci sono problemi consistenti. E qui il Collegio dei tecnici di radiologia medica è del tutto in disaccordo nell'assumere questo tipo di responsabilità. Per cui stiamo seguendo anche alcuni altri aspetti. Grazie molte. Grazie anche per aver risparmiato qualche minuto agli altri. E adesso inviterò il dottor Vergallo a fare la sua relazione.

DOTT. ALESSANDRO VERGALLO - L'AA-ROI-EMAC, attraverso il suo Presidente, ha evidenziato che l'invito all'incontro è stato un'occasione importante per poter riprendere un dialogo che in realtà ha subito qualche interruzione, sin da quando la "Cabina di Regia", progettata su input del Ministero della Salute per gestire le problematiche derivanti dall'implementazione delle competenze infermieristiche, si è arenata a causa di una preponderante avanzata delle stesse priva di ogni condivisione e di ogni accordo con i Medici.

Le criticità che oggi investono l'intero mondo del Sistema Sanitario riguardano sia i rapporti tra Cittadini e Operatori Sanitari, sia quelli tra i Professionisti Medici e non medici, sia quelli all'interno di ciascuna professione.

I rapporti tra Cittadini e Operatori Sanitari risentono senza dubbio della responsabilità di una certa diffusione mediatica di facili speranze di salute che travalicano le possibilità reali della scienza medica, e di altrettanto facili accuse di malasana, diffusione che ha finora causato una credulità popolare sconfidente quasi in un'aspettativa di salute e di vita da doversi garantire all'infinito.

I rapporti tra i Professionisti Medici e non medici, in primis gli Infermieri, sono stati viziati da una politica che è entrata in tali rapporti a gamba tesa, non solo direttamente, ma anche attraverso commistioni di rappresentanza professionale, che in certi casi hanno portato ad affermare che alla professione infermieristica, numericamente e politicamente preponderante sino a poter minacciare azioni parlamentari a proprio vantaggio, spetterebbe "la parte del leone". Non è su questi presupposti che può esserci dialogo.

Oggi, a livello ordinistico medico e collegiale infermieristico, l'avvicinamento delle rappresentanze di vertice delle due professioni può rappresentare un elemento favorente il dialogo, a patto che l'evoluzione professionale non significhi che la professione infermieristica, come finora è stato progettato, progredisca a discapito di quella medica, ma vi sia una coevoluzione che si ponga come obiettivo comune la miglior cura e assistenza sanitaria possibile da poter offrire al cittadino.

Gli ambiti di cura maggiormente interessati dai conflitti interprofessionali tra i medici e gli infermieri, senza tralasciare i conflitti tra gli infermieri e gli altri operatori sanitari, riguardano le cronicità e l'emergenza-urgenza, mentre negli ambiti di cura intermedi, sia ospedalieri che territoriali, i conflitti di competenze sono senz'altro minori.

I rapporti all'interno di ciascuna professione sono resi sempre più tesi dal medesimo preconcetto che oggi viene propagandato come vessillo di efficienza e di economicismo, ri-

assumibile nell'aforisma "chi sa fare fa", che ha condizionato lo svilimento del valore dei titoli di studio indispensabili per poter svolgere attività professionali per le quali è necessaria una precisa qualifica professionale, e nei casi di maggior rilievo, specialistica.

Nella professione infermieristica, il problema che emergerà è il progressivo passaggio di un discreto numero, in valore assoluto, di Infermieri non soltanto nella "dirigenza", ma dalle corsie negli uffici: quando i loro colleghi si accorgeranno che la loro sbandierata "evoluzione di competenze" è strumentale soprattutto alla carriera di una ristretta minoranza che anela a svincolarsi dall'assistenza al paziente, questo problema si rivelerà nell'imponenza che finora è stata nascosta.

All'interno della professione medica, per quanto riguarda principalmente gli Anestesiisti Rianimatori e i Medici di Emergenza-Area Critica, i primi, pur avendogli dato vita, vengono arbitrariamente esclusi dal Sistema di Emergenza-Urgenza, e gli altri vengono sempre più reclamati dalla Medicina di Base, che proditoriamente, anche attraverso il cosiddetto "hr6", pretende di ridurre a succursale della "continuità assistenziale" (denominazione altisonante per riclassificare la "guardia medica territoriale notturna e festiva") il Sistema 118, che per sua natura e finalità è invece una messa a disposizione sul territorio di professionalità specialistiche ospedaliere, le quali non possono essere di certo acquisite con qualche corso di poche ore gestito dalla Medicina di Base.

La Medicina di Base si occupi del servizio sanitario che talvolta, ancora oggi, non è in grado di garantire, evitando per esempio l'overcrowding dei Pronti Soccorso, ed il ricorso improprio al 118, per patologie che con l'emergenza e l'urgenza poco hanno a che fare.

La confusione di ruoli, sia tra le professioni, sia all'interno delle professioni, non giova al cittadino, ma a chi da questa confusione spera di ricavare vantaggi corporativi a scadimento della qualità delle cure.

Non sarà certo l'AAROI-EMAC a difendere il mito secondo il quale su ogni mezzo di soccorso di emergenza-urgenza territoriale deb-

ba esserci un medico, qualunque esso sia. Molto meglio un Sistema nel quale vi siano, opportunamente distribuiti, mezzi infermieri e mezzi medicalizzati, questi ultimi con medici specialisti in Anestesia e Rianimazione e in Medicina d'Urgenza, non certo con medici di altra provenienza specialistica, né, tantomeno, con medici "di famiglia", da occupare in questo settore come "lavoratori socialmente utili".

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie Alessandro. Dottoressa Mangiacavalli, dobbiamo prima finire di litigare tra di noi, ha visto, e poi cominceremo con voi. Un po' alla volta, senza problemi, senza fretta. Ci sono cinque minuti prima del *coffee break*. La discussione era prevista alla fine però io chiedo se c'è qualcuno che pensa di fare qualche domanda a qualcuno dei relatori finora ascoltati. C'è il tempo per una domanda e una risposta.

DOTT. ANTONIO AMENDOLA - Buongiorno, sono Antonio Amendola. Sono un medico sindacalista, sono un cittadino e ho una serie di patologie. Come cittadino malato ho sentito parlare di mettere al centro il malato. Ma al malato abbiamo mai chiesto chi vuole avere vicino, a seconda dei momenti e delle cose di cui ha bisogno, durante la malattia? Cioè, se mettiamo al centro il malato sarebbe bene sapere dal malato se per certe cose è preferibile avere il medico, per certe altre l'infermiere o per altre ancora l'OSS. Forse è la cosa più banale di tutte se lo mettiamo al centro. E un'altra cosa. Condivido perfettamente quello che ha detto prima Ivan Cavicchi. I ruoli devono essere precisi se si vuole governare un sistema. E se sono precisi non possono essere permeabili. Se i sistemi permeabili sono i migliori, se viaggiamo in aereo, vorremmo che il pilota fosse sostituito dallo *stewart*? Grazie.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - La domanda può avere una risposta soltanto dalla dottoressa Ugenti.

DOTT.SA ROSSANA UGENTI - Io non sono d'accordo che sia il malato ad individuare di chi ha bisogno, abbia pazienza. Perché allora

non abbiamo capito niente di tutta la discussione che abbiamo fatto fino ad adesso. Scusi, eh? Perché i ruoli ci vogliono senza dubbio. Se noi dobbiamo dire che sia il malato a scegliere l'infermiere piuttosto che il medico o l'OSS, significa che siamo arrivati ad un punto di tale debolezza del sistema che non siamo più in grado di dare una risposta al bisogno di salute. Abbiamo perso, non abbiamo più una nostra identità. Allora fanno bene le altre professioni che stanno smantellando il sistema. A cominciare proprio da quello ordinistico perché lo vedono come un sistema ingessato, che impedisce di poter esercitare le professioni. Vuol dire che le professioni sanitarie hanno fallito. Allora cambiamo mestiere tutti quanti, scusi.

Dott. Giancarlo Pizza Bene, grazie dottoressa. Terremo presente questa risposta perché la Mangiacavalli sicuramente avrà qualcosa da dire. Non ha niente da dire. Nella discussione finale la riapriremo. Adesso c'è un quarto d'ora di *coffee break*.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Vi chiedo scusa, ma i tempi sono stretti. L'Assessore Venturi ha chiesto di intervenire. Intanto lo ringraziamo per essere stato qui con noi, e siccome non potrà trattenersi a lungo, vi chiedo scusa di questa forzatura, ma dobbiamo dargli la parola. Sergio, grazie di essere venuto qui, sappiamo che il tuo tempo è limitato, prezioso, hai quindici minuti, se ti bastano, se non ti bastano chiedine altri e non c'è nessun problema. Grazie.

ASSESSORE SERGIO VENTURI - Intanto grazie a voi di avermi invitato, il tempo è prezioso per tutti. Io sono qui da circa due ore e ho ascoltato un pezzo dell'intervento di Cavicchi e poi tutti i successivi, quindi credo di essermi perso poco, a parte la prima parte di Cavicchi. Quello che ho sentito da lui è stato, come sempre, stimolante e positivo, specialmente perché è una persona che sa provocare, quindi non è una persona piatta, diciamo così, e anche il riferimento al tema della cura e della gestione è un tema sul quale, naturalmente, sarebbe necessario approfondire. Al-

tro che una mattinata sola, bisognerebbe parlarne a lungo! Devo dire che ho sentito da parte di tutti osservazioni condivisibili, recriminazioni giuste, insomma, i problemi che sono stati portati oggi sono problemi che, consentitemi di fare un riferimento al nostro provincialismo, sembra li abbiamo solo noi. No, perché noi siamo sempre speciali nel dirci che non ce la facciamo. Insomma, basta andare fuori dai confini per capire che il ridisegno delle attività e dei ruoli all'interno dei profili delle professioni che si occupano di salute è un tema che riguarda il mondo, e da molti anni. Quindi non è una cosa che ci affligge perché noi siamo peggio degli altri. Quindi vorrei che ci tirassimo un po' su perché siamo tanto abituati a tirarci giù da soli che invece in questo caso non ce n'è proprio ragione. E anche i conflitti che altri paesi hanno e continuano a sostenere, sono conflitti che sono tipici di tutti i sistemi, pubblici, privati, universalistici, assicurativi eccetera. Ringrazio l'Ordine dei Medici di Bologna di aver organizzato un'occasione per discuterne. Ci è stato raccontato che c'è un luogo in cui questa discussione può approfondirsi e può continuare fino a diventare anche produttiva, che è, per l'appunto, una sede stabilita anche dalla Conferenza Stato Regioni. Credo che lì ci sia la modalità per cercare di trovare la sintesi tra pulsioni e obiettivi che negli anni sono stati abbastanza differenti. Insomma, ognuno rappresenta legittimamente gli interessi delle professioni, e a poco serve dire che è colpa della politica. Dicevo prima fuori, con il presidente di Piacenza, che la politica è fatta dalle persone. Non è che la politica sia una entità astratta, per cui se ci sono lobby in Parlamento, e ci sono, che rappresentano evidentemente degli interessi legittimi e riescono a fare passare una determinata norma di legge, è verosimile che qualche altra lobby provi a fare approvare altri provvedimenti. Perché il Parlamento è fatto da soggetti umani ed è evidente che questo può generare un'accentuazione dei problemi anziché una loro soluzione. E da questo punto di vista il famoso comma 566, per me, è stato un elemento che invece di creare le premesse per far evolvere il Servizio Sanitario di questo paese, è un qualche cosa che invece

ha fatto un grande salto ma ha rischiato di essere un salto nel buio. E lo testimonia il fatto che è ancora a tutt'oggi privo di qualsivoglia applicazione. Nel vuoto, perché naturalmente pone una serie di problemi, come sempre, buttando il cuore oltre l'ostacolo, dicendo che poi ci saranno decreti che in realtà non vedono la luce. Lo dico perché ho apprezzato molto le cose che ha detto il dottor Vergallo. L'unica cosa che non ho apprezzato è quando ha detto che è sempre colpa della politica. Noi siamo speciali nel dire che la colpa è sempre di qualcun altro. Io posso asserire che alla politica gli diamo un po' troppa colpa. La politica siamo noi, quella che oggi voi state facendo e anche, devo dire, in maniera approfondita, è politica. Quello che uscirà dal dibattito di oggi, e dal dibattito precedente e successivo, è la politica più alta che ci sia. Perché la politica è la formazione delle idee e questo avviene quando qualcuno ha il coraggio di mettere attorno a un tavolo interessi che apparentemente sono divergenti e che, comunque, hanno bisogno di una sintesi. Quindi è chiaro che serve una consapevolezza, che dobbiamo avere tutti, che non abbiamo a che fare con un servizio sanitario di bassa qualità. Questo credo che lo possiamo ammettere tutti. Partendo da lì e partendo dal fatto che prima di tutto cerchiamo di difenderlo, perché siamo rimasti uno dei pochi paesi al mondo che ha un servizio sanitario nazionale di tipo universalistico. Uno dei pochissimi servizi nazionali al mondo. È evidente che non possiamo lasciare la scelta al paziente, che è esattamente quello che stiamo facendo con i vaccini. Cioè stiamo lasciando alla leggenda metropolitana il dibattito sull'opportunità di vaccinare o meno il proprio figlio nella supposizione di avere tutti gli strumenti per decidere. No, consentitemi, non è così, perché se fosse stato così chi è che aveva, cinquant'anni fa, gli strumenti per decidere se vaccinare un bambino di cinque anni contro la poliomielite? Nessuno. E avremmo ancora le paralisi flaccide e la poliomielite nei bambini a scuola perché qualcuno dice che può darsi che quel vaccino faccia male. No, allora andiamo via tutti, come diceva prima la direttrice, perché non ha senso che stiamo a lavorare in questo modo.

Facciamo che ognuno si rivolge al negozio, va al supermercato, e si prende l'erbetta per curare la leucemia, come è successo anche recentemente: rifiuta la chemioterapia perché qualcuno gli ha detto chemioterapia che fa male. No, questa responsabilità noi ce la dobbiamo prendere e ce la siamo anche presa, perché il provvedimento che abbiamo fatto riguardo all'emergenza-urgenza è un provvedimento che sicuramente non è perfetto e che sicuramente ha scontentato qualcuno. Ma è una assunzione di responsabilità da parte della politica che legittima determinati comportamenti di medici e infermieri in una regione che ha ispirato, nel bene e nel male, quello che è stato il decreto sul 118, alla base del quale si sono sviluppati i sistemi sanitari più evoluti di emergenza-urgenza di questo paese. Non va bene? Possiamo provare a cambiarlo, però in Lombardia funziona benissimo, in Emilia Romagna funziona bene. Io sono perché dentro le ambulanze e dentro le auto mediche ci siano dei professionisti che abbiano fatto un corso di specializzazione di cinque anni e non di cinque settimane. E lo dico ai miei colleghi della Campania e della Puglia. Perché io sono medico, e ci sono ancora due luoghi oggi, in questo paese, dove si può fare il medico senza avere un corso di specializzazione: uno è il medico di famiglia e l'altro è il medico dell'emergenza territoriale. Allora, io credo che sia necessario assumerci la responsabilità di definire che quei medici hanno necessità di una scuola di specializzazione. Perché è del tutto evidente che altrimenti si dequalifica la professione. E non è giusto che gli infermieri, che magari hanno fatto dei master per anni in Europa o negli Stati Uniti, tornino a casa e si trovino un collega, di un'altra professione e che sa fare decisamente peggio il lavoro, che fa l'infermiere quotidianamente sulle ambulanze o accanto al medico. È quindi evidente che tutti dobbiamo cercare di fare un passo avanti se vogliamo mantenere la qualità dei servizi che eroghiamo e che abbiamo imparato a conoscere, senza che questo significhi che ognuno sceglie quello che vuole. Perché se ognuno sceglie quello che vuole non va proprio bene in un settore come quello della salute. E quindi sono molto d'accordo con la

risposta che è stata data, perché implica il fatto che le professioni mediche si assumano la responsabilità di una decisione. Perché una decisione è democratica. Perché una decisione nella pubblica amministrazione è trasparente e si basa su dei criteri che sono contestabili. Se io mi sbaglio sono contestabile. C'è un luogo in cui quello che ho fatto può essere portato per essere contestato e poi approvato o non approvato. Questo è il modo di confrontarsi nella trasparenza degli atti che si adottano. Allora, brevemente, io credo che sia necessario cogliere alcuni spunti e dire cosa penso rispetto al tema che è stato sollevato dell'analisi organizzativa. Anch'io sarei del parere di andare a vedere i risultati. Prima lo diceva anche Cavicchi: fino a che non siamo capaci di fare delle analisi organizzative sugli esiti, diventa difficile che riusciamo, sulla base di un postulato iniziale, a capire cosa è meglio e cosa è peggio. E questa cosa purtroppo non ci viene naturale perché da questo punto di vista diciamo che le Scuole o le Facoltà di Medicina non è che ci aiutano molto. Noi come Regione mettiamo dieci milioni di euro all'anno sulla ricerca come Servizio Sanitario Regionale. Tutte le volte che chiediamo che ci aiutino a fare ricerca organizzativa sulle cose che abbiamo fatto, per capire se sono giuste, se hanno dato dei risultati positivi, da parte dei clinici non arrivano risultati. Arrivano sull'enzima particolarissimo, su una malattia rara ma sull'analisi organizzativa non c'è stato in questi anni uno sviluppo all'interno della Scuola di Medicina rispetto invece a quello che oggi diventa fondamentale. Perché oggi non abbiamo bisogno, se non in centri assolutamente specialistici di terzo livello, di fare ricerca farmacologica su un farmaco che poi arriverà in commercio. Perché lì non c'è discussione, si sa già dove si fa. Avremmo bisogno di capire quello che abbiamo fatto in questi anni. E tra l'altro abbiamo, nella sfortuna di avere ventuno modelli sanitari differenti, la fortuna che li possiamo, ancora per poco, confrontare. E possiamo vedere cosa hanno fatto sulla medicina di famiglia, cosa sulle case della salute, cosa si è fatto per affrontare la cronicità in Campania piuttosto che in Emilia Romagna, come si cura o si previene il

diabete. Ecco, su questo nessuno ci dà una mano. Su questo nonostante la politica dica "vi finanzia". Ma non abbiamo in casa nostra chi è in grado di affrontare questi temi e di darci delle soluzioni. E non è colpa dei medici. I medici studiano su dei libri che gli vengono forniti, evidentemente, nel corso di laurea. Diciamo che i temi dell'analisi organizzativa dei servizi, questi non sono ancora oggi patrimonio degli studenti in medicina e non gli vengono spiegati.

Il tema delle cronicità e i temi della territorialità: sono i temi del domani. Noi siamo ancora troppo focalizzati sull'ospedale. Il futuro è un futuro con molto meno ospedale. Ne parlo al singolare perché se uso il plurale c'è qualcuno che dice che voglio chiudere degli ospedali. Gli ospedali si chiuderanno da soli, non ce ne sarà bisogno. Ancora facciamo questi dibattiti sui piccoli ospedali. Non li chiudiamo noi i piccoli ospedali, perché si chiuderanno da soli, è evidente. Nel momento in cui qualcuno ha una malattia seria non si ferma neanche davanti ai muri che sta costruendo il premier ungherese. Va dove c'è il meglio, e sarà sempre di più così. Noi stiamo facendo un dibattito sulla mobilità fra le regioni, che se arriva un francese qua e vede le discussioni che noi facciamo, un francese come un inglese o un tedesco, tra il marchigiano che viene a Rimini o il ferrarese che va a Padova, dice: "ma dove sono capitato?" Qui salta tutto. Siamo nell'Unione Europea, posso già adesso andarmi a fare un trattamento ambulatoriale a Bruxelles piuttosto che a Lovanio e in Italia non ci si può spostare di cinque chilometri, tra una regione e un'altra? Saremo travolti dal fatto che tra poco le direttive europee prevedranno che io vada a curare una patologia neoplastica dove voglio, nell'Unione Europea, e qualcuno mi rimborserà. Per quello dobbiamo essere sempre più qualificati nell'attività ospedaliera. Dobbiamo sviluppare quello di cui i cittadini avranno sempre più bisogno i prossimi anni, che è convivere accanto, nel nostro divano, a due o tre simpatici compagni, nel diventare vecchi, che sono tante patologie croniche che ci faranno compagnia. Perché con quelle dovremo avere a che fare e la cronicità non la curiamo in ospedale. Se portiamo un cronico in

ospedale, se è vecchio spesso lo uccidiamo, lo sapete bene, no? Quindi da questo punto di vista dovremo trovare dei contenitori alternativi. I medici lavoreranno sempre di più nelle case della salute, territorialmente. Si riprenderà l'azione sulla medicina di iniziativa. Dovremo riprendere quello che facevamo tanti anni fa per vedere se c'è compliance nella terapia, per vedere se quel paziente è lì perché ha un diabete oppure ha una patologia di circolo cronica, se segue quello che gli dico, se le medicine le prende o gli fa fare la muffa dentro gli armadietti che i genitori o i nonni hanno in casa. Poi quando uno va lì e pulisce vede che sono scadute da sei anni. Dovremo capire che è anche un po' questo il futuro che ci aspetta. Relativamente alle case della salute, un altro dibattito che facciamo sempre, saranno gestite da chi è meglio lì. Abbiamo delle case della salute in provincia di Ferrara che sono gestite da dei medici di famiglia. Benissimo, quel medico di famiglia lì faceva il sindacalista, non lo fa più, lo abbiamo persino messo all'interno di una commissione nazionale che va a discutere le convenzioni dei medici di famiglia, lo abbiamo messo noi come regione Emilia Romagna. Se da un'altra parte abbiamo un'ostetrica che è un fenomeno organizzativo, ma perché non lo dobbiamo far fare a un'ostetrica? Superiamo questa cosa. La logica della gestione va oltre la professione e viene pure prima. Se io non sono capace a casa mia di tenere i conti lo potrà fare mia moglie? Forse sì. Se io sono un grandissimo specialista ma non sono capace di organizzare delle persone o di dire: "nel tuo tempo fai questo, questo e quest'altro" potrò farlo anche se sono infermiere? Sì. Se sono un ingegnere gestionale e lavoro all'Humanitas, organizzo tutte le sale operatorie? Sì. E non c'è il chirurgo che si arrabbia. Anzi, il chirurgo dopo un po' dice: "sono pure d'accordo, perché ci mancava solo che mi mettessi ad organizzare chi fa il primo chi fa il secondo chi fa il terzo." Ma io non è che voglio farlo fare tutto agli ingegneri gestionali, dico che ci sono tante esperienze in cui ognuno dà il meglio di sé e se ci sono quelli bravi, lo fanno quelli bravi. Sono più bravi gli anestesisti? Lo fanno gli anestesisti. Sono più bravi gli infermieri, i caposala di sala

operatoria? Lo fanno loro. Cioè, proviamo, dove non è strettamente indispensabile, a fare sparire i recinti e i confini. Ragioniamo per esclusione. Cioè stabiliamo il confine dove questo è assolutamente indispensabile, ma dove non lo è proviamo a spaccarlo. Non serve a nessuno rivendicarlo. Perché se lo rivendichi dopo io pretendo che tu lo faccia e lo faccia al meglio.

Quindi, due ore sono state per me sufficienti a rendermi conto di alcune cose. Primo, mi pare di capire che c'è una forte volontà di andare nella direzione di trovare tra le professioni dei momenti, dei luoghi in cui confrontarsi. Anche per far fronte a tutte le varie categorie di podologi eccetera, eccetera, che sono lì e che giustamente vogliono dire la loro, in un panorama di libertà totale dai vincoli professionali. Allora, proviamoci. Non troverete mai, da questo punto di vista, ostacoli da me. Non credo neanche dalla politica, quella seria naturalmente. Perché poi c'è anche la politica che va dietro ai singoli. Diffidatene, quella sì, provate a diffidarne, ecco. Se uno fa politica dovrebbe cercare di essere sempre terzo e rappresentare gli interessi, in questo caso sì, di quelli che sono l'oggetto della sua attenzione, e l'oggetto della sua attenzione sono i cittadini.

L'ultima cosa che voglio dire riguarda la questione della legge di bilancio. Allora prima il presidente, il mio presidente mi chiedeva di scrivergli una mezza pagina. Io però non so cosa scrivere, nel senso che ne so quanto voi. Sappiamo che c'è un miliardo in più, sappiamo che ci sono settemila assunzioni, sappiamo che ci sono novecento milioni per il rinnovo dei contratti. Però sappiamo quello che abbiamo letto sui giornali, io non ho altre fonti che non siano quelle. Certo che se fosse solo quel miliardo, il Presidente non sarebbe felice di quello che sto per dire, non ci fossero i soldi per i contratti, non ci fossero i soldi per assumere queste persone, un miliardo è poco. E un miliardo è poco perché c'è l'ondata fortissima dei nuovi farmaci "innovativi". Degli innovativi ne nascono sempre pochi ma tutti quelli che escono sono tutti innovativi per qualche motivo. E poi anche perché dobbiamo applicare i LEA, e li dobbiamo applicare da Bolzano fino a Trapani. Noi dei

nuovi LEA ne applichiamo già il novanta per cento, per noi non ci saranno ulteriori grandi costi. Ma ci sono regioni che se vogliono implementare tutto quello che dice di implementare l'accordo sui Livelli Elementari di Assistenza, devono spendere molti soldi in più. Quindi, fino a che non la vediamo, quella legge lì, insomma, io un po' la temo. La cosa però più positiva di quella legge è che mi pare che il governo venga dietro l'Emilia Romagna. Perché noi abbiamo già detto che assumiamo, tra infermieri e medici, mille e duecento persone. Quattrocento sono stabilizzati, gli altri sono tutti ex novo. E adesso vediamo se riusciamo a fare un accordo, come abbiamo già fatto con CGIL CISL e UIL, con le altre categorie, con i medici naturalmente, con il comparto. Sono una parte, ma lo abbiamo già fatto, sono stabilizzate e sono quattrocentoottanta persone tra medici e infermieri, le altre sono tutte assunzioni ex novo e a tempo indeterminato. Quindi, speriamo almeno di avere i soldi l'anno prossimo perché questa operazione ci costa circa trenta milioni su base annua e non è poco. Finisco facendovi i complimenti per l'iniziativa. Continuerete sicuramente a litigare, perché è quello che succede in tutto il mondo evoluto. Però penso anche che questa possa essere la base, costruttivamente, per cercare di avere sempre ben presente che quello che abbiamo è un tesoro da non buttare via. Per cui dopo il litigio di solito nascono le grandi amicizie ed io mi auguro che succeda. Purtroppo so che è retorica, ma mi auguro invece che ci sia un filo di verità in quello che dico. Buon lavoro.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie Sergio, i quindici minuti sono stati abbondantemente superati ma come vedi, non ho detto nulla. Siccome accusiamo sempre i politici e gli amministratori di debordare o di crearci problemi, questa volta non te li ho voluti creare. Ho un piccolo suggerimento. Mi piace molto questo desiderio della Regione, del tuo Assessorato, di capire che cosa hanno prodotto i servizi organizzativi innovati. Se nei progetti di ricerca, in quei dieci milioni di euro che vengono messi a disposizione dal Servizio Sanitario Nazionale per questo, non c'è ri-

sposta dai medici, allora, se vuoi rivolgerti all'ordine te li trovo io, perché con il codice deontologico puntiamo qualche pistola da qualche parte. Questo è un aspetto sul quale mi trovi assolutamente d'accordo. Non vogliamo noi i soldi ma siamo in grado di pungero e spingere i colleghi a intervenire. Anche perché la collaborazione con le istituzioni preposte alla salvaguardia della salute dei cittadini è un obbligo di legge per l'Ordine. Quindi, in questo senso, noi siamo a disposizione. Grazie comunque anche per la tirata di orecchie. Visto che avevamo provato noi, prima, a tirarle ai politici, ci è stato restituito qualcosa. Bene, io adesso do la parola al professor Domenico Vasapollo che è il coordinatore della Commissione Medicina Legale del nostro Ordine, il quale ci intratterrà sulle problematiche medico-legali inerenti le professioni.

PROF. DOMENICO VASAPOLLO - Il mio intervento sarà rivolto, necessariamente, al presente e non al futuro, futuro molto probabilmente migliore, come dovrebbe essere, e come sembra emergere dal dibattito odierno. Sono ancorato all'oggi perché mi trovo in difficoltà quando si parla di modelli operativi, erogazioni dei servizi, politica della salute e logica della gestione di cui si è detto. È stata riportata da un relatore che mi ha preceduto la seguente frase che ho colto con attenzione: "dalla fase dell'organizzazione a quella della responsabilità". Ovviamente quando si parla di responsabilità il medico legale è portato a dire la sua. Si è parlato pure di risultati, ma i risultati, anche i migliori, sollevano questioni che riguardano i rischi e quando suona il campanello del rischio a me viene in mente per prima cosa una problematica tipicamente medico-legale che è quella del consenso. Si potrebbe discutere molto sul questo tema, ma preciso soltanto che a mio avviso il consenso informato come è espresso attualmente, o come viene prospettato, è per certi versi errato in quanto esso viene dato non sui risultati (rischi) ottenuti da quella specifica struttura in cui si trova il malato consensiente. Al contrario, il più delle volte vengono utilizzati e forniti risultati raggiunti (come da letteratura) dai migliori Centri cli-

nici, mentre io da cittadino/paziente ho necessità di sapere quali sono i risultati (auspicabili) ottenuti in quella struttura e a quali rischi vado incontro se sarò operato/curato.

Tra un attimo cercherò di riportare, da medico legale, il mio pensiero sulle molteplici problematiche dibattute in questi due interessanti incontri. Tuttavia, da semplice cittadino, visto che si è messo al centro dell'attenzione proprio il cittadino, mi auspicherei che la migliore sanità fosse basata sull'evidenza scientifica e non sugli interessi economici, che vi fosse una corretta informazione svincolata da qualsivoglia pregiudizio e da una comunicazione aderente ai consolidati principi etici. Tralascio ovviamente le altre questioni riguardanti la qualità, l'efficienza e i relativi costi, richiamando tuttavia i principi relativi ai diritti fondamentali della persona malata: in particolare quello di essere curata efficacemente secondo i migliori canoni scientifici e, soprattutto, quello di essere rispettata come persona. La nuova idea di professionista della salute su cui dibattiamo oggi probabilmente era quella di portare ad una cooperazione più stretta ed integrata tra i vari professionisti in un rapporto di complementarietà, nel rispetto della propria autonomia decisionale ed esecutiva e dei nuovi profili professionali. Ciò avrebbe dovuto produrre qualità ed efficienza grazie al fattivo contributo di tutti gli operatori della salute. Cosa è invece successo è sotto gli occhi di tutti.

In questo mio breve intervento ritengo non opportuno entrare nel merito, perché già discusse, delle evidenti approssimazioni lessicali del difficile testo legislativo (comma 566) e della lettura che altri, meglio di me, hanno fin qui dato. Anche se non ho idee molto chiare su tante questioni, vi posso comunque dire che per motivi professionali mi sono dovuto occupare più volte, in ambito giudiziario, delle diverse criticità che riguardano molteplici settori della sanità, ad esempio di quelle zone grigie o di confine, di incerta interpretazione, e ve ne sono tante. Mi riferisco, ma non solo, all'ambito della Psicologia-Psichiatria, della Fisioterapia-Fisiatria, all'attività Odontoiatrica, Radiologica, eccetera: l'elenco potrebbe essere sicura-

mente più lungo. Non ultimo, facendo parte della Commissione di Medicina Legale dell'Ordine dei medici di Bologna, ho esaminato l'importante e delicata questione relativa alle procedure infermieristiche del Sistema Emergenza Territoriale del 118. A quest'ultimo riguardo ricordo come la Commissione si sia espressa con un documento che, a quanto riferitomi, è stato riportato e ricordato lo scorso sabato, seppure a grandi linee. Ma allora, cosa sono queste "zone grigie", queste attività di confine? L'elenco, come vi dicevo, sarebbe davvero lungo. A cominciare dalle tecniche manipolative, che al momento non saprei se possono rientrare tra le tecniche operative dei fisioterapisti: questi ultimi ritengono ovviamente di sì, ma ho forti dubbi. In aggiunta adducono il fatto che è loro compito procedere alla diagnosi funzionale che, a loro dire, sarebbe cosa ben diversa dalla diagnosi clinica. Ma anche qui ho forti dubbi. E, dunque, al riguardo si aprirebbe una importante e lunga discussione che meriterebbe un approfondimento serio, anche se ovviamente non c'è il tempo necessario per farlo in questo incontro. Ricordo, a proposito di un'altra importante problematica che riguarda sempre i fisioterapisti, che il DDL n°1461 del 2014 "Normativa in materia di disciplina fisioterapica da stimolazione intramuscolare" include, tra le competenze del fisioterapista, la stimolazione dei *Trigger Point* tramite *Dry Needling*, termine di difficile traduzione in italiano. Sarebbe "Ago Secco", affermando così il principio che anche l'Agopuntura, che fin qui è stata riservata ai laureati in Medicina e Chirurgia che hanno acquisito le necessarie nozioni formative per il suo esercizio, potrebbe essere praticata dai fisioterapisti. Al riguardo ho pubblicato alcuni lavori scientifici in cui segnalo, tra l'altro, che così facendo si va a introdurre un concetto di invasività che fino ad ora non era mai stato attribuito alle competenze dei fisioterapisti. Non è da meno il recente emendamento al DDL n°1324 che regola la professione di Osteopata. Per non parlare poi delle questioni che riguardano la Psicologia e la Psichiatria, con una confusione non solo in ambito clinico, ma anche giudiziario. Infatti, i Giudici no-

minano spesso come CTU (Consulenti Tecnici d'Ufficio) proprio gli psicologi, al fine di dirimere importanti questioni che riguardano l'inquadramento nosografico, e quindi diagnostico, delle patologie psichiche, perlopiù post-traumatiche. Psicologi che dovrebbero pure valutare il danno alla persona, il che è un assurdo dal punto di vista medico legale. È comunque doveroso segnalare come non si rinvenga norma alcuna che inserisca nell'ambito di competenza dello psicologo un onere diagnostico, tanto meno se da egli espletabile in forma esclusiva. Risulta infatti proprio dalla disamina della legge istitutiva del suo albo l'affidamento a tale professione non di competenze diagnostiche bensì l'uso di strumenti conoscitivi che non costituiscono certamente l'essenza di un processo diagnostico. E qui si richiama, a proposito degli ambiti di definizione delle rispettive competenze degli operatori della salute che, appunto, questo ambito riguarda proprio la salute mentale e specificatamente il ruolo esercitato dallo psichiatra e dallo psicologo in merito all'atto diagnostico. Delle questioni degli infermieri è stato già detto. In ogni caso, dal punto di vista medico legale si può solo ricordare che il criterio limite fin qui richiamato dalla legge è indicato come *"fatte salve le competenze previste per le professioni mediche"* e ciò non è di poca importanza giacché da esso non si può prescindere. Infatti, pure nell'ambito di attribuzioni caratterizzate da maggiore flessibilità e da specifiche conoscenze necessarie per compiere determinati atti, un ruolo centrale e non delegabile spetta al medico, il cui presupposto fondamentale e qualificante resta la diagnosi, la diagnosi differenziale e la prescrizione terapeutica. Questo delicato, importante e preliminare atto professionale, cioè il giudizio diagnostico, appannaggio esclusivo del medico, per adoperare il termine usato dalla Corte di Cassazione, è propedeutico a qualsivoglia attività terapeutica. Quindi, a mio avviso, l'opaco Comma 566 non può che destare perplessità, necessiterebbe di molti chiarimenti, e per di più innesca una serie di conflitti sia all'interno delle diverse categorie professionali, sia tra i diversi operatori della sanità, imponendo obbligazioni onerose per

alcuni di essi e molteplici responsabilità per compiti impropri; non è inoltre in grado di risolvere i problemi dei professionisti, modificando così in peggio la strategia riformatrice della legge n°42 del 1999. Come vi dicevo all'inizio, il parere del medico legale non può non tener conto dell'evoluzione legislativa e giurisprudenziale in materia. In considerazione della nebulosa recente normativa, per come abbiamo visto del tutto carente, e comunque passibile di interpretazioni non univoche, come spesso accade la definizione dei ruoli, compiti e modalità di organizzazione sanitaria viene impropriamente delegata alla giurisprudenza, che agisce in via di supplenza rispetto alla litigiosa politica. Nei primi anni 2000, per ovvi motivi, mancava un preciso indirizzo giurisprudenziale rispetto ovviamente alle altre (nuove) professioni sanitarie e, in ogni caso, in tutto e per tutto il medico era riconosciuto responsabile di ciò che accadeva di negativo ai pazienti. E questo indirizzo giurisprudenziale non è cambiato, ingiustamente, per circa un decennio. Per il passato, basta leggere le numerose sentenze al riguardo, la Corte di Cassazione ha sancito una sorta di "competenza universale" del medico e di una sua esclusività nelle attività sanitarie. Da alcuni anni, però, la Suprema Corte ha modificato radicalmente il proprio pensiero, tant'è che più recentemente ha stabilito che se una attività è esclusivamente medica per la formulazione diagnostica, per la prescrizione dei farmaci, eccetera, eccetera, questa non può essere svolta da altri professionisti della salute. Quindi e per analogia, ed è questa a mio avviso la novità, il medico non può svolgere attività sanitarie che richiedono un diverso e specifico diploma di laurea universitaria. In altri termini, la Suprema Corte ha stabilito una sorta di esclusività dell'esercizio professionale non solo per il medico ma anche per tutte le professioni sanitarie, principio questo avvalorato proprio di recente da altre sentenze della Corte di Cassazione che hanno confermato, appunto, quanto poc'anzi ricordato. Infatti, ad esempio, con una recente sentenza (n°5080 del 13 Marzo 2015), la Suprema Corte ha affermato il principio di diritto secondo il quale la laurea in Medicina consente l'espleta-

mento di attività ausiliarie ma non anche di attività che non hanno tale carattere e il cui svolgimento postula uno specifico diploma di laurea universitaria. A questo ragionamento, a mio avviso, si attaglia perfettamente la sanzione, e qui mi avventuro alle questioni giuridiche, in quanto è previsto dall'art. 348 del CP l'esercizio abusivo della professione. In dottrina appare ormai consolidata la tutela della specificità medica in riferimento a diagnosi e cura, concordandosi così ampiamente con quanto viene reiteratamente evidenziato in giurisprudenza quando si afferma, e mi riferisco alle molteplici sentenze giudiziarie, la sussistenza del reato, appunto, di esercizio abusivo nella condotta di chi, pur non avendo titolo, effettua diagnosi e rilascia prescrizioni, esplica attività di diagnosi e terapie proprie della professione medica, esprime giudizi diagnostici e appresta cure al malato. La Suprema Corte, e questo è un aspetto importante visto che abbiamo parlato di zone grigie in cui potrebbero operare molteplici professionalità ma con diverse lauree specifiche, ha ribadito più volte anche il principio secondo cui il professionista abilitato risponde a titolo di "concorso in esercizio abusivo" allorché consenta o agevoli lo svolgimento dell'attività professionale ad opera di soggetto privo del titolo imposto dalla legge. Ed è anche questo, a mio avviso, un aspetto molto importante quando si parla di titolarità di una attività professionale, perché sta di fatto che oltre all'esercizio abusivo di chi non ha il titolo, anche il professionista abilitato può concorrere con altrui nel delitto di esercizio abusivo della professione.

A questo punto mi avvio alla conclusione. Incuriosito da un articolo apparso tanti anni fa, vorrei riportare una nota che ormai si può considerare storica, pur nella sua attualità. Infatti dell'atto medico e dei suoi risvolti giuridici parlava fin dai primi anni 2000 il Prof. Mauro Barni che avrebbe dovuto essere qui con noi. In un editoriale apparso sulla rivista "La Professione" nel 2002, Barni, oltre a definire l'atto medico scriveva che "La incontenibile fantasia parlamentare che propone a getto continuo ipotesi legislative in un ambito dove non si dovrebbe legiferare con ap-

rossimazione, pone, il più delle volte, insanabili vizi di incostituzionalità" e successivamente, riferendosi alla sentenza n.282 emanata il 19 giugno del 2002 dalla Corte Costituzionale, definita dall'autore "la storica svolta nella lettura della Costituzione", aggiungeva che è lo stesso giudice delle leggi che antepone la norma deontologica all'eventuale disciplina giuridica e che la Corte non è intenzionata a legittimare leggi sugli atti medici vanificando così ogni ulteriore velleità normativa del Governo e del Parlamento. E a me pare che la nota scritta nel lontano 2002 è ancora attualissima, perché a volte si rischia di procedere con leggi incomprensibili che rischiano l'incostituzionalità. E dunque io avrei completato questa panoramica. Comprendo che la mia visione (medico-legale) è parziale e limitata. Tuttavia, in base a quello che è stato detto la discussione è aperta; una discussione che non presuppone certezze né di partenza né di arrivo, ma che a ben guardare investe l'essenza stessa della professione. Vi ringrazio.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie Domenico, ora ci saranno in successione i due presidenti di Ordine tra i più consistenti d'Italia, il dottor Giuseppe Lavra, presidente di Roma e il dottor Rossi di Milano. Prego Giuseppe.

DOTT. GIUSEPPE LAVRA - Buongiorno e ben ritrovati a coloro con cui ci siamo già visti una settimana fa. Dobbiamo ancora ringraziare Il Presidente Pizza, dobbiamo ancora ribadire che ha coraggio a continuare in questa sua perseveranza, perché la posta in gioco è importante. In relazione al titolo che ci ha dato oggi Giancarlo, va detto che stiamo affrontando uno stato di confusione importante. Uno stato di confusione nel quale ci sono anche dei conflitti, ma più strumentali che reali. E la strumentalità, è stato detto l'altra volta e lo diciamo oggi, può essere il famigerato comma 566, o le fughe in avanti dei processi organizzativi avanzati e penso al *see and treat*, o anche all'"ospedale per intensità di cura" o altre soluzioni a cui la stessa dottoressa Mangiacavalli ha fatto riferimento. Lei dice ma vogliamo metterci intorno a un tavolo e ridisegnare i modelli organizzati-

vi piuttosto che pensare a questo famoso modello organizzativo per la cosiddetta "intensità di cure". Siamo d'accordo ma intanto ci sono in atto fughe in avanti che, secondo me, stanno realizzando questo contesto di conflitti, oggettivamente strumentali. Io invece penso che noi dobbiamo lavorare come sta ottimamente facendo il Presidente Pizza subendo anche degli epiteti assolutamente immeritati e ingiusti. Magari ce ne fossero di più persone come te caro Giancarlo, che portano avanti iniziative tese a chiarire questa confusione nell'interesse dei cittadini e dei pazienti. E allora io penso che noi dobbiamo puntare a ricreare un clima disteso con le professioni non mediche. Soprattutto con la professione più vicina a noi: la professione infermieristica. Non riesco a immaginare l'esercizio della medicina senza gli infermieri, la medicina non sarebbe quella che è oggi, con le sue potenzialità e possibilità. Ma dico di più, mentre fino a vent'anni fa un medico era in grado di surrogare per necessità le competenze degli infermieri, oggi questo non è più possibile. Gli infermieri hanno acquisito una professionalità ed una autonomia che conferisce loro una dignità ed un'autonomia professionale che non possono essere disconosciute.

Quindi, partendo da questo presupposto, una prima cosa che mi sento di dire è che, pensando al medico e al cambiamento che deve affrontare. Le attuali possibilità di efficacia della propria opera fino a pochi anni fa erano inimmaginabili. Trent'anni fa, quando noi abbiamo avuto l'impatto con l'immunodeficienza acquisita, tutti sapevamo che non eravamo in grado di curarla. Oggi la curiamo. Solo due anni fa combattevamo contro l'epatite C. Da due anni la curiamo. La chirurgia mini invasiva ci consente di sostituire la valvola aortica a un novantenne ma oggi la chirurgia è andata avanti e fa delle cose che solo quindici - venti anni fa erano impensabili. Quindi la possibilità che abbiamo oggi di agire, l'efficacia delle nostre cure sono notevolmente aumentate. Ma è un fatto positivo che ci ha messi a confronto con una nuova realtà. Una nuova realtà che ha aumentato le attese degli utenti che sono diventati più esigenti, legittimamente più esi-

genti. Sanno che le possibilità sono aumentate e quindi chiedono di più. Molte volte però queste attese sono illimitate e fuori dalla realtà. Questo fatto è favorito anche da un certo tipo di comunicazione che, purtroppo, è fuori dal nostro controllo. La comunicazione è governata da chi ha i mezzi e gli strumenti e spesso vengono lanciati messaggi illusori agli utenti. Noi ne subiamo le pressioni indebite, perché queste esigenze illimitate vengono rivolte a noi. Quindi si è alzata l'asticella delle nostre difficoltà. Il medico oggi non affronta più le problematiche che era chiamato ad affrontare vent'anni fa. Oggi il medico si trova in una realtà più complessa. La complessità è data non solo da questo dato ma anche da altre questioni che noi abbiamo sviluppato: specialità e discipline al nostro interno che non abbiamo ancora integrato in maniera adeguata. Ecco perché l'intervento di Alessandro Vergallo prima in qualche modo richiamava determinate specificità. Ma le specificità sono dei sistemi evoluti ma anche più complessi. Quindi il medico ha elevato l'asticella che deve superare per essere all'altezza del compito che lo aspetta oggi, in questo sistema che è caratterizzato da questo cambiamento e i cui elementi sono quelli che in qualche modo, molto sintetico, ho cercato di esprimere. Questo medico cosa deve fare? Deve evolvere. E io non sono molto d'accordo quando si dice che deve co-evolvere. Perché se io faccio riferimento all'altra professione sanitaria, quella più vicina a noi, e quindi, ecco, mi fa piacere che è tornata qui la dottoressa Mangiacavalli, io dico che loro sono già evoluti. L'infermiere di oggi, e io ci vivo gomito a gomito tutti i giorni, non è più l'infermiere di vent'anni fa: egli è evoluto. Purtroppo il medico di oggi, lo affermo con serenità ma anche con orgoglio se volete, il medico di oggi invece deve maturare un certo percorso di evoluzione. Deve evolvere ed essere più epistemologo, come ci ha insegnato Augusto Murri. Perché? Perché il medico oggi deve sapere che la sua professione è diventata una professione più difficile. Quindi deve conoscere meglio quali sono i limiti e le possibilità della propria professione e molti medici non li conoscono, non se ne curano. Perché

curano prevalentemente le competenze tecniche, peraltro molto bene. Ma sono poco coltivate le competenze non tecniche come la deontologia. Non c'è sufficiente consapevolezza di come saper essere medici che praticano una professione che è diventata molto più complessa. Le capacità di relazione sono poco curate. C'è un problema di comunicazione con l'utente che è diventato giustamente più esigente perché il contesto gli ha dato la possibilità di poter pretendere di più. In questo contesto la professione medica sembra essere sotto attacco da cui i famosi luoghi comuni, oppure le contrapposizioni: ma di quali contrapposizioni parliamo? Le contrapposizioni insorgono se magari ci muoviamo nelle situazioni nelle quali qualcuno vuole affermare le sovrapposizioni di competenze di cui ha fatto cenno la dottoressa Ugenti. E io l'ho apprezzata molto. Ma altrimenti, se parliamo dei problemi veri, non vedo dove possiamo trovarle le contrapposizioni e i conflitti. Ad alimentare questi fenomeni c'è una sparuta minoranza di medici i quali ritengono che la medicina ormai sia in crisi, e che quindi dobbiamo rendercene conto e, come dire, abbandonare il terreno. Quando penso a questi colleghi che, ripeto, sono una sparuta minoranza, e che però hanno preso il sopravvento, penso che ci sia anche da ricordarci di un'altra questione. Perché quando parliamo di epistemologia dobbiamo pensare, per esempio, curare o riparare? Perché la medicina può avere anche un significato solo di tipo organicistico. Allora portiamo la macchina dal meccanico, sostituiamo il pezzo e "ripariamo". Ma curare ha tutta un'altra serie di implicazioni. Oppure dobbiamo ancora attardarci nelle diatribe e dire "ma la medicina è un'arte o una scienza esatta, oppure è una scienza semplicemente umanistica?" Se noi ci poniamo tutti questi problemi e se noi riscopriamo anche la deontologia, probabilmente possiamo fare i passi evolutivi che dobbiamo fare. La nostra categoria deve evolversi. Quindi il problema, Giancarlo, esiste e vedrai che in qualche modo lo faremo emergere anche nel convegno di Roma del 26 Novembre a cui tu sei invitato e sei ospite prezioso. C'è un'altra questione, c'è la politica con la p minuscola

di cui vi voglio parlare. Su questo, io dissento dall'intervento, che ho apprezzato, dell'assessore e collega che abbiamo sentito prima. Purtroppo la politica con la p minuscola in questo Paese ha preso il sopravvento e noi non possiamo far finta di niente. Non possiamo raccontare ancora che la nostra sanità è una delle migliori al mondo. Ma perché, scusate, a voi l'esperienza di un amico, un parente o un conoscente lontano che cerca la raccomandazione perché ha un problema di salute non capita? Ma perché, se uno ha un problema di salute, appunto, deve per forza raccomandarsi? Vuol dire che non si fida del sistema. L'accesso ai nostri presidi, alle cure è corretto? È normale? L'avete visto quello che è successo l'altro giorno al Pronto soccorso di Roma? Quel fatto lì purtroppo accade tutti i giorni. E come facciamo noi a dire che il nostro servizio sanitario è il migliore al mondo? Non dobbiamo dirlo, altrimenti ci raccontiamo delle amenità, non è così. Abbiamo un servizio sanitario che non è decente, per molti aspetti, che non è organizzato bene. Perché? Perché la politica con la p minuscola ha molti interessi sugli investimenti economici che ci sono in sanità. Circa quindici anni fa il nostro Servizio Sanitario Nazionale costava intorno ai sessantamila miliardi di lire, oggi invece costa ben centotredici miliardi di euro. Stiamo parlando di cifre astronomicamente più importanti. Tutto questo ha destato interesse in quel settore con la p minuscola. Ma non solo, l'interesse è anche nelle dinamiche di gestione del potere. Perché c'è la volontà di applicare una gestione del potere nelle cose che interessano molto al cittadino. E la salute non può non interessare molto. Ma noi dobbiamo dircelo, dobbiamo esserne consapevoli. Quindi la politica con la p minuscola ha tutti questi interessi nella sanità. Tutto questo si traduce in un'interferenza esagerata della politica nella sanità. Laddove gli aspetti organizzativi e di interesse tecnico professionale non sono agiti da chi ne ha competenze e preparazione, ma sono agiti da coloro che hanno quegli interessi che sono oggettivamente insani e non sono coerenti con gli interessi dei cittadini che si rivolgono alle strutture sanitarie per avere delle cure, possibilmente appro-

priate. E non va bene neanche immaginare di poter realizzare l'appropriatezza attraverso un decreto ministeriale. E poi questi politici con la p minuscola mi sembra abbiano anche l'esigenza di scegliere interlocutori privilegiati. Tra gli interlocutori privilegiati c'è quella minoranza di cui sopra, che io chiamo minoranza visionaria fallace che ha contribuito alla partenogenesi del famigerato comma 566 che non sanno più dove nascondere, dove buttarlo, però ce l'hanno ancora lì. Ci sono degli altri interlocutori preferiti che io considero abbastanza spregiudicati. Spregiudicati nel senso che la preoccupazione e la premura degli utenti e dei pazienti proprio non li sfiora nemmeno. Hanno ben altri obiettivi precisi.

Una bravissima infermiera ha pubblicato in questi giorni una lettera lamentando un "rumore di fondo". In questa lettera affermava: "ci insegnano tutto sulla sicurezza, ma poi sicurezza di che?" Poi richiamava il duro lavoro quotidiano che lei fa e tutte le problematiche di carattere personale. La cosa che più mi ha impressionato è che diceva anche: "a noi infermieri, chi ci pensa?" Ma come è possibile, mezzo mondo che si occupa di queste situazioni, che si occupa degli infermieri e poi, giustamente, questa ha scritto: ma a noi chi ci pensa? Io questo l'ho considerato davvero sintomatico. Evidentemente non è arrivato a loro quello che, artificialmente, noi agiamo nei nostri dibattiti. Perché secondo me, io insisto a dire, gli elementi di conflittualità in campo sono solo strumentali e frutto di teorie di "visionari fallaci". Mentre il disagio vero non trova, come dire, una possibilità di ascolto. E allora probabilmente dobbiamo farci un esame di coscienza un po' tutti, e dobbiamo far sì che i nostri dibattiti si calino nella realtà. Nella realtà il rapporto tra medici e infermieri è virtuoso e la centralità è del malato e non la contrapporrei a nessun'altra centralità. Perché, se parliamo dell'interesse del malato, non possono esserci contrapposte altre centralità. Esistono realtà dove si lavora nel benessere organizzativo. Esistono invece realtà dove ha attecchito la zizzania e queste, effettivamente, giustificano i nostri dibattiti. Ho apprezzato molto anche l'intervento del-

la dottoressa Mangiacavalli in ordine a quelle che sono le cose importanti di cui noi dobbiamo preoccuparci. Tra queste penso che gli infermieri stiano aspettando da troppo tempo una rivalutazione economica e anche sociale del loro lavoro. Da quando fu abolito il famoso infermiere "generico", facendo diventare tutti "professionali", e da quando poi abbiamo scoperto gli OSS (che in realtà corrispondono al vecchio infermiere generico), l'infermiere professionale andrebbe sollevato da alcune incombenze come il giro letti. E poi vogliamo tacere il fatto che hanno diritto anche loro a un percorso di carriera? Perché secondo voi un infermiere professionale al primo anno di servizio è lo stesso di un infermiere che ha quindici o venti anni di servizio? Ma perché non glielo riconosciamo? E poi, secondo me, non si può negare che esista una autonomia operativa ma in relazione a precisi confini delle competenze interprofessionali che debbono essere chiare e certe. E qui, la dico subito, a me non interessa più di definire o non definire l'atto medico. Secondo me l'atto medico è già definito per le cose che sono state scritte. Ma dirò di più, il 18 Maggio del 2014, Roberta lo ricorderà perfettamente, l'abbiamo scritto nel codice. Quella definizione riportata nell'articolo 3, che può essere considerata serenamente come atto medico laddove dice che la diagnosi e la terapia, ai fini della prevenzione primaria, secondaria e terziaria è di esclusiva competenza del medico. Incredibilmente ha fatto scandalo l'applicazione del Codice Deontologico da parte di Giancarlo. E qui mi viene subito da dire all'assessore: attento assessore, è vero che un bravo infermiere di Pronto Soccorso, di 118 è più competente di un oculista in un intervento di un pronto soccorso, ma è altrettanto chiaro che un bravo infermiere che lavora in un reparto oculistico è più bravo, per esempio, di un ortopedico a medicare un occhio operato. Ma questo non significa che noi non dobbiamo soddisfare le esigenze della Dottoressa Ugenti che vuole sapere chi fa che cosa secondo l'ordinamento. Se poi uno va in arresto cardiaco e c'è il meccanico o il droghiere che prende le piastre ed effettua la cardioversione, qual è il problema? Ma noi dobbiamo definire le

competenze e dobbiamo scriverlo da qualche parte. Altrimenti continuano ad agire nel sistema questi personaggi strani che arrivano da dietro le quinte e che io chiamo i “furbetti del quartierino sanità”. Mentre si invocano invano quelle risposte attese dagli infermieri che io mi sono permesso prima di elencare, peraltro invadendo il campo della Dottoressa Mangiacavalli per cui chiedo scusa. Stiamo rischiando di avere una sanità piena di furbetti organizzativi che vogliono prendersi le posizioni, ma solo per i soldi senza produrre servizi reali. Questa è la sanità che stanno conquistando questi signori che sono anche interlocutori privilegiati della “p minuscola”. E questo è un baratro nel quale stiamo rischiando di cadere. Ma in questo baratro ci cadranno anche i nostri concittadini e gli utenti. Giancarlo, tu giustamente hai scritto che il dialogo non è mai interrotto ma il dialogo è disturbato. Quindi noi abbiamo l’obbligo morale di chiarire chi, nella confusione, ne approfitta perché se non ne usciamo. Pertanto non abbia paura dottoressa Mangiacavalli di trovarsi “in minoranza” qua. Lei sta tra amici per le cose che ha detto. Noi dovremmo essere i visionari ortodossi di quello che è il futuro della Sanità, che non è una Sanità in estinzione come teorizzano quei visionari fallaci che hanno già teorizzato estinzione della professione medica. A questi dobbiamo dire chiaro e tondo: siete dei visionari fallaci. Oltretutto non avete séguito nella professione perché la professione non vi riconosce, siete una minoranza sparuta. Con gli espedienti siete arrivati in alto, ma tornerete indietro, lasciate perdere, avete già fatto troppo danno. Noi non solo dobbiamo collaborare e andare d’accordo, noi dobbiamo avere un rapporto fraterno di collaborazione reciproca con gli infermieri, nel rispetto reciproco della dignità professionale, perché questo abbiamo avuto nei tempi passati tra queste professioni. Queste armonie hanno portato a crescere la medicina, non i furbetti e i visionari fallaci. Grazie per l’attenzione e arrivederci.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie Giuseppe. Lo so che ti lasci trascinare dalla passione, non è cosa nuova. Grazie per le cose che

hai detto e che io condivido fino in fondo e credo che in gran parte le possa condividere anche la dottoressa Mangiacavalli che penso ti abbia sentito. Ora tocca al presidente Rossi che viene da Milano

DOTT. ROBERTO CARLO ROSSI - Intanto buongiorno a tutti. Com’è noto chi parla alla fine ha un vantaggio e uno svantaggio. Han già detto tutto tutti, insomma, e però si è nella felice posizione di potere, come dire, “baccettare tutti”. Poi oltretutto Giuseppe, che mi ha preceduto, ha detto molte cose che volevo dire io sulla politica e quindi gran parte della mia riflessione l’ha già fatta lui. Sono in accordo totale con quanto ha detto lui. Per il 95%: sono in radicalissimo disaccordo sull’articolo 3, adesso lo dirò, ma tutti sanno la mia posizione. Mentre invece tutto il resto io lo sottoscrivo pienamente. Quello che viene sempre detto a Giancarlo è che fa delle provocazioni inutili, che è afinalistico, che rompe le scatole, che ha sempre voglia di dire di no. Tra l’altro devo dire, molto felicemente, sono spesso associato a questa cosa, ma al di là di questo fatto io credo che l’uno – due di questi due sabati sia stata un’occasione molto, molto interessante. Di fatto noi ci siamo trovati per due volte, con tutto il vertice di chi dice qualche cosa in sanità in questo momento, a riflettere su un argomento che è caldo e assolutamente cogente. Quindi, insomma, complimenti perché l’alchimia che si è creata è molto interessante anche per il futuro. Allora, anche questa volta è un po’ come la settimana scorsa. La settimana scorsa ci siamo trovati a riflettere sull’atto medico. E francamente è una riflessione che se io l’avessi detta a mio padre, che faceva il medico di famiglia pure lui, mi avrebbe guardato come un pazzo. Nel senso che avrebbe detto: “ma andate a fare un convegno sull’atto medico? Ma avete voglia di perder tempo?” E oggi, perfino io, se qualcuno mi avesse detto una roba di questo genere: “ma avete bisogno di fare un chiarimento sulle varie professioni sanitarie, anzi, segnatamente tra medici e infermieri?” Io ho iniziato la mia carriera, un po’ come tutti, insomma, facendo un certo percorso. Certo, a volte, c’erano dei problemi personali, come in tutti i luoghi di

lavoro. Ma, i rapporti erano assolutamente definiti e fantastici tra l'equipe medica e l'equipe infermieristica. Certo, ovviamente erano su piani differenti rispetto ad oggi, si capisce, ma c'è stata anche una evoluzione, diciamo, di gestione all'interno degli ospedali. Poi c'è stata anche un'evoluzione tecnologica, scientifica e quant'altro, quindi non si può pensare di ricreare lo stesso tipo di rapporto che c'era una volta. Ma di fatto questo problema non esisteva. Tra l'altro il reparto dov'ero io aveva un capo indiscusso che non era il professor Libretti ma era sicuramente suor Silvia. Nel senso che non c'era discussione alcuna su quello, cioè, nessuno si poneva l'idea di chi comandasse in reparto. Sicuramente in reparto comandava suor Silvia, su questo non c'era il minimo dubbio. E il primario veniva a chiedere a lei le cose da fare, perché di fatto poi era così. Certo, poi gli ordini li dava lui, ma insomma. Io vedo molti paesi dove effettivamente il corpo infermieristico fa molte più cose rispetto a quello che fa qui. Per esempio prendiamo una realtà che conosco discretamente. La *Practice* in un paese che ha un sistema sanitario, diciamo, di tipo Beveridge, come il nostro, l'Inghilterra. Insomma, uno per parlare con il medico deve stare per morire. Nel senso che, di fatto, ci sono una serie di figure, quello che fa la prevenzione, l'infermiere, quello che fa il capo infermiere, eccetera eccetera, e poi eventualmente i medici titolari della *Practice* che hanno delle specialità loro. Quindi trovi quello che ti fa gli elettrocardiogrammi, quello che ti fa la gastroscopia eccetera eccetera. Hanno poi dei salariati medici che fanno il lavoro di bassa forza. È un sistema che non è che funzioni così straordinariamente però ha i suoi modi per andare avanti. A me adesso non interessa tanto l'assistenza al malato, ma interessa riflettere sul modello. Negli Stati Uniti c'è un sistema completamente diverso dal nostro, ma anche lì il corpo infermieristico fa molte cose. Perché in Italia stiamo discutendo di questo problema? Beh, la propongo come riflessione a Ivan e agli altri, ma io una risposta ce l'ho. È una risposta un po' triste, però. Cioè il medico in Italia ha preso l'ascensore sociale andando verso il basso. Questo è il punto. Cioè, il corpo medico è

sceso di livello in questi anni. È sceso di considerazione sociale, è sceso di considerazione economica. Giustamente la dottoressa Mangiacavalli sulle cose economiche ha storto un po' il naso. Ha ragione. Anch'io quando faccio l'ordinista faccio finta di schiarmi di queste cose. Un po' come medici di una volta che facevano pagare alla segretaria. Però, in realtà, guardate che è un problema, questa è una riflessione coerente, centrale alla nostra riflessione generale. Quindi, secondo me, noi abbiamo questo grosso problema, di aver preso un ascensore sociale verso il basso. Perché una serie di fattori, che adesso dirò, hanno portato il medico a fare questo. E gli infermieri invece, per una serie di ragioni, hanno preso l'ascensore sociale verso l'alto. Da osservatore, la mia sensazione è che si tratti di uno di quegli ascensori che funzionano un po' male. Voi schiacciate il primo piano ma quello non si muove. A me sembra che il corpo infermieristico abbia questo problema. Cioè loro sì che hanno davvero cambiato la loro professione, sono diventati laureati, hanno una serie di competenze. Io tra l'altro, a Milano, tutte le volte che vado a vedere le cose che fanno, colgo sempre occasione per lodare il mio amico Muttillio e per prendere spunto dalle loro attività. L'ultima volta ha fatto una cosa molto carina su una rete internazionale di stesura delle linee guida sulle cure infermieristiche. Questa è una cosa che a me piacerebbe fare come Ordine, con i medici, esattamente come ha fatto lui. Cioè, io cerco sempre di prendere le cose buone dalle persone da cui vedo farne. E quindi insomma, in qualche modo loro meriterebbero di salire. Qualcuno l'ha anche detto. Ma perché non succede? Perché ovviamente nessuno ha interesse a farli salire perché questo vorrebbe dire pagarli di più, considerarli di più da un punto di vista sociale. Riallacciandomi alla conferenza di Rimini e a quello che ha detto Ivan, noi dobbiamo imparare, come corpo medico, a tirare fuori gli attributi, signori. Perché io mi ricordo con terrore il secondo Consiglio Nazionale che ho frequentato. Roberta non c'entra perché non c'era lei, quindi posso parlare liberamente. Amedeo, persona che intellettualmente io stimo, ha fatto una

prolusione di due ore e mezza dicendoci che non c'era niente da fare, che ci si doveva rassegnare e che era inutile che infermieri e altre professioni si ribellassero. Perché si discuteva del nostro parere sul dispositivo relativo alle professioni sanitarie che poi ha avuto più aborti. Io ricordo che, siccome erano le prime volte, ogni tanto quando venivo via, chiacchieravo telefonicamente con i colleghi di Milano con i quali avevo condiviso le elezioni. E chiacchierando in stazione ho detto: "ragazzi, qui veramente, se questo è l'andazzo e se questa è la rassegnazione che c'è in consiglio nazionale.. mamma mia!" In sintesi, io credo che il primo nostro problema sia che dobbiamo ritornare ad essere, al di là di autori del processo di cura assieme al paziente eccetera eccetera, proprio autori di quello che è la politica sanitaria. Un corpo medico che deve per forza mettere in un articolo del codice deontologico che cosa fa il medico, dà una manifestazione di debolezza incredibile. Vuol dire che tu devi per forza dirlo a qualcuno, perché se non gli altri pensano che tu fai altro, sei un povero diavolo. È davvero, davvero la fine. Allora, noi dovremo imparare un po' a essere più affermativi, a dire: signori, noi non ci stiamo a questo, non ci stiamo a una serie di cose. Altro che litigare con gli infermieri che, voglio dire, fanno giustamente il loro percorso e il loro mestiere. E con i quali, secondo me, in una normale dinamica intraprofessionale non c'è nessun problema. Perché io trovo condivisibile un discorso in cui mi sento dire che il processo di diagnosi e cura è a carico del medico, che ci sono delle differenze e lo sappiamo, che dobbiamo metterci d'accordo sulle aree di sovrapposizione. Cioè non riesco a capire perché dovrei dire di no. E non lo dico, perché io sto facendo con l'IPASVI di Milano alcune cose assieme. Adesso abbiamo un progetto assieme per formare i giornalisti scientifici. Perché non farlo? Non capisco. Basta che venga rispettata l'individualità che ognuno di noi ha. Mi sembra una cosa normalissima.

Concludo dicendo che stamattina ho ascoltato veramente tante enormità: "fare un passo avanti assieme", "evolvere", "il politico che deve essere terzo". Quest'ultima me la sono segnata, credo che rimarrà nella storia.

Il politico che deve essere terzo. Mi dispiace che chi l'ha detto sia andato via. Insomma, lo sapete che io non sono persona che le manda a dire. E no, il politico io non l'ho mai visto che deve essere terzo. Anche perché viene da un'elezione per cui è dura. Però è notevole. Devo dire che ci vuole un bel fegato. E poi ecco, come la Lorenzin a Rimini: "beh, insomma, bisogna pagarli di più i medici, no?" Eh, ho capito, lo dicono tutti e allora fatelo! Se siamo tutti d'accordo. Io sto aspettando ma vedo che va sempre peggio. Quindi forse c'è qualcosa che non va. Insomma, c'è un po' la logica, fra medici, per fare un passo avanti, dei polli di Renzo, no? Perché quando le cose vanno male e non c'è più trippa per gatti e allora sai che c'è di nuovo? Salviamo il salvabile e io azzanno, un po' come quei poveri diavoli che rimangono prigionieri, sapete, dei disastri aerei no, a un certo punto si cannibalizzano perché non possono fare altro, se non muoiono. E questo è un altro errore che noi dobbiamo davvero evitare.

Anche qui ho sentito delle enormità: "per fare il medico di famiglia non ci vuole la specializzazione". Sì, è vero, dal punto di vista formale non ci vuole la specializzazione. Speriamo che ci sia una specializzazione in futuro, ma comunque non è che uno lo può fare appena laureato.

E poi ho sentito anche che il medico di famiglia potrebbe fare il 118, che è un'altra amenità. Se poi viene istituito un servizio per fare qualcosa e fregare una categoria con l'altra, non è che noi dobbiamo stare al gioco. Nel senso che io non sono preparato per fare l'emergenza-urgenza e lei non è preparato per fare il medico di famiglia. Un altro problema è considerare la medicina generale come la consideravano trent'anni fa, e cioè una cosa di ripiego dove alla fine si porta a casa un bel po' di soldini e se fa *nient tut el dì*, si rimane col sedere, scusate la volgarità, di pietra sulla sedia e buonanotte al secchio. Cioè, questo qui è il medico di Alberto Sordi. Non è più così per il semplice fatto che non può essere più così. Anche questa cosa che uno dà addosso all'altro, quell'altro dà addosso a quell'altro, e allora litighiamo. Ecco io credo che tutte queste cose siano cose da capponi di Renzo. E ovviamente vanno nella scia di

quello che ho detto all'inizio. Cioè è la politica che in qualche modo fomenta queste divisioni, perché non considera in maniera sociale correttamente questa classe. Però siamo noi eh, siamo noi. Noi, che siamo stati eletti, abbiamo la responsabilità in primis di andare sui giornali a dire: guardate che noi non siamo quelli lì. Io per anni ho criticato quelli che facevano quello che ora faccio io. Adesso che sono lì io, non posso stare zitto. Eh no, non posso stare zitto, perché se ho criticato quelli di prima che non parlavano a sufficienza, adesso io devo fare il mio mestiere. Insomma, in altri termini, per arrivare a quella evoluzione professionale di cui parla Ivan e che io, purtroppo, in questo momento vedo un po' lontana nel tempo, bisogna innanzitutto che noi ci riappropriamo del nostro spirito di corpo. Non perché vogliamo contrapporci a qualcun altro, ma perché senò, giustamente, la politica, la stampa, eccetera eccetera, non ci considererà mai come dobbiamo essere considerati. E saremmo costretti ad adottare dei modelli regressivi, ma non per scelta, per necessità, come i capponi di Renzo! Grazie.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Giustamente Roberta, la presidente del comitato centrale, mi ricordava che forse erano i capponi, cioè quelli senza attributi. Erano quelli senza attributi, ancora peggio. Adesso è l'una, c'è un intervento preordinato del dottor Pieralli sul 118 perché è stato stimolato da molti, poi apriamo la discussione. Direi venti minuti di discussione e poi le conclusioni.

DOTT. ROBERTO PIERALLI - Per chi non mi conoscesse mi chiamo Roberto Pieralli sono un medico dell'emergenza e Segretario Regionale del Sindacato Maggiormente rappresentativo dei medici 118 convenzionati in questa regione.

Nel servizio di emergenza ho ricoperto quasi tutti i ruoli passando dal barelliere all'autista fino a laurearmi in medicina, in questo ambito, come molti colleghi oggi, lavoro per scelta consapevole e non per ripiego.

Da qualcosa come dodici/tredici anni opero sui mezzi di soccorso, conosco bene la questione 118 di cui oggi si è tanto dibattuto. Mi

sono annotato qualche appunto in tutti gli interventi, a partire da quello della dottoressa Chersevani; ho riflettuto sui dati esposti nelle varie relazioni e volevo cercare con questo mio intervento di ispirare un'unica ma credo significativa riflessione, che ancora non mi pare emersa.

Credo che il problema che oggi in vari modi stia emergendo, che finalmente viene portato a consapevolezza, non è solo un problema di competenza ma un problema di formazione medica, un problema di quello che fanno i medici una volta che si sono laureati. Mi è sembrato significativo sentire frasi del tipo "gli infermieri si sono dovuti adattare a compensare le carenze professionali mediche" Abbiamo un problema grande come un grattacielo, non come una casa, quella sarebbe troppo piccola. Forse come le vecchie Twin Towers, tanto per dare una dimensione, sperando che noi non si faccia la stessa tragica fine. A questo problema di formazione post laurea si associa un problema di definizione di chi si è preparato a fare cosa e di chi fa cosa.

Dei precedenti interventi non sono completamente in accordo con Alessandro Vergallo, col quale abbiamo parlato e straparlato, affrontando il tema della competenza anestesiologicalo rianimatoria oggi malamente e subdolamente estromessa, piuttosto che l'apporto e competenza dei neo nati medici dell'emergenza partoriti dalla nuova scuola di specializzazione.

Non sono neanche in accordo con quanto ha detto l'assessore Venturi, che purtroppo è già andato via al quale avrei fatto volentieri costruttivamente ribattuto su alcune affermazioni. Se oggi ci troviamo con alcuni territori montani senza più un medico dell'emergenza, ma con qualche medico di guardia medica e qualche medico di assistenza primaria dedicato ad altre funzioni, come quelle di emergenza, questo è un problema interno ai medici, non è colpa degli infermieri, totalpiù ci sono responsabilità di organizzazione a cui gli stessi medici, o parte di loro, hanno dato appoggio. Ma questo rimane un enorme problema interno ai medici.

Buona parte di questi fenomeni si deve al fatto che oggi abbiamo un sistema di forma-

zione post laurea che non garantisce ai professionisti di potersi formare nella branca cui loro aspirano, spesso non abbiamo il personale formato nell'emergenza urgenza perché per decenni sono mancati posti e corsi di idoneità previsti dall'enorme. Altrettanto spesso accade che le direzioni AUSL nell'ottica di risparmiare due lire (o euro) inventino modelli che non corrispondono al normativo e al contrattuale. Non abbiamo sbocchi contrattuali adeguati a far sviluppare armoniosamente e congiuntamente formazione e lavoro.

Come rappresentante sindacale vi posso dire che siamo tempestati di richieste di giovani colleghi che cercano uno sbocco professionale e formativo, non professionale in termini puramente lavorativi o economici, ma professionale in termini di crescita culturale associata alla possibilità di portare a casa uno stipendio stabile. Oggi non lo trovano.

Ogni anno abbiamo un cumulo incrementale di migliaia di laureati in medicina e chirurgia che cercano di avviarsi ad una formazione post laurea senza nessuno sbocco. Noi a questi professionisti che risposte diamo? A medici laureati e abilitati che oggi senza questo post laurea non possono nemmeno fare domanda per confrontarsi con un pubblico concorso ne iscriversi ad una graduatoria della medicina generale?!

Vi invito a riflettere sul fatto che nel momento in cui la dottoressa Chersevani mi porta un dato e mi dice: nelle Marche ho un parametro di mezzi medicalizzati di 1/60.000 abitanti, addirittura di 1:50.000, e in Friuli mi trovo un medico, un mezzo medicalizzato ogni duecentomila abitanti, chiedetevi dove metto in Friuli i medici a formarsi nell'emergenza territoriale? Dove sono gli spazi per i tirocini e la formazione post laurea in un settore cruciale come l'emergenza? Come posso pensare di strutturare anche solo un tirocinio pre laurea in questo ambito?

Non ho neanche più gli spazi per fargli il tirocinio, perché con un mezzo ogni duecentomila abitanti quanti tirocini posso fare, sei persone? Dieci persone? Quindi con un sistema organizzato in questo modo creo un effetto pleiotropico, non solo il problema di chi fa cosa oggi, ma di quale formazione e di

quanti professionisti mi troverò tra dieci quindici anni. Perché se io oggi non riesco a formare i medici, non riesco a professionalizzarli, io perdo un bagaglio culturale che sarà una mannaia per il futuro. Quando Vergallo ci dice che gli infermieri si sono dovuti adattare per la carenza formativa dei medici, in realtà porta alla luce un problema dei medici e della loro organizzazione formativa. I giovani medici non sono deficienti, sono semplicemente vittime di questo sistema formativo e normativo ove un laureato in professioni sanitarie con la triennale può concorrere ai concorsi ed essere assunto, mentre dopo 6 anni di studi e tirocini ed un esame di stato, un medico non può che periodicamente sperare in qualche posto di specializzazione, magari non quella cui aspirava per vocazione.

Il fenomeno quindi non è un conflitto tra medici e infermieri, perché con gli infermieri ci lavoriamo benissimo e siamo assolutamente contenti di poterci lavorare. Il problema è che quando un servizio viene organizzato con un parametro così abnormemente distaccato come quello dell'uno a duecentomila, evidentemente, se il numero dei pazienti che statisticamente necessitano di cure in territorio è il medesimo, qui ho un problema anche, in qualche modo, di una sostituzione di funzioni.

Faccio questo lavoro ormai da un po' di anni e mi posso permettere di dire che in emergenza non si possono trattare i pazienti con i soli protocolli. I malati non sono tutti uguali e la stessa patologia colpisce su pazienti profondamente diversi per storia, anamnesi, variabilità. Un po' troppo spesso confondiamo linee guida e protocolli e questo crea la distorsione che rischia di trasformare un sistema di emergenza in una catena di montaggio industriale con il paziente sul rullo trasportatore. Ogni tanto può essere anche adeguato l'uso di un protocollo rigido, ma non è sempre il meglio per il malato come anche il Prof. Bolondi ci argomentava giusto la scorsa settimana. I protocolli, quelli infermieristici in particolare, devono essere uno strumento di garanzia per i pazienti, uno strumento di tutela per anticipazione e integrazione nell'ambito di quel lavoro di equipe

che oggi da più parti ho sentito fosse considerato essenziale e indispensabile. Signori miei: **Ma nel momento in cui ho un mezzo di soccorso avanzato con medico ogni duecentomila abitanti mi spiace ma sfido chiunque a parlarci di equipe, di integrazione multi-professionale etc..... non ho più l'equipe perché l'equipe è stata smontata. Ho un task shifting in questo caso**, prendiamo consapevolezza di questo senza nascondere la testa sotto la sabbia.

E chiedo anche alla dottoressa Ugenti e al Ministero di prendere consapevolezza del fatto che c'è un problema di organizzazione del post laurea dei medici, che mi accumula una quantità di mancati specialisti. Io non credo neanche, onestamente, che la specializzazione sia la soluzione a tutti i mali perché, nonostante le parole dell'assessore Venturi, in questa regione gran parte anche delle strutture ospedaliere di pronto soccorso sono gestite da medici privi di specializzazione, con la convenzione di emergenza territoriale o peggio con cocco libero professionale. Eppure, come si sostiene, questa regione ha uno dei sistemi migliori in termini di urgenza e accettazione. Quindi, o facciamo un ragionamento sulle reali competenze, e la dottoressa Ferrari penso che, come Direttore di Dipartimento, conosca bene la situazione a livello regionale, o facciamo un discorso di competenze e troviamo dei canali alternativi alla classica specializzazione col concorso nazionale con tutti i problemi che derivano. Oppure, **continuiamo pur così e riprovando a cercar di risolvere un problema con lo stesso modo di ragionare che questo problema lo ha creato**. Quindi, concludendo, o cambiamo un po' di questi paradigmi, o credo che non ne verremo fuori.

Quando mi si chiedono esempi, potrei farne molti, ne farò un altro che non è quello della città divisa in due dove metà della città era gestita solo dagli infermieri in qualunque emergenza e metà è gestita solo dal medico. Perché dott.ssa Mangiacavalli questo era uno dei modelli che è stato contestato nel caos del 118. Ma un altro esempio che porto sulla città di Roma, proprio di pochi giorni or sono. L'abbiamo segnalato al dottor Lavra per l'Ordine di Roma. Medici che per il 118 ven-

gono reclutati da associazioni che non richiedono loro nemmeno di esser formati, li reclutano su facebook la mattina per il pomeriggio, senza nemmeno uno straccio di inquadramento prescritto dalla normativa. Senza un contratto di lavoro. Questo succede a Roma, questo succede a Roma oggi. Vi pare che sia tollerabile un sistema di questo genere? Che porti benefici ai cittadini o ai medici?

DOTT. GIANCARLO PIZZA - La verità è rivoluzionaria, voi lo sapete, ma adesso non vogliamo tutte le verità, insomma. Vorrei aprire la discussione, se ci sono interventi. Dottor Pagani.

DOTT. PAGANI - Ringrazio Giancarlo Pizza per questo interessantissimo convegno e prendo lo spunto dall'ultimo intervento di Pieralli, che apprezzo e condivido.

Ritengo che il problema che lui ha sollevato opportunamente per il 118 esista in realtà per ogni tipo di attività medica assistenziale. Ed a questo proposito alla presidente della FNOMCeO Roberta Chersevani e alla presidente dell'IPASVI Barbara Mangiacavalli vorrei chiedere di pensare insieme, non soltanto di risolvere i problemi che abbiamo oggi sul tappeto e di cui abbiamo discusso, ma anche e soprattutto a quello che dovrebbe essere il Sistema sanitario tra dieci anni, a come dovrebbe essere programmato in funzione delle risorse che saranno messe a disposizione e delle risorse di personale medico ed infermieristico che si prevede saranno necessarie. Perché altrimenti continueremo a dibattere circa il miglior modo di fare convivere professioni che invece devono assolutamente collaborare ed integrarsi nella maniera più opportuna e più utile per i pazienti.

Se non ci sarà una seria programmazione non vedo soluzione ai problemi di cui abbiamo parlato.

Veniamo da un lungo periodo in cui, per mancanza di programmazione o per errata programmazione, c'è stata una pleora medica, che ha creato molti problemi.

Stiamo andando rapidamente alla situazione opposta: agli ordini arrivano sempre più frequentemente richieste di medici dall'estero, la Regione Trentino sta facendo una campa-

gna pubblicitaria pressante e quotidiana per ovviare a carenza di medici di medicina generale ed ospedalieri.

Cominciano ad esserci diffuse e gravi difficoltà a garantire certe attività di assistenza.

Per questo bisogna programmare per tempo le esigenze ed adeguare gli accessi alla Università per la laurea e la specializzazione ed ai Corsi di formazione per la Medicina generale, ponendo al centro il cittadino.

Sono convinto che pensando al futuro non si debba avere alcuna preoccupazione riguardo un numero eccessivo di medici e di infermieri e per questo sono altrettanto convinto che la collaborazione fra le due professioni non verrà ostacolata dalla ricerca di spazi professionali improvvisi.

Se non cambiano le cose i giovani italiani che si dedicheranno a queste professioni non saranno sufficienti a garantire i servizi necessari ai cittadini, per le insufficienti gratificazioni di tipo economico e di tipo professionale. Di questo dobbiamo occuparci insieme, guardando avanti.

Mi piacerebbe che il Professor Cavicchi ci aiutasse a trovare la giusta via, perché credo che un suo indirizzo sia molto importante. Grazie.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Ha chiesto la parola il Dottor Lumia. Le risposte le daremo alla fine, va bene?

DOTT. SALVATORE LUMIA - Sì. Grazie. Brevemente volevo fare un appunto partendo da un episodio personale. Anni fa andai alla Mayo Clinic. Ero appena stato assunto come assistente chirurgo. Quando arrivo il mio *consultant* mi chiede: tu cosa fai? *I'm a surgical assistant*. Mi ha guardato un po' male e mi ha detto: sì, vieni pure. Poi dopo ho capito. In America sei un *surgical assistant*, che è un paramedico, che ha un percorso formativo di cinque anni, che può fare delle cose precise. voi andate sul sito dei *surgical assistant* americani così come delle equivalenti figure anestesilogiche ed è elencato che cosa fa il *surgical assistant*. Ecco, questo per dire. Secondo me ci vuole una ridefinizione di quello che fa il professionista, e ci deve essere da parte dell'università una definizione, mi dispiace che non ci sia più il rappre-

sentante dell'università, una definizione del percorso formativo. Qui non è questione di fare della filosofia sulle professioni o soltanto sulle collaborazioni o, come dice qualcuno, sui percorsi tra il medico e il paziente per arrivare alla cura. In maniera semplicistica bisogna definire chi fa cosa. Del resto quando noi facciamo le nostre procedure di accreditamento, dobbiamo dimostrare, con un documento di responsabilità e autorità, la matrice delle attività dove ci sono le responsabilità. Quindi, è molto semplice, si risolve in questo modo, se la politica, vediamo se con la *p* maiuscola o minuscola, vuole farlo. Se la politica vuole lasciare una nebulosa, perché in questo modo può giocarsi il consenso come gli pare, questo è un altro ragionamento. Ma noi qui dobbiamo parlare di pazienti, di sicurezza delle cure e di pazienti al centro della professione. Poi si decide, con i percorsi formativi, cosa fanno le singole professioni. E ci saranno i giovani che vorranno prepararsi per studiare cinque anni, dieci anni, vent'anni, e faranno quella professione. Grazie.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie Salvatore, io ho cinque iscritti a parlare. Direi due minuti a testa, per dare il tempo, a chi vuole, di rispondere. Il Professor Brillanti.

PROF. STEFANO BRILLANTI - Mattina veramente ricchissima di spunti. Punto centrale, ovviamente, il paziente e le sue esigenze e i suoi bisogni. E ho sentito parlare di competenze, tutta la mattina ho sentito parlare di competenze. Quindi di chi fa che cosa e se dobbiamo definire i limiti delle competenze. E questo è sicuramente un discorso importante. Io credo però che esista un'altra sfida che, oggi e in futuro, debba essere affrontata. Che non è solo chi fa che cosa, che è l'autonomia esecutiva, ma che cosa deve essere fatto e chi lo decide di fronte al singolo paziente. E questo non c'entra con le competenze. Perché a me non interessa se è il medico che fa al paziente il massaggio cardiaco di un certo tipo, a me interessa se quel paziente deve avere o no un massaggio cardiaco. Quindi la sfida secondo me non è tanto l'autonomia esecutiva, ma l'autonomia decisionale. Quindi chi prende la decisione davanti

al paziente e perché questa decisione viene presa davanti al paziente. E non è un problema di compiti o di competenze.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie. Il dottor Gaudiano, Vicepresidente di Matera.

DOTT. VITO GAUDIANO - Io ringrazio l'Ordine di Bologna per questo incontro, ci sono stati moltissimi spunti e non ci sarà il tempo assolutamente per affrontarli tutti. Volevo solo sottolineare un paio di aspetti. Che il tutto nasce, in questo rapporto difficile e multidisciplinare, anche dall'organizzazione sanitaria. Ivan l'ha detto tantissime volte. Noi abbiamo ancora un'organizzazione basata sul meccanismo del *taylorismo* che basa elementi oggettivi che sono facilmente misurabili, ma non i soggettivi che sono alla base della gratificazione della persona, sia che sia malata sia che sia sana. Noi questi problemi li abbiamo affrontati alla terza conferenza di Rimini. Non è stato, voglio dire ad Alessandro, soltanto un parlarci tra di noi, ma è stata la necessità di affrontare finalmente problemi che vanno dai problemi del fine vita, alla compatibilità della ricerca scientifica. E qui qualcuno ha tirato fuori anche un problema serio, quello della Magistratura. Noi lo abbiamo affrontato in maniera diversa, cioè oggi in questo paese si sta verificando quello che negli USA chiamano il "negazionismo scientifico". Abbiamo cittadini che non si fidano della scienza, ma tutta questa scarsa fiducia viene implementata da comportamenti gravissimi della Magistratura. L'ultimo caso è quello di un pediatra costretto a rimborsare una famiglia perché, dopo aver vaccinato un bambino, il bambino ha sviluppato l'autismo. Allora il giudice decide che il vaccino causa l'autismo. Allora, così come la scienza si muove rispettando tutela e principi fondamentali del cittadino, il diritto, quindi la Magistratura deve entrare in merito nei bisogni di sanità del cittadino rispettando le basi scientifiche. E noi abbiamo chiesto, e lo dico e approfitto della presenza della dottoressa Ugenti, che si abbia un rapporto collaborativo diverso con la Magistratura. Perché tre amare sconfitte in campo sanitario che sono

Stamina, Di Bella e ultima la campagna anti vaccinale, sono per la scienza e la società medica delle sconfitte pesantissime. Ringrazio Ivan per aver citato il documento. Mi dispiace che tu sia d'accordo perché se tu non lo fossi stato avresti creato un movimento di opinione sul quotidiano "Sanità", ma vi invito a leggere il documento della terza conferenza di Rimini, perché davvero affronta, non solo in campo teorico, i vari problemi della trasformazione del mondo medico. Io posso condividere molte cose della dottoressa Mangiacavalli, sono un nefrologo, ho lavorato in dialisi e credo che gli infermieri della rianimazione, dell'unità terapia coronarica e della dialisi siano gli infermieri più autonomi che possiamo avere oggi nel rispetto delle autonomie. Sono d'accordo di cercare un linguaggio e direi una cultura comune tra le varie professioni, per cercare di trovare un lavoro migliore. E poi c'è il problema della formazione che abbiamo affrontato altre volte. Vi ringrazio

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie Vito. Ora c'è il presidente dell'Ordine dei Medici di Ancona che ha chiesto la parola. Due minuti anche a lui.

DOTT. FULVIO BORROMEI - Intanto grazie per questo invito, gli stimoli sono veramente molti, sarò telegrafico. Esercitiemo il ruolo di intellettuali, iniziamo con l'abbattere la conflittualità e operiamo nei nostri ambiti. I *Core Curriculum* sono le dritte di ciò che noi siamo e di ciò che noi faremo, e quindi c'è da lavorare anche sui *Core Curriculum* universitari e specialistici per attribuirci i compiti. In un sistema in evoluzione, la giurisprudenza dice chi siamo, per cui ritengo che se continuiamo a discutere su questo andiamo fuori strada. Siamo operativi, io sono un medico pratico, faccio il medico di medicina generale, ho fondato un Hospice, lavoro con una equipe infermieristica, psicologica, OSS e assistenti sociali, vi devo dire che non ho nessun problema, perché ognuno sa chi è e ognuno opera in questo senso. È importante avere attenzione sull'inserimento dei giovani colleghi nel sistema, in maniera appropriata ed aderente alle proprie competenze e abilità per un servi-

zio sanitario consono agli obiettivi di salute. Per non avere una classe medica non adeguata alle sfide future dobbiamo puntare sulla formazione e sulla applicazione pratica delle abilità sviluppate ed acquisite. C'è la necessità di avere, anche, una collaborazione da parte del Ministero per ragionare a tutto tondo. Cioè non possiamo più affrontare i problemi in maniera parcellare perché ormai il problema va affrontato nel suo insieme. Quindi, ritorno alla prima affermazione, questa conflittualità dei ruoli la decidiamo sul campo, facendo riferimento alle leggi, facendo riferimento al *Core Curriculum*. Grazie.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie. Ora c'è l'intervento di un giovanissimo collega ricco di capelli, che mi fa invidia.

DOTT. ALESSANDRO FORNI - Mi chiamo Alessandro Forni e sono un dentista iscritto all'ordine di Bologna. Non lavoro nel Sistema Sanitario Nazionale, quindi il mio riferimento non è la Dottoressa Ugenti. Però il mio riferimento era per gli Ordini in generale, nel senso che noi dentisti abbiamo il problema dell'abusivismo degli odontotecnici che fanno i dentisti. Questo è un po' perché nella libera professione veniamo scelti, cioè il paziente viene scelto. Finché i LEA non comprenderanno anche la prevenzione odontoiatrica, come è in Svezia, le terapie odontoiatriche vengono scelte quindi si va sempre nel libero mercato. Quello che volevo dire è che questa collaborazione che abbiamo noi dentisti con gli odontotecnici è reale. Noi la facciamo e considero, dal mio punto di vista, gli odontotecnici una professione infermieristica, perché collaborano con noi. Quindi gli Ordini Professionali dei Medici e degli Odontoiatri quando hanno delle denunce di odontotecnici che vengono sorpresi dentro lo studio odontoiatrico, ecco, che non scatti subito il penale. Oppure lo scandalo giornalistico. Io sono anche odontotecnico. Però vedo che molti miei colleghi, quando una protesi ha dei problemi, chiamano subito il tecnico perché vogliono collaborare, ecco. Considerate appunto che un odontotecnico può essere considerato un infermiere.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie. Bene, si risponde dopo. La dottoressa Ferrari, presidente dell'Ordine dei Medici di Reggio Emilia, ha chiesto la parola.

DOTT.SSA ANNAMARIA FERRARI - Sì, grazie. Allora, innanzi tutto giornata proficua, dal punto di vista degli spunti. Spunti ce ne sono tanti. Secondo me si è parlato anche molto alto, nel senso di arrivare magari a ridurre l'importanza della problematica esistente nel rapporto tra le professioni, quindi tra medici e infermieri. Perché la problematica esiste, c'è, e va assolutamente affrontata in modo risolutivo. Dico questo perché io, a parte essere Presidente di Ordine, cosa che mi ha aperto anche altre visioni e altri orizzonti, faccio parte da sempre del mondo dell'emergenza-urgenza. E che la crisi sia partita da lì non è un caso, perché è il settore più in espansione, più critico e più trascurato. Più trascurato dalle istituzioni, grandi e piccole. È anche il settore che chi ci lavora dentro da sempre, chi ci mette dentro effettivamente i piedi e le mani, ha cercato di fare funzionare. E quindi il fatto che ci siano i protocolli infermieristici, il fatto che ci siano medici che non sono specialisti, è legato proprio al fatto che il settore è stato completamente abbandonato dal punto di vista organizzativo dalle istituzioni. Due parole: il fabbisogno dei medici, non è mai stato definito. Ma soprattutto la nuova specializzazione, che ormai da tre anni sforna specialisti di emergenza-urgenza è partita con cinquanta posti nonostante un fabbisogno annuale di circa quattrocento posti solo per i Pronto Soccorso. Quindi voi capite che il settore va effettivamente rimesso a punto, va riorganizzato, e capite anche perché è partito tutto da lì. Sta partendo da lì la crisi tra le professioni, proprio perché, diciamo, il settore si è auto organizzato.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie Annamaria, ci sono ancora due interventi, del dottor Ciofani e della dottoressa Mangiacavalli. Poi volevo chiedere ai rappresentanti dei Collegi IPASVI di Ravenna, Piacenza, Modena che sono qui presenti se si sentono completamente rappresentati da quello che ha detto la dottoressa Mangiacavalli o se

hanno qualcosa loro da aggiungere. Altrimenti questo dialogo diventa solo con il vertice, insomma.

DOTT. ANTONIO CIOFANI - Sono un medico e dirigo una struttura complessa di nefrologia e dialisi. Vorrei approfittare della presenza della dottoressa Mangiacavalli e chiedere se effettivamente crede che l'assistenza sia scindibile dalla clinica e dalla cura. Leggevo recentissimamente su *QuotidianoSanità* il documento dell'IPASVI di Pisa che traccia tre professioni: chi si occupa di clinica e diagnosi cioè i medici, chi dell'assistenza cioè gli OSS e chi della cura cioè gli infermieri: divide questa suddivisione? Intanto il TAR Lazio, che come è noto ha valenza decontestualizzata, ha sentenziato che la clinica, nell'interesse del malato, non è separabile dall'assistenza. Ma questa inscindibilità è nella logica di qualunque operatore della "prima linea", lo vedo io tutti i giorni nei centri di dialisi. Ci sono centri di dialisi, i CAL, Centri ad Assistenza Limitata, gestiti completamente dal personale infermieristico. Fanno anche un po' di clinica, perché se un paziente è attaccato al rene artificiale e sta dializzando e, per esempio, va in ipotensione non c'è il medico e provvede l'infermiere. Il medico nefrologo in questa tipologia di Centri dà le direttive di fondo e imposta la terapia e i programmi dialitici circa un paio di volte a settimana; nei rimanenti giorni è l'infermiere che si occupa della conduzione delle sedute dialitiche. Come pure noi medici ci occupiamo continuamente di assistenza e la pratichiamo: l'assistenza infatti è direttamente correlata alla clinica, deriva dalla clinica. Ciò significa che tutta l'equipe pratica clinica e assistenza sul malato nella sua interezza. Ma c'è una graduazione delle responsabilità e delle competenze su ciò che va fatto al malato e che va deciso nel suo insieme dal medico, che valuta, pone una diagnosi e conduce il relativo programma clinico-assistenziale del malato in stretta connessione con l'apporto dell'esperienza e della professionalità dell'infermiere. Ma è già da tempo sancito dalla legge che è il medico a dare le necessarie disposizioni sul da farsi al resto dell'equipe e mi rivolgo

al professor Vasapollo. È l'articolo 15 della 502 comma 6, ribadito dalla legge di riforma Madia della Pubblica Amministrazione del 2015, all'articolo 13: dice che il responsabile di struttura complessa dà disposizioni a tutto il personale della medesima. Vogliamo cambiare questa norma perché dà fastidio a qualcuno come la senatrice Silvestro? o a qualche funzionario del ministero della salute, o a qualche altro artifice del comma 566? vedremo e valuteremo se si sta facendo l'interesse del malato o della carriera di alcuni.

Ma paradossalmente il comma 566 cosa dice? Esso sancisce, e mi rivolgo soprattutto agli scienziati che lo hanno partorito, che del malato si può occupare un operatore di serie B oppure uno di serie A. Sancisce infatti che delle cose semplici e facili si possono occupare gli infermieri, o comunque il personale non medico, mentre invece rimangono di competenza dei laureati in medicina e chirurgia le problematiche di prevenzione, diagnosi, cura e terapia dei casi complessi. Dato che notoriamente in medicina tutto può diventare complesso lascio a voi le conclusioni.

E allora l'orchestra degli operatori sul malato, che abbiamo visto prima nella diapositiva proiettata dalla dottoressa Chersevani, chi la deve dirigere se non chi si occupa di cose complesse?

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Antonio grazie. La dottoressa Mangiacavalli

DOTT.SSA BARBARA MANGIACAVALLI - Avevo chiesto di potere intervenire perché, pure apprezzando le riflessioni proposte dal dottor Lavra, che non avevo ancor avuto occasione di ascoltare, e dal Dottor Rossi, sento la necessità, anche per onestà intellettuale, di dire che noi infermieri non abbiamo bisogno di un paternalismo di facciata. Lo sto dicendo perché trovo che questo sia un contesto nel quale poter anche parlare liberamente. Tre i punti. Rivalutazione economica e sociale del lavoro, l'infermiere va sollevato da incombenze da OSS (questa credo sia una questione che vada definita al nostro interno perché abbiamo qualche infermiere

che ritiene che fare assistenza non sia più professionale), percorso di carriera da riconoscere, non esiste solo la carriera di tipo organizzativo. Tutto condivisibile tutto sottoscrivibile. Il problema, l'ho anche detto nel mio intervento, è che bisogna forse andare un pochino oltre le parole e passare ai fatti concreti. Quando parlo di fatti concreti parlo di questo paternalismo di facciata, di cui veramente non abbiamo bisogno. Se dobbiamo parlare con la stessa dignità professionale, significa che quando si ridiscutono i modelli organizzativi, i modelli operativi, come si sta intorno al paziente, non dobbiamo avere un ruolo, come dire, ancillare ma dobbiamo poter contribuire a dire la nostra, visto che stiamo lavorando insieme per un obiettivo comune. Ci tenevo a fare questa precisazione perché altrimenti sembra che ci troviamo quasi nella condizione di dover chiedere ai medici un sostegno per nostre difficoltà professionali. In realtà come professione stiamo proprio lavorando su questi aspetti. Sul riconoscimento, e su tutto quello che è stato detto, stiamo facendo riflessioni che sono ampie e profonde all'interno della nostra professione. Siamo un po' stanchi di avere solo la pacca sulla spalla. E poi solo di facciata ci dicono che siamo uguali agli altri ma, nel concreto, nella realtà, le cose sono profondamente diverse. Non intendo minimamente essere scambiata per un odontotecnico, mi spiace dottor Forni. Intanto per una questione giuridica. Poi se la dottoressa Ugenti vuole dire qualcosa è sicuramente la più titolata. Secondo il Codice Civile, l'odontotecnico è arte ausiliaria delle professioni sanitarie, non è una professione sanitaria. Io ho visto di tutto nella mia categoria, non ho ancora visto un infermiere mettere le mani in bocca a un paziente.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Beh, potrebbe accadere in futuro dottoressa, speriamo di no, eh?

DOTT.SSA BARBARA MANGIACAVALLI - No, perché il mandato professionale è un altro. Anche perché, volendo, ci sono gli igienisti dentali e loro sono una professione

sanitaria che fa parte delle ventotto. Sull'ultimo intervento: se ci spostiamo sul terreno dell'organizzazione e della riforma della Pubblica Amministrazione, e del ruolo dei dirigenti, la legge Madia dice una cosa importante, e cioè che la funzione dirigenziale non è uno status o un ruolo che si acquisisce. È una funzione che viene assegnata nelle strutture e nelle aziende anche in virtù dell'esercizio di funzioni direttive e di organizzazione del lavoro. Quindi non credo sia questo il campo su cui decidere.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Posso toglierle la parola? Grazie. I colleghi della dottoressa Mangiacavalli? Prego

ORLANDO, IPASVI MODENA - Buongiorno. Ovviamente siamo d'accordo con la Dottoressa Mangiacavalli sugli aspetti generali che ha rappresentato. Grazie per l'ospitalità e per l'interessante discussione che speriamo sia una delle tante su cui ci troveremo a confrontare. Si è parlato di dialogo; sottolineo che deve essere comunque un dialogo serio, vero. Non voglio mancare ovviamente di rispetto, ma proprio richiamare quello che citava adesso la dottoressa Mangiacavalli. Noi ci siamo e ci confrontiamo. Sull'aspetto sistema emergenza territoriale, ho esperienza in emergenza-urgenza di alcuni anni, non entro nei particolari e nei dettagli; esperienza al 118 di Modena dal '90 e quindi conosco abbastanza bene questa situazione. È chiaro che bisogna fare lo sforzo per andare oltre, le competenze ci devono guidare, hanno un loro valore. I sistemi devono essere disegnati rispetto alle reali esigenze, quindi anche rispetto alle evidenze e agli esiti. Non pensiamo soltanto ai numeri, ma pensiamo a quello, di cui c'è veramente bisogno nel nostro sistema in maniera equilibrata, tenendo in considerazione il contesto di riferimento. L'ultimo aspetto è un confronto, che secondo me è doveroso portare avanti insieme. Perché adesso, senza nulla togliere agli altri professionisti della salute, effettivamente siamo le famiglie professionali che hanno un po' il dovere di prendere in mano e provare a guidare, orientare, il nostro sistema sanitario con

tutte le difficoltà che ci sono. Ancora una volta ci sentiamo parte attiva, non abbiamo bisogno di paternalismo, non ci fermiamo all'aspetto prettamente tecnico es. saper fare prelievi, prendere vene eccetera. Partecipiamo insieme a definire il sistema salute, il nostro sistema salute, e quindi interveniamo insieme a gestire il processo di cura migliore per i nostri pazienti. Ecco, giusto proprio due flash, ma capisco che ci dovremo ritrovare.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Grazie, grazie molte. La dottoressa Ugenti.

DOTT.SSA ROSSANA UGENTI - Siccome è stato fatto da più interventi il discorso della programmazione dei fabbisogni. È vero che in questi anni, diciamo, si è assistito a una programmazione fondata non su numeri e su criteri oggettivi e scientifici. È mancata una programmazione, molto si è basato sullo storico. Dal gennaio 2015, nell'ambito di un progetto europeo, perché quello dei fabbisogni dei professionisti sanitari è un problema che si pone a livello europeo, noi abbiamo condotto uno studio su un progetto pilota che riguarda cinque professioni sanitarie, medici, odontoiatri, farmacisti, infermieri e ostetriche. Sulla base di questo progetto europeo abbiamo definito una metodologia per individuare questi fabbisogni. E quindi quest'anno, questa metodologia è stata oggetto di un accordo stato-regioni del 9 giugno. Abbiamo definito i fabbisogni per l'accesso all'università, quindi ai corsi di laurea, perché dobbiamo sempre fare ogni anno questo fabbisogno. Adesso l'intenzione del Ministero, e già è partita la nota alle regioni, è di estendere questa metodologia anche ad altre professioni e quindi arrivare l'anno prossimo al fabbisogno che andremo a definire per l'anno accademico 2017-18, una definizione di fabbisogno su questa metodologia. Noi abbiamo fatto una metodologia che ha una proiezione da qui al 2040, quindi parliamo di venticinque anni. Siamo andati a definire, quindi, la situazione di fabbisogno sulla base degli attivi, cioè dei professionisti attualmente occupati, degli attivabili, professio-

nisti che sono nell'età del lavoro ma che sono i disoccupati, degli inattivi, o meglio, di coloro che diventano inattivi e che lasciano, e di coloro che arrivano con la laurea mano a mano che abbiamo il percorso formativo. E abbiamo visto una situazione quindi di fabbisogno. Una delle categorie, diciamo, prese in esame tra queste è quella dei farmacisti. Vi dico solo che da qui al 2040 noi avremo ancora esubero. Perché a Farmacia non c'è il numero chiuso. Quindi il problema è, e se l'è posto anche l'Ordine, la FOFI, che ne è ben consapevole, che addirittura si dovrebbero chiudere gli accessi. Cioè chiudere, proprio, da qui al 2040 non fare ulteriori percorsi formativi. Quindi, questo della formazione e del fabbisogno è un aspetto importantissimo ed è necessario avere una politica fondata veramente su criteri obiettivi, e su questo devo dire che abbiamo lavorato benissimo con le Regioni, con gli Ordini e le Federazioni delle cinque professioni. Abbiamo lavorato con l'ISTAT, con l'EMPAM, con l'EMPAF. Cioè abbiamo messo a fattor comune tutti i dati, perché i dati ci sono e sono anche tanti ma non si integrano tra loro, che abbiamo disponibili per poter fare una programmazione. Questa metodologia logicamente si può migliorare e perfezionare e questo è il lavoro che condurremo nei prossimi anni. Quindi l'attenzione al problema c'è. Ed è anche per questo motivo, di non corretta programmazione, se abbiamo avuto laureati, rispetto a quelli che poi effettivamente si formano nel percorso successivo, in esubero rispetto a quelli che sono poi i posti delle singole scuole di specializzazione. È anche vero che stiamo cercando di ampliare il numero dei contratti di formazione. Quest'anno ne abbiamo finanziati con fondi statali 6133, con aggiunti quelli regionali siamo arrivati a più di 7000, considerando che 8500 all'incirca sono quelli che poi si laureano, la forbice si sta mano a mano restringendo. C'è da dire pure che in questi anni, quando noi dicevamo, appunto, alcuni dati, avevamo da altre parti dati molto più alti. Quindi le forbici erano molto ampie. Con questo lavoro stiamo cercando, appunto, di trovarci d'accordo sui numeri.

ALESSANDRO VERGALLO - Vorrei dare un suggerimento pubblico a questo punto. La dottoressa Ugenti impersona il Ministero della Salute. Si parla in senso generale di un piano esiti che riguarda i pazienti. Lei ha parlato adesso di programmazione di fabbisogno di personale sanitario. Io vorrei dare un piccolo suggerimento che riguarda entrambe le categorie, sia quella dei medici sia quella degli infermieri, soprattutto in vista delle successive specializzazioni infermieristiche. Se c'è un piano esiti che riguarda i pazienti, probabilmente sarà il caso secondo me di analizzare quale potrebbe essere un piano esiti non solo dell'accesso alla laurea, per quanto riguarda medicina, ma anche per quanto riguarda le specializzazioni.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Questo è argomento per un altro convegno

ALESSANDRO VERGALLO - No no, ma il quesito è dove vanno a finire gli specialisti formati. Cioè se lo specialista si forma e la specializzazione ha un certo numero, cento, e questi cento non vanno a lavorare nelle unità operative specifiche di quella specializzazione, io sto sprecando delle risorse importanti di formazione, non so se è chiaro il quesito.

DOTT. GIANCARLO PIZZA - Alessandro, il quesito è molto chiaro e certamente merita riflessioni ma non è questo l'argomento di cui ci dobbiamo occupare in questa sede. Vorrei riportare la discussione e le conclusioni sul cuore di questo incontro. Evitiamo il tecnicismo perché su questo non ne usciamo più fuori. La parola al professor Cavicchi per le conclusioni.

PROF. IVAN CAVICCHI - Gli spunti che meritavano di essere ripresi sono tantissimi, però il tempo è poco, per cui ne dovrò sacrificare alcuni. Io partirei da Venturi perché lui ha detto un paio di cose interessanti. Ha detto per esempio che non dobbiamo essere provinciali, che i nostri problemi sono piuttosto generali. Io credo che abbia ragione. Perché i nostri problemi io li definisco strutturali, nel senso che appartengono a dei modelli che in

tutta Europa sono in crisi. Io sono un vecchio riformatore della sanità, nasco con la riforma sanitaria e ancor prima, a dire il vero, perché ho i miei anni. Il nostro riformismo sanitario è andato avanti spesso copiando gli altri. Mi riferisco alla riforma sanitaria, mi riferisco all'ultimo grido della moda che è il *Choosing Wisely*, come se noi non avessimo un'intellettualità originale. Io credo che sia arrivato il momento di dedurre dai nostri problemi delle soluzioni originali che non ci sono altrove. Per ripensare l'operatore non ho grandi *input* dalla letteratura internazionale. Allora io penso che dovremmo mettere mano ad un pensiero originale. Questa è la prima cosa. La seconda cosa che diceva Venturi era che dobbiamo difendere la sanità pubblica. Sembra tautologico. Io non credo che qui dentro ci sia uno contro la sanità pubblica. A parte i convegni che fanno alle assicurazioni, non ne incontro molti. Ma mi chiedevo, mentre lui parlava, cosa vuol dire difendere la sanità pubblica. E adesso vi spiego perché riprendo quest'argomento. Perché io non credo che le nostre questioni possano essere risolte dentro lo *status quo*. Io credo che debba essere cambiato perché è un vestito troppo stretto. Se rimaniamo nello *status quo* cadiamo nelle assurdità del 566. Nello *status quo* io posso rimediare qualcosa, prendere qualcosa cioè fare la lotta per le competenze. Per evitare questo io credo che dobbiamo entrare nella logica del non *status quo*, di rimmetterlo in discussione. Lo dico in Emilia Romagna. Io tra poco dovrò fare un incontro nella AUSL della Romagna su questa roba qua. Lo facciamo tutti gli anni. L'Emilia Romagna è la regione della razionalizzazione. Io sono convinto, Barbara, che questa non basti più ad affrontare le grandi questioni. Non credo che risolveremo i nostri problemi con una logica di razionalizzazione. Non fraintendetemi. La razionalizzazione è una positività, per cui se qualcosa non funziona la devo far funzionare, se qualcosa va storta la devo mettere dritta. Questo è fuori discussione. Io penso che per salvare la sanità pubblica dobbiamo mettere mano ad un cambiamento importante. Il cambiamento più importante, al di là delle riorganizzazioni, riguarda il lavoro. Le prassi che non cambiano

fanno in modo che il sistema sia invariante. E noi dobbiamo cambiare le prassi, quelle dei medici, quelle degli infermieri.

Voglio fare un accenno al discorso dell'atto medico. Loro conoscono un po' il mio punto di vista. Anche tu, Barbara, lo conosci, ne abbiamo discusso tante volte. Io dico sempre e lo ripeto, ma non prendetemi per ostinato, che per un filosofo non è possibile definire un atto a prescindere dalla gente. Il problema è la gente non l'atto. Se io mi organizzo e definisco un medico o un infermiere, per come l'ho organizzato verranno fuori gli atti. E poi l'atto è un concetto molto riduttivo. Stamattina avete parlato ad ogni piè sospinto di complessità. Ma per interpretare l'atto come complessità dovrei fare un salto logico. Dovrei parlare di opera professionale. Perché l'opera professionale di un infermiere o di un medico non è ridicibile ad un atto o ad un'azione. Abbiamo parlato di processi. Come si fa a ridurre tutto ad un'unità semplice? L'atto è un'unità semplice. Parlerei più di complessità. Un'altra cosa che ha detto Barbara nel suo intervento è di partire dai bisogni e non dagli interessi delle professioni. Tutti condividono queste cose ritenendole automatiche ma poi al dato di fatto non lo sono. Ha ragione. Anch'io sono molto d'accordo, ma mi chiedo come si fa. Vedi, Barbara, perché ti pongo il quesito? Perché tu conosci la mia posizione piuttosto antica: io sostengo la necessità di ripensare il profilo. Per me il profilo è un vecchio modo di definire la professione. Il tuo profilo addirittura è molto circoscrivente, poco circoscritto e, secondo me, neanche riesce a mediare con quella cosa che abbiamo sbaraccato, vivaddio, che si chiama mansionismo. C'è un problema di mettere il bisogno dentro come indicatore, come come ordine per definire una professionalità. Allora questa è la mia proposta: di passare dall'idea di profilo a quella di reticolo professionale. Il reticolo è una piccola rete di indicatori che io uso per definire una professionalità. Oggi non riesco più a definire una professionalità solo con le competenze. Perché io posso avere delle competenze, dei contesti avversi, dei limiti economici, ecc. Perché dico questo, Barbara? Perché mi so-

no anche convinto che è vero che dobbiamo partire dal bisogno e non dall'interesse della professione ma oggi noi lavoriamo con dei gradi di complessità più alti. Cioè noi dobbiamo partire dal bisogno, spesso tenere conto di un limite, della disorganizzazione, delle relazioni con gli altri. Come organizziamo questo? Io sento il bisogno di fare un passo avanti nella definizione delle professioni. Io credo che lo strumento del profilo, come l'abbiamo fatto fino adesso, è inadeguato.

Altro passaggio che vorrei fare rapidamente. Si è parlato molto di appropriatezza. A me piace distinguere l'appropriatezza dall'adeguatezza. Sono io che ho parlato del paradosso per cui per essere appropriato rischi di essere inadeguato. Cioè se tu segui le procedure in maniera dogmatica non è detto che tu sia adeguato rispetto alla complessità del malato. Io insisto nel sottolineare il valore della gente, cioè lavoriamo sulle professioni, ridefiniamo il medico, come ha detto il documento conclusivo di Rimini. Quando penso alla Sanità mi chiedo: ma quali sono le vere discontinuità riformatrici in trent'anni? Guardate che non ce ne sono molte. Una è l'azienda, per esempio. Quella è stata una grande discontinuità. Ma nel mondo del lavoro, signori, l'unica vera discontinuità è stata quella degli infermieri. Ma come è andata a finire? È rimasta ingabbiata, nella stragrande maggioranza non ha avuto un'evoluzione. Perché per avere un'evoluzione bisogna cambiare certe cose. Appropriatezza significa essere "rispettosi di certi parametri tecnico-scientifici", ma l'adeguatezza riguarda la capacità di un operatore di essere coerente con la complessità del malato. E questa non la metti dentro uno standard. Sapete perché dobbiamo definire il valore dell'autonomia? Perché tra il dire e il fare c'è di mezzo il mare, tra la norma che descrive il lavoro e il lavoro reale c'è uno scarto. Il bravo operatore è colui che recupera lo scarto, non quello che applica meccanicamente lo standard. E noi con lo scarto abbiamo continuamente a che fare, tanto gli infermieri quanto i medici. Quelli che vogliono ridurre l'autonomia delle professioni sono degli incoscienti. Perché se tu riduci

l'autonomia della professione riduci la sua capacità di governare la complessità. Perché la complessità, per definizione, non la metti in una linea guida. Ma non la metti neanche nelle evidenze scientifiche, mettetevolo in testa! Perché le evidenze scientifiche sono di tipo sperimentale e ti dicono quello che possono dire. Ma quando vai a mettere in pratica l'evidenza, quanti scarti trovi tra questa e la realtà del malato? E che fai? Navighi a vista, ti reinventi la cosa, molli il protocollo.

Infine, voglio riprendere un cosa che diceva Brillanti, che è brillante di nome e di fatto, e ha posto un quesito che mi ha colpito molto. Perché anch'io lo sento. Stamattina ho detto: "Ragazzi, non facciamo il processo di rimozione che giriamo intorno ai problemi". Perché a me non va di uscire dicendo che ci vogliamo bene, ha ragione Barbara. Il paternalismo, Antò, te lo voglio spiegare, siccome ti conosco e non sei un paternalista. Nel nuovo linguaggio io non direi mai che quella degli infermieri è la professione più vicina ai medici. Perché è un concetto vecchio, di paramedico, appunto. Io direi che esistono delle professioni che necessariamente coesistono nella loro dignità e nella loro funzione. Capito? Questo è. Quando lei dice "pari dignità e nuovo linguaggio", io lo sento molto questo problema. Dobbiamo impararlo questo nuovo linguaggio. Non è che loro sono vicini o lontani, sono loro. Ontologicamente sono loro, come voi siete ontologicamente voi. E coesistete necessariamente. Tanto girate di qua, girate di là, vi dovete ingrugnare, come si dice a Roma, non c'è scampo.

Riprendiamo Brillanti che ha posto una questione fondamentale. E rispondo anche ad Antonio Ciofani sulla divisione clinica, cura e assistenza. Brillanti c'è? Correggimi se sbaglio. Lui ha distinto l'autonomia esecutiva da quella decisionale. Guardate che è una distinzione necessaria. Antonio, la divisione tra clinica, cura e assistenza, è una divisione, ti assicuro, convenzionale. Perché? Ti spiego. C'era un filosofo con i baffoni, che si chiamava Nietzsche, che diceva che la realtà è un tutt'uno. E io gli ho risposto a Nietzsche: "E vabbè, è un tutt'uno, ma io

come faccio?". Quindi la devo articolare. Ma in maniera convenzionale. Perché, io, il discorso dei ruoli lo vorrei fare. E vi devo dire, in tutta franchezza, che ho capito lo spirito della proposta che faceva Venturi su quella che io, nei miei appunti, ho definito la "gestione discreta". Cioè, gestisce chi sta lì, chi è più bravo, ecc. Sergio è andato via, però adesso gli telefono perché glielo voglio fare questo discorso. Non è possibile lasciare così indefinito il problema. Perché una radice del conflitto interprofessionale nasce da questa confusione. Una cosa è definire i livelli di gestione e altra cosa è organizzarli. E allora la distinzione di Brillanti è davvero preziosa, tra autonomia esecutiva e autonomia decisionale. Questo è un nodo che dobbiamo affrontare. Non lo sciogliamo ora, però è una presenza che io sento molto e che un giorno forse ci metteremo nelle condizioni di risolvere.

Un'ultima cosa e poi basta. Abbiamo parlato molto male della politica con la p minuscola e avevamo bisogno di farlo. Perché la politica ci ha fatto tanti danni, creato tanti problemi.

E non ne potevamo più. E questo ci serva da insegnamento. E chiudo qui. Però un segnale alla politica, glielo vogliamo mandare? Non ora, eh? Io sono rispettosissimo. Qualcuno dice che in questo momento non ci ascoltano. Però, occhio! Voglio essere proprio rispettoso. Non voglio mettere in difficoltà nè la presidente dell'IPASVI nè la presidente della FNOMCeO. Però, presidentesse, un segnale a questa politica con la p minuscola, io lo manderei. In che modo? In documento d'intenti che intanto descriva le questioni sulle quali ci troviamo d'accordo. Un'analisi sui comuni problemi, tanto per dire. Una critica comune su certe cose. Si parlava della terzietà. Rossana fammelo dire, tu lo sai quanto io ti stimo. Uno dei problemi che ho sentito di più nella brutta gestione della 566, scusa Barbara avevo giurato di non parlarne ma lo devo dire, è la mancata terzietà del Ministero. In quel caso il Ministero era tutto sbilanciato. E questo non ha aiutato. Ha creato controreazioni. Prego? È pronto il pranzo? Perfetto. Vi ringrazio e vi saluto. Io, un segnale lo manderei.

