

Lavoro d'equipe multi disciplinare e multi professionale. Fra competenze e compiti o mansioni

Pierantonio Muzzetto
presidente Omceo Parma

A PARTIRE DAL 12 MAGGIO DEL 1820, data della nascita Florence Nightingale riconosciuta come l'iniziatrice delle scienze infermieristiche, si è andato costruendo nel tempo il sistema di rapporti fra medici e altre professioni, in un chiaroscuro di competenze e aspettative tutt'altro che definite. Oggi si parla insistentemente di lavoro multidisciplinare e in sanità si delinea una tipologia di lavoro multi professionale oltreché multidisciplinare, la cui definizione dipende da una serie di variabili formative. Si devono infatti considerare gli aspetti della conoscenza delle abilità e quelle proprie dell'agire, in relazione alla necessità di dover garantire un'indubbia sinergia d'interventi: per questo motivo ci s'interroga sul come si debbano coniugare i concetti di competenza, abilità e comportamento.

In buona sostanza si ricercano quegli elementi che possono essere considerati idonei per comprendere l'evoluzione delle

*Competenze e
compiti*

professioni, che sono legittimate a richiedere un riconoscimento *di più avanzate competenze*, ma che sarebbe più corretto definire *più avanzati compiti o mansioni*.

Senza dover agitare antichi spauracchi, questi due termini, usati come sinonimi, identificherebbero piuttosto le funzioni che si innovano e non certo si cede alla tentazione di riesumare il vecchio e obsoleto mansionario. Certo si è chiamati a ragionare in termini alti sulle professioni e più concretamente sul loro futuro e sui loro rapporti.

In particolare oggi è evidente quanto sia bassa la considerazione di quella medica, e ne sono testimonianza ad esempio le modifiche apportate in sede parlamentare agli articoli della proposta di legge sulla Responsabilità, in cui il primo risultato è stato depennare “il sostantivo medico” da ogni passaggio in cui era presente in origine, per far posto a quel “sanitario” che viene declinato in vario modo. Così da definire in un primo momento l’“atto sanitario” in sostituzione di quello medico, in questo attribuendo quegli elementi caratterizzanti la professione medica a tutte le professioni e non più considerandole unica prerogativa del medico.

Forti della premessa si è chiamati a vedere il futuro della professione in un ambito non più di esclusività ma piuttosto di confronto e di mediazione con le altre realtà professionali, in un clima però d’incertezza su chi abbia le prerogative del fare. Nel futuro, senza avere la palla di vetro del chiromante, si auspica un sistema “adulto” di rapporti professionali che debbano essere incentrati sulla collaborazione piuttosto che sull’acquisizione di autonomie assolute che da certa parte si vorrebbe considerare piuttosto una piena indipendenza.

Mentre si contrappone un’altra visione che vuole piuttosto identificare un sistema di collaborazione dovuto alla partecipazione di varie figure, che agiscono sì in autonomia ma “di scala” o per meglio dire subordinata ad un sistema coordinato d’interventi in cui vi siano titolarità e responsabilità

differenziate.

In termini più semplici l'agire del medico e delle stesse professioni non mediche fa rilevare un *comune denominatore* costituito dall'insieme delle *competenze acquisite* e delle *abilità affinate* che rendono specifico ogni comportamento: in definitiva si definirebbe in questo modo la peculiarità di ogni singolo attore e della professione che è rappresentata nella filiera della salute. E le "avanzate competenze" rese possibili dalle peculiarità formative delle regioni, se usate impropriamente come strumento che scardina gli attuali equilibri formativi, diventano comunque un limite per un corretto rapporto interprofessionale.

A questo conseguono le novelle organizzative in ambito professionale a testimonianza delle cosiddette *avances formative a prescindere dai ruoli, tipiche di certe politiche regionali delle professioni*, che legittimano proprio la formazione regionale, atta a assegnare compiti e mansioni, indipendentemente dal vissuto storico, formativo e professionale.

Se da un lato le *avances* consentono d'identificare le caratteristiche che sono determinanti nelle *prestazioni individuali al di sopra della norma nel ruolo ricoperto*, dall'altro creano una disparità professionale e sono in grado di favorire crescenti aspettative oltreché conflitti interprofessionali.

È lecito chiedersi allora quali siano i rapporti più idonei ed efficaci che debbano intercorrere fra le professioni: questo è il punto centrale su cui, per così dire, si dibatte.

Nel sistema organizzato delle professioni Choic, in un lavoro pubblicato nel 2006 su *Clinical & Investigation Medicine*, parla di tre aspetti: multidisciplinarietà, interdisciplinarietà e transdisciplinarietà.

Entrando nel dettaglio si ritrovano alcune particolarità legate al valore dell'integrazione multi professionale, che non a torto è il cavallo di battaglia delle politiche della salute.

Quali sono i rapporti più efficaci tra le professioni?

Nello studio citato, trattando la multidisciplinarietà si evidenzia l'aspetto che la caratterizza ossia la complementarietà e l'indipendenza professionale che si manifesta nella collaborazione; nella seconda, ossia l'interdisciplinarietà, si parla invece d'integrazione e di *meticciano* dei saperi, mentre nella terza predomina l'aspetto dell'interscambiabilità e si realizza l'integrazione totale .

Perciò in ambito interprofessionale oggi si ritiene che la scelta forse più realistica e rispettosa delle peculiarità e delle diverse professioni sia proprio la multidisciplinarietà. Sempre rimanendo nell'ambito dello sviluppo professionale e del riconoscimento dei valori, occorre prevedere un riequilibrio delle funzioni lavorative con previsione di assetti, omogenei e coerenti, evitando il riconoscimento e la legittimazione di "performances superiori in altri ruoli", che, come detto prima, si prestano a critica e portano a confliggere.

Questo è un aspetto tutt'altro che secondario perché tali politiche del personale vanno a vanificare gli assetti lavorativi, come anche i ruoli e le funzioni finora determinati da un processo di formazione del pre e post laurea per così dire tradizionali, creandosi di fatto nuove figure e nuove competenze lavorative, con una situazione che si riverbera in modo non certo positivo in ambito sanitario e sullo stesso paziente.

Ritornando al concetto d'"autonomia di scala declinata per le professioni sanitarie" questa interpretazione esclude "un'indipendenza nel sistema assistenziale" a maggior ragione perché se così non fosse si tradurrebbe in un inefficace controllo dei bisogni di salute del cittadino.

Per cui in una stagione come l'attuale, delicata per la professione medica e per i non facili rapporti con le professioni sanitarie, si è chiamati a trovare i possibili rimedi. E si può parlare di responsabilità delegate derivanti da autonomie graduate solo in un sistema collaborativo "di scala", che va contro ogni irragionevole ipotesi di task shifting che è esattamente l'op-

posto della preservazione della qualità degli interventi sanitari e del rispetto delle singole peculiarità professionali. E ne consegue addirittura un grosso *vulnus* nella tutela della salute del cittadino comune.

Pertanto, al fine d'arginare talune derive della formazione, si ritiene di dover procedere ad una *revisione di quella universitaria* sia nel *pre che nel post laurea* con diversa partecipazione in tale attività proprio del Ssn e regionale. Occorre quindi richiamare l'Università ad un intervento, oggi improcrastinabile, sui piani formativi delle facoltà mediche e delle professioni sanitarie, uniformandoli a livello nazionale.

E si considerano inalienabili due principi: la necessità di core curricula che siano nel contempo omogenei e coerenti in tutte le facoltà mediche e in quelle delle professioni sanitarie, e il reale peso da dare alla formazione di tutte le professioni. Soprattutto non si può certo prescindere da una terza considerazione, quanto mai stringente, ossia che non è *concepibile porre sullo stesso piano 11 anni formativi del medico con i 3 anni di corso delle professioni sanitarie*. Indipendentemente del QI dei singoli.

Da anni si propone un'armonizzazione dei saperi secondo criteri di distinzione che seguano l'assioma "crescere nelle differenze", che a cascata presuppone una formazione specifica, da cui derivano competenze specifiche e altrettante specifiche responsabilità.

Questo, quale limite alla crescente conflittualità tra le professioni, definendone preliminarmente i limiti d'azione di ciascuna in quanto strumento identificativo di comportamenti, ruoli e funzioni cui deriva gradualità e specificità delle responsabilità.

Quali le prospettive, dunque? E quali i significati dare a leadership o il riproporre termini come compiti o mansioni? E

*La necessità di una
revisione della
formazione
universitaria*

Domande aperte

quali i valori di scelte per mero economicismo ? E dove sta il limite fra il medico e l'infermiere o fra il medico o le altre figure professionali, in una stagione di rivendicazioni e di più o meno motivate pretese di riconoscimento di funzioni proprie del medico ?

Domande aperte. Ne diventano facilmente equivocabili le possibili risposte, considerando le molteplicità di vedute all'interno della famiglia medica e la considerazione modesta di cui gode il medico in ambito politico e regionale.

In conclusione occorre avere il coraggio di difendere i valori della professione medica ispirata a principi etici , non subordinata a interessi diversi dalla peculiare gestione della salute. Occorre perciò modificare lo status quo, evitando al medico l'oppressione di una professione che debba sottostare a norme e a comportamenti non deontologici, prona alla proceduralizzazione della medicina.

Si ritiene di dover operare per dare il giusto valore all'interpretazione, anche politica, delle linee guida che si vogliono applicate acriticamente per legge e anche dei protocolli.

Quelle stesse Linee guida e protocolli , più che mai grimaldello degli assetti della professione medica, come nel caso dell'attività del 118.

Il tutto a fronte di una medicina dell'evidenza che progressivamente lascia il posto a una medicina basata su valori o *outcomes*, dunque alla VBM contrapposta all'EBM.

E allora, dove ci collochiamo? O meglio, dove saremo collocati da chi oggi decide sopra le nostre teste?

Ogni risposta è legittimata dal nostro atteggiamento e dal valore che sapremo dare al nostro essere medici. Adulti e consapevoli con un occhio attento ai nostri giovani e al nostro agire che si riverbererà sulle future generazioni di medici.