

Luca Benci  
Giurista  
www.lucabenci.it

# Il rapporto del medico con i vari operatori della sanità

La professione medica è la professione storica e tradizionale del panorama sanitario italiano e internazionale. Per secoli è stata l'unica professione sanitaria e di conseguenza, da un punto di vista giuridico, non vi era la necessità di regolamentarla se non nei puri aspetti di accesso alla professione e di repressione dell'abusivismo. Questa situazione è perdurata fino al ventesimo secolo. Per i primi decenni del secolo sono state sufficienti le norme ordinarie, alcune disposizioni non organiche nel testo unico delle leggi sanitarie e l'art. 348 del Codice penale che sanzionava l'esercizio abusivo della professione medica. In fondo attività medica e attività sanitaria coincidevano totalmente e la professione sanitaria era per definizione la professione medica. Dal punto di vista operativo, nelle organizzazioni sanitarie il rapporto tra i medici era improntato a chiari criteri gerarchici: in cima alla piramide era stato posto il primario ospedaliero, il cui nome indicava chiaramente la sua supremazia clinico-gerarchica. Gli Ospedali inoltre erano

parte integrante del pubblico impiego, la cui legislazione proveniva dal decreto del Presidente della Repubblica n. 3 del 1957 – Statuto degli impiegati civili dello Stato. Il riferimento al personale civile era dovuto, in quanto negli anni Venti si era regolato l'ordinamento del personale militare che ha costituito il fondamento, anche culturale, delle regolamentazioni del personale civile. Ecco allora che si mutuavano nel pubblico impiego – e quindi nelle organizzazioni della sanità pubblica – termini provenienti dal mondo militare, che regolavano la vita quotidiana. Si ritrovano nella legislazione previgente, e talvolta residuano anche attuale normazione contrattuale e legislativa, termini come *superiore gerarchico*, *inferiore gerarchico*, *congedo*, *missione*, *medico di guardia*, *distretto*, *rapporti* e *consegne*. L'organizzazione che ne derivava era evidente: il principio di autorità e il principio gerarchico erano i modelli assolutamente dominanti e la legislazione assecondava la logica organizzativa. Il potere clinico della figura apicale

Competenze, responsabilità,  
autonomia

medica era assoluto e la giurisprudenza riconosceva tale supremazia nei confronti degli altri medici.

I processi di aziendalizzazione delle strutture sanitarie, la privatizzazione del rapporto di lavoro con la trasformazione dirigenziale delle figure mediche hanno mutato il quadro, soprattutto all'interno delle organizzazioni sanitarie. Il cambiamento dell'inquadramento della tripartizione gerarchico-piramidale – assistente, aiuto, primario –, la trasformazione in dirigenza di tutte le figure mediche e il riconoscimento in capo a ciascun medico della autonomia professionale del tutto connaturata all'esercizio di ogni qualsivoglia attività professionale, ma negata fino a quel momento, completa il quadro della trasformazione in atto. Nasce quindi il concetto di *équipe* professionale – al momento mono-professionale – in cui si comincia a mettere in discussione il c.d.

capo *équipe*, il quale si impone sugli altri membri dell'*équipe* in virtù della supremazia gerarchica.

Agli inizi degli anni Novanta, in modo graduale ma assolutamente univoco, si avvia il processo di professionalizzazione di una molteplicità di professioni sanitarie cresciute in modo eccessivamente parcellizzato, che da ora in poi vengono regolamentate da una serie di atti normativi che vedremo succintamente.

Fino a quel momento la classificazione delle professioni sanitarie era sancita e regolamentata dall'art. 99 del R.d. 27 luglio 1934, n. 1265, denominato "Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie", che suddivideva le professioni sanitarie in:

- professioni sanitarie c.d. principali, rappresentate dal medico chirurgo, dal veterinario, dal farmacista e, dal 1985 dall'odontoiatra<sup>1</sup>;
- professioni sanitarie ausiliarie, rappresentate dalla

<sup>1</sup> L. 24 luglio 1985, n. 409 "Istituzione della professione sanitaria di Odontoiatria e disposizioni relative al diritto di stabilimento ed alla libera prestazione di servizi da parte dei dentisti cittadini di Stati membri delle Comunità europee".

levatrice (oggi ostetrica/o), dall'assistente sanitaria visitatrice (oggi assistente sanitario) e dall'infermiera diplomata (oggi infermiere) e fino al febbraio 1999 da tutte le professioni che avevano avuto la pubblicazione di un profilo professionale. Facevano eccezione a questa classificazione i tecnici sanitari di radiologia medica inquadrati come arte ausiliarie delle professioni sanitarie stante l'inquadramento operato con la legge 4 agosto 1965, n. 1103;

- arti ausiliarie delle professioni sanitarie, rappresentate dall'odontotecnico, dall'infermiere generico (detto abilitato o autorizzato), dell'ottico, del meccanico ortopedico ed ernista al massofisioterapista e al tecnico sanitario di Radiologia medica.

Con la legge 26 febbraio 1999, n. 42 - Disposizioni in materia di professioni sanitarie - viene posta un'altra pietra del processo di professionalizzazione delle professioni non mediche. All'art. 1 viene in primo luogo soppressa l'anacronistica suddivisione delle professioni sanitarie in *principali* e *ausiliarie*, laddove per principali si intendevano la professione di medico, di veterinario, di farmacista e, negli ultimi anni, di odontoiatra, mentre venivano ricomprese in quella di ausiliaria originariamente le professioni di "ostetrica, assistente sanitaria visitatrice e di infermiera diplomata" e negli ultimi anni tutte le professioni che hanno visto la pubblicazione di un profilo professionale.

Per tre delle professioni coinvolte, segnatamente la professione infermieristica, ostetrica e di tecnico sanitario di Radiologia medica, la forte novità di questa legge è data dalla abolizione dei mansionari, come fonte privilegiata da un punto di vista normativo dell'esercizio professionale. Per tutte le professioni si pongono le basi per un esercizio professionale basato su criteri completamente diversi. È interessante soffermarsi su questo aspetto. L'ultimo comma dell'art. 1 precisa che "Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (...) è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché dagli specifici Codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali". Rispetto al passato, quindi, non vi sarà più un'elencazione precisa delle attribuzioni, ma tre criteri guida e due criteri limite. I criteri guida sono dati dal contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post base ricevuta e dal codice deontologico. Oltre ai tre criteri guida la legge pone anche due criteri limite: il limite delle competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari laureati.

La legge 42/99 flessibilizza l'esercizio professionale delle professioni sanitarie diverse da quella medica e apre la strada a rapporti diversi e più maturi rispetto alla tradizionale regolamentazione gerarchica.

Completa il quadro la legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", che prevede il livello dirigenziale per i dirigenti dei servizi delle professioni sanitarie, riequilibrando l'asimmetria di inquadramento tra professioni. La legge 251 riconosce in capo alle professioni anche - ed è la prima volta che questo viene sancito all'interno di una legge ordinaria dello Stato - l'autonomia professionale.

A questo proposito si incontrano da tempo difficoltà nella definizione complessiva delle professioni sanitarie diverse da quella medica. Appare infatti del tutto anacronistica l'espressione di certa sociologia del passato di definirle *tout-court paramediche*, tenendo conto che di tale espressione non si è mai fatto cenno nell'ordinamento giuridico. Anche la definizione *professioni sanitarie non mediche* non rende giustizia alle figure professionalizzate, che così si vedono definite in negativo anziché in positivo. In passato sono state usate anche espressioni del tipo *professioni sanitarie diplomate, ex ausiliarie, del comparto, dei livelli*. Qualcuno oggi conia nuove denominazioni, come *neolaureate, profilate*, oppure indica il riferimento le-

gislativo operato dalla legge 251/00, che però manca decisamente di sinteticità. Risulta infatti pressoché impossibile chiamare le professioni non mediche come *professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*, posto che anche queste siano da considerarsi corrette. Si pensi alla espressione pleonastica della professione ostetrica che diventerebbe *professione sanitaria della professione ostetrica*. Negli ultimissimi anni la tendenza - quando si rinviene la necessità di ricomprenderle tutte insieme in un'unica denominazione - è quella di definirle semplicemente professioni sanitarie, senza alcuna altra specificazione. Anche questa definizione non appare completa ed esaustiva - il medico, infatti, è un professionista sanitario - ma ne registriamo l'uso oramai prevalente.

### I rapporti tra le professioni dopo le riforme dell'esercizio professionale

I rapporti tra la professione medica e le professioni sanitarie, come abbiamo visto, non sono più improntati al criterio gerarchico, oramai al tramonto, ma da un punto di vista normativo trovano la regolamentazione nelle norme sull'esercizio professionale, da un punto di vista deontologico nei rispettivi codici e dal punto di vista della regolamentazione della responsabilità dalla elaborazione dottrinale e giurisprudenziale del principio dell'affidamento all'interno della responsabilità di *équipe*. Tutte le fonti

normative, citate e citabili, hanno registrano però una criticità: l'essere formulate al singolare, per singolo professionista e singola professione. È noto invece che l'esercizio professionale è improntato alla collaborazione e al lavoro di *équipe*. Nelle fonti normative e deontologiche, tuttavia, si parla quasi sempre al singolare, quasi che il professionista agisca in splendida solitudine. In altre parole sembra più che ci si preoccupi di riaffermare la propria natura identitaria, piuttosto che sviluppare l'integrazione multi-professionale. Ecco allora che nei profili delle professioni sanitarie, laddove si enunciano i rapporti con gli altri professionisti, si trovano sostanzialmente tre vocaboli, comuni a molti profili: "partecipa", "collabora", "elabora

in *équipe* multidisciplinare". A ben vedere si esalta più l'autonomia che non l'integrazione: gli infermieri "agiscono in collaborazione", l'audiometrista "collabora", il fisioterapista "elabora anche in *équipe* multidisciplinare" e così via. L'unica figura che ha proprio nel suo DNA l'integrazione è l'educatore professionale, figura da considerarsi più prettamente sociosanitaria che strettamente sanitaria, stante la sua funzione più educativa che terapeutico-riabilitativa.

Sul versante del codice di deontologia medica sono presi in considerazione sostanzialmente i rapporti con gli altri medici, ma trova pochissimo spazio il rapporto con le professioni sanitarie con cui il medico lavora e si rapporta costantemente.

Oggi si sostiene che all'interno delle *équipe* vige il principio dell'affidamento, che consiste nel rendere responsabile il singolo professionista del corretto adempimento dei compiti che gli sono affidati e di fatto sgravarlo dall'obbligo di sorvegliare il comportamento altrui, al superiore fine dell'interesse della vita e della salute del paziente<sup>2</sup>. Ogni partecipante è quindi "responsabile solo del corretto adempimento dei doveri di diligenza e di perizia inerenti ai compiti che gli sono specificamente affidati, perché solo in questa maniera ciascun membro del gruppo è lasciato libero, nell'interesse del paziente, di adempiere in modo soddisfacente alle proprie mansioni"<sup>3</sup>. Per tenere conto delle recenti innovazioni normative, il pote-

re del capo *équipe* dovrebbe essere fortemente affievolito e attenuato. Non sempre è così, questa nuova cultura stenta ad affermarsi: sono più di una le sentenze della Corte di Cassazione che insistono sulla responsabilità primaria del capo-*équipe*, che è comunque responsabile di quanto posto in essere all'interno della sua Unità operativa per la posizione di garanzia che assume a seguito della collocazione dirigenziale. Manca, nella giurisprudenza, una corretta elaborazione della normativa più recente sui rapporti tra le professioni. È infatti paradossale che nel diritto positivo si limitino le posizioni gerarchiche, quanto meno dal punto di vista del rapporto clinico-assistenziale, mentre questi rapporti vivono ancora nella giurisprudenza.

<sup>2</sup> F. Mantovani, *Il medico e l'infermiere a giudizio*, in Luca Benci (a cura di), *Atti del I convegno sulle responsabilità condivise*, Lauri Edizioni, Siena 1997.

<sup>3</sup> G. Fiandaca, E. Musco, *Diritto penale - Parte generale*, Zanichelli, 1995, p. 500.