

Nuovi modelli organizzativi dell'assistenza territoriale: *il case management*

“**Mettere la persona al centro**” come chiave di volta di ogni scelta professionale prioritaria, ovvero l'**uomo** con le sue debolezze, le sue attese le sue speranze, le sue contraddizioni, le sue sofferenze, le sue fragilità è l'obiettivo della nostra *mission*. (cfr. PSSR Veneto 2012-2016 – legge 190 - § 2.2, pag. 33)

Ogni condizione di dolore, di disagio, di esclusione, in cui l'uomo è impotente a vincere la propria e altrui debolezza è **fragile**. Se la fragilità è indissolubilmente legata alla condizione umana, essa si mostra in modo particolarmente significativo in alcuni momenti dell'esistenza. Nella vita che nasce come nella vita che volge al termine, l'uomo è fragile, ma lo è anche e comunque *in itinere*, cioè nella malattia, nell'handicap, nella disabilità, nelle condizioni di povertà, nel disagio. Povertà non è solo mancanza di cose. Povero è chi manca di sé, di vita, di amore, di fiducia, di coscienza, di umanità, di speranza, di solidarietà; povero è chi non ha rapporti con sé, con la realtà, con gli altri.

E, dunque, in tutte le situazioni di **fragilità** viene meno la **salute**, intesa in senso qualitativo e personalistico come equilibrio dinamico, gerarchico e armonico tra il corpo, la psiche e lo spirito in sintonia con l'ambiente che consenta alla persona di esprimere la sua realizzazione.

“**Mettere la persona al centro**” significa puntare molto alla **relazionalità** con pazienza, coraggio, costanza, rispondendo ad un desiderio di comunicazione e amicizia che è radicato nella nostra stessa natura di esseri umani. E, poiché in tutte le situazioni di **fragilità** è pesantemente e dolorosamente coinvolta la **famiglia**, essendo essa il crocevia nel quale le relazioni umane più autentiche trovano la loro naturale confluenza, anch'essa richiede la massima attenzione.

Criticità e sfide da affrontare

Negli ultimi vent'anni sono profondamente mutati i bisogni assistenziali della popolazione nel Veneto con l'emergere di nuove sfide assistenziali indotte:

- dalla crescita della aspettativa di vita con progressivo invecchiamento della popolazione, con l'aumento delle patologie cronico- degenerative collegate spesso alla disabilità, generando nelle famiglie un elevato carico assistenziale;
- dalla precarietà che connota i rapporti familiari, amicali, lavorativi e che, più in generale, si configura come una condizione di vita, con la progressiva destrutturazione del tradizionale sistema di protezione sociale;

- dalla correlazione tra la fragilità individuale, specie nell’anziano ma anche nei giovani, e la condizione di solitudine, insita in un contesto relazionale sempre più complesso;
- dalla rilevanza della componente immigrata tra la popolazione residente, che apporta nuove istanze ed approcci differenziati ai servizi socio-sanitari.

Per far fronte a queste sfide il nuovo Piano Socio-Sanitario Regionale Veneto 2012-2016 introduce, tra l’altro, **nuovi modelli organizzativi dell’assistenza territoriale** con questa motivazione: *“L’area della cronicità, in progressiva crescita, è senza dubbio il tema meritevole di maggiori attenzioni sia in considerazione degli impatti sulla qualità e sulla continuità dell’assistenza erogata, sia in quanto assorbe più della metà del fabbisogno di servizi e di risorse. Si avverte, perciò, l’esigenza di definire **nuovi modelli assistenziali caratterizzati da un approccio multidisciplinare ed interdisciplinare**, in grado di porre in essere meccanismi di integrazione delle prestazioni sanitarie e sociali territoriali ed ospedaliere, **favorendo la continuità delle cure** e ricorrendo a misure assistenziali ed organizzative di chiara evidenza scientifica ed efficacia.”*

Per la gestione di questa priorità è prevista anche l’individuazione di un **case manager** (alla lettera “referente del caso”) , che all’interno del *team* multi professionale prenda in carico l’assistito e proattivamente lo segua, ne verifichi i progressi, coordini gli interventi fra i vari attori, funga da interfaccia con gli specialisti. (cfr. § 3.1.2 Modelli organizzativi dell’assistenza territoriale, p. 44, PSSR Veneto 2012-2016, legge 190).

Il Case Management: cos'è?

Il **case management**, è l'insieme coordinato delle operazioni e dei processi volti a garantire che un assistito riceva i servizi di cui abbisogna nel modo migliore possibile, sia dal punto di vista dell'efficacia sanitaria che da quello dell'ottimizzazione economica. I compiti di base del *case management* includono: l'effettiva valutazione del bisogno dell'assistito, la cura e la pianificazione, l'implementazione del servizio e la revisione periodica dello stato di avanzamento della cura. Tutto questo si svolge attraverso l'assegnazione ai pazienti di un professionista (o *case manger*) che sappia assolvere a questi compiti.

Le aziende che operano nei servizi sociali e socio-sanitari possiedono la propria energia produttiva nel capitale umano, pertanto devono basare la propria forza sull’innovazione sociale che è la capacità di avvalersi di tutte le energie e le abilità che le persone sanno esprimere; la metodologia del *case management* è considerata uno strumento utile per migliorare le nuove politiche di assistenza nel territorio (*community care*) e dell’assistenza continuativa (*long-term care*)

Sviluppo ed evoluzione. Lo sviluppo del *case management* sembra essere un effetto dell'evoluzione del più recente dibattito sull'integrazione tra i servizi sociali e sanitari, un settore nel quale l'interesse si è spostato dall'integrazione istituzionale a quella operativa, dopo che l'esperienza ha mostrato come le riflessioni sull'assetto istituzionale abbiano prodotto un impatto ridotto sulle condizioni dell'utente.

Il *case management* può essere utilizzato per rispondere a bisogni complessi come quelli degli anziani non autosufficienti, dell'assistenza domiciliare integrata, del lavoro con i malati psichici, nel campo della tossicodipendenza, nel caso di minori con famiglie multiproblematiche o per casi di assistenza integrata a malati oncologici o terminali.

Supervisore responsabile Il *case manager* è un operatore che si affianca ad un utente e diviene una sorta di supervisore responsabile della sua situazione assistenziale, con il fine di sviluppare relazionalità e reciprocità tra il sistema formale dei servizi, depositario dei codici tecnico-professionali, e la persona interessata.

Nel piano assistenziale del *case manager* rientra la predisposizione di un pacchetto, attingendo da servizi già disponibili o attivando nuove possibilità di risposta ai bisogni dell'assistito che sono emersi nella fase dell'accertamento.

Il piano dovrà riguardare sia il "che cosa" sia il "come" dei servizi che verranno forniti e la sua formulazione coinvolgerà l'assistito ed eventualmente altre persone in contatto con lui (assistenti effettivi o potenziali e altri fornitori di servizi).

Preservare l'indipendenza degli assistiti. Il primo obiettivo del *case management* è quello di preservare l'indipendenza degli assistiti, se necessario ricorrendo all'assistenza informale (carigivers: familiari, badanti, volontari), mentre i servizi professionali vengono presi in considerazione per fornire qualche prestazione specifica.

Il consolidamento dell'autosufficienza dell'assistito rientra nelle funzioni ordinarie di *counseling*/servizio sociale che insieme al *case management* ed al servizio sociale di comunità, costituiscono la ***community care***: le tre funzioni possono essere rappresentate con tre cerchi che si intersecano tra loro, nell'area di intersezione tra il cerchio che rappresenta il *case management* e il cerchio che indica le funzioni ordinarie di servizio sociale, si situano le prestazioni di servizio sociale di un pacchetto di *long-term care*.

L'accertamento dei bisogni ed il piano assistenziale Il piano assistenziale (*care planning*) è un processo che si sviluppa in un certo arco temporale e non è una manovra di ingegneria manageriale, in cui a una lista di bisogni viene affiancata una lista di servizi corrispondenti.

E' un'interazione umana in cui sono coinvolti il *case manager*, l'assistito, i rappresentanti dei servizi coinvolti, gli assistenti familiari, altre persone della rete informale ed operatori di altri servizi, come il medico di base.

L'obiettivo principale del piano assistenziale è individuare le strade più adatte a

conseguire gli obiettivi stabiliti dall'analisi dei bisogni; il piano è una proposta organica di azione da mettere in pratica sulla base delle informazioni sull'assistito e sulle risorse attivabili.

Dal modello centrato sul compito, di servizio sociale, derivano alcune idee relative all'implementazione del piano che viene quindi diviso in parti, secondo i cinque standard della programmazione:

- la continuità logica con l'accertamento o analisi dei bisogni
- partire con gli obiettivi a lungo termine e trarre gli obiettivi a breve termine:
- rendere gli obiettivi a breve termine realizzabili dal punto di vista degli assistiti, dei caregivers (familiari, badanti, volontari) e degli operatori socio-sanitari;
- considerare gli obiettivi uno per volta, stabilire le azioni ed i risultati, la divisione dei compiti e la tabella dei tempi;
- essere schietti, decisi e coinvolgenti.

Il pacchetto assistenziale individualizzato. L'approccio del *case management* adotta le competenze proprie del servizio sociale tradizionale quando considera la relazione continuativa come il collante che tiene insieme il piano ed i suoi elementi, rientrano in questa logica lo sviluppo di abilità, il sostegno e la protezione dell'assistito insieme al coinvolgimento dei caregivers che si prendono cura in maniera informale (familiari, badanti, volontari, vicini di casa), dei quali vanno pure verificati i bisogni da soddisfare.

Il momento iniziale della creazione di un pacchetto assistenziale prevede la negoziazione, all'interno della rete sociale, di caregivers informali e di altre persone in relazione.

Stipulare un accordo scritto è utile a mettere in evidenza quali vantaggi si possono ottenere grazie all'impegno delle diverse persone, tuttavia la formalità può essere attenuata trasformando l'accordo in una scaletta dei tempi che consenta un monitoraggio utile ad eventuali modifiche e riconsiderazioni degli impegni assunti.

L'assistito diventa utente di un servizio quando alla sua rete di assistenza informale (familiari, badanti, ecc.) vengono affiancati i servizi ufficiali e create nuove risorse a partire da realtà appartenenti alla comunità.

L'implementazione del piano assistenziale individualizzato consiste quindi in una serie di eventi, collegati fra loro, che si succedono nel tempo e che coinvolgono persone e organizzazioni con compiti precisi.

La messa in atto del piano si può paragonare a un sentiero attraversato da diversi cancelli, superati i quali ci si trova sempre ad un cambiamento di direzione; gli operatori perno (Key worker) devono individuare questi cancelli, stabilire gli operatori e le organizzazioni più utili ad accompagnare ogni cambiamento di direzione ed infine

decidere le azioni necessarie.

Ad ogni cancello si dovrà raggiungere un accordo circa la parte che ciascuno dovrà giocare nel contesto generale ed individuare le connessioni utili; il procedere dell'assistito lungo questo sentiero è dunque ciò che connette fra loro le diverse fasi dell'implementazione del piano.

Il sistema di contrattazione della *community care* è ratificato da un accordo scritto, ma la vera chiave di volta del sistema consiste nell'abilità degli operatori di suscitare la motivazione delle persone coinvolte (un *caregiver* di lunga data, un assistente domiciliare ancora inesperto) all'impegno nei confronti degli assistiti e del piano.

La remunerazione insieme ad altre gratificazioni come rassicurazioni sull'importanza delle funzioni svolte dalle diverse persone, conferme sul loro valore, impegno a mantenere i rapporti con loro, sono essenziali per il coinvolgimento dell'utente e del *caregiver*.

Modelli di *case management*

La diversità dei modelli è legata alle caratteristiche del soggetto istituzionale che assicura il *case management* e al tipo di funzioni attribuite, pertanto in base al diverso uso della procedura si può fare riferimento a tre approcci:

- il modello medico
- il modello integrato;
- il modello di intermediazione (brokeraggio).

Nel modello di *case management* sociosanitario di tipo medico, la responsabilità della presa in carico e della gestione del caso appartiene al medico; l'ambito di esercizio delle funzioni è la struttura sanitaria governata da professionisti sanitari che si avvalgono della collaborazione degli operatori sociali come assistenti sociali ed educatori.

Gli utenti coinvolti sono soggetti con problematiche a prevalenza sanitaria o soggetti con patologie acute che necessitano di essere istituzionalizzati; la valutazione è in capo al medico mentre il personale del settore sociale cura l'esecuzione del progetto con autonomia minima.

La parte rilevante del problema da affrontare è di natura sanitaria per cui la conduzione del progetto rimane al personale sanitario, l'integrazione sociosanitaria ha in questo modello una valenza professionale e non istituzionale.

Il modello di *case management* sociosanitario integrato ripartisce la gestione del caso tra le diverse figure professionali, sanitarie e sociali, ma l'integrazione risulta essere anche gestionale e istituzionale dal momento che le diverse istituzioni sono coinvolte nella presa in carico degli utenti e devono condividere responsabilità, risorse ed obiettivi.

Questo modello è attuato in Italia nell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) o nelle Unità di valutazione multidisciplinare (UVM) o nelle Unità di valutazione geriatriche (UVG), in cui l'*équipe* sociosanitaria ha personale dipendente dalle strutture sanitarie e personale sociale dei Comuni che collaborano per la realizzazione integrata dei piani assistenziali.

Nel modello di intermediazione (brokeraggio), l'operatore è un mediatore di supporto che consiglia e sostiene i clienti nella ricerca dei servizi appropriati ai loro bisogni e creando un pacchetto di servizi in grado di soddisfarli.

Il cliente assume una maggiore responsabilità, le prestazioni sono pagate direttamente attraverso assegni di cura o *voucher* per cui è in grado di effettuare in prima persona una valutazione della qualità dei servizi erogati.

Condivisione delle informazioni. Il *case manager* lavora per reperire e condividere le informazioni con gli utenti e le loro famiglie, aiutandoli a tradurre in pratica le loro idee di servizio rispondente alle loro necessità, questo modello enfatizza il ruolo di guida dell'utente all'accesso ai servizi, nel rispetto del suo potere decisionale in merito alle alternative disponibili.

Il modello di intermediazione è coerente con la filosofia dell'*empowerment* - ovvero si tratta di far leva sulle risorse già presenti nelle singole persone per aumentarne l'autodeterminazione, così da poter esprimere al meglio le proprie capacità intellettive e fisiche - , che si applica nel mondo della disabilità fisica o come sostegno a familiari di persone non autosufficienti.

La disamina dei diversi modelli mette in risalto che il *case management* funziona laddove esiste una rete di servizi efficiente e senza sovrapposizioni; infatti l'integrazione sociosanitaria che si può realizzare a livello di *case management* presuppone un'integrazione istituzionale, gestionale e professionale.

L'integrazione tra professionisti e culture professionali storicamente diverse, come quelle sociali e sanitarie, non è un artificio tecnico così come non lo è il *case management* che invece è un sistema di lavoro che per funzionare deve presupporre l'esistenza di linguaggi comuni, valori condivisi e obiettivi non discordanti fra loro.

Valutare l'integrazione professionale

L'integrazione sociosanitaria ha una valenza esclusivamente professionale in alcuni modelli di *case management*, nei quali tutti gli operatori sono di fatto attori responsabili del processo di cura.

Capacità di lavorare per progetti. Un indicatore utile a valutare l'integrazione professionale è la capacità del gruppo di effettuare un lavoro per progetti, che comporta di definire precisi obiettivi, programmando in funzione di un risultato da

raggiungere.

In una cornice di lavoro per progetti si è alla ricerca di un'area comune dove ritrovarsi con l'obiettivo principale di prendersi cura dell'utente: in questo caso il gruppo operativo giunge alla fase dell'integrazione professionale se è stato raggiunto un equilibrio tra uguaglianze e diversità, nel rispetto e nella valorizzazione di queste ultime che sono tipiche delle aree specifiche. *“La valutazione prende in esame l'efficacia degli interventi e aiuta a migliorarla; facilita la crescita della responsabilità degli operatori ”* (Lishman J., *Introduzione alla valutazione*, in Shaw H. e Lishman J., *La valutazione nel lavoro sociale*, Erikson, Trento, 199, p. 101)

L'azione professionale è valutabile e ciò ha lo scopo non solo di aumentare le credenziali sociali della professione, ma anche di contribuire all'attribuzione di senso, evitando, attraverso la comprensione dei significati attribuiti, il rischio di delimitare i fenomeni in base alle proprie strutture di conoscenza. *“ Valutare significa anche aiutarsi ad assumere un punto di vista progettuale dei propri interventi. Progettazione, intervento e valutazione sono percorsi integrati che permettono ad un'esperienza di uscire dall'urgenza, di guardare lontano, di chiarire meglio ciò che si sta facendo assumendo un atteggiamento di ricerca, di continua messa in discussione delle ipotesi di partenza senza cristallizzarsi nei propri pregiudizi e nei luoghi comuni. Attraverso il percorso integrato e continuo è possibile realizzare un miglioramento continuo dei servizi e delle politiche ... dare corpo alla parola valutazione “.* (De Ambrogio U. *Valutare gli interventi e le politiche sociali*, Carocci, Roma, 2008, p. 31-32)

Anche nelle organizzazioni sociosanitarie, l'introduzione della valutazione degli interventi, sostenuta da interventi normativi nella legge n. 285/97, nel d.lgs. n- 229/98 e nella legge n. 328/00, riguarda il modello della qualità

La qualità totale e la missione organizzativa. La valutazione non si svolge in un vuoto sociale bensì in un contesto sociale e storico-politico nonché in una precisa situazione organizzativa, nell'ambito delle riflessioni di tipo organizzativo si sono diffuse due metodologie: il *Project Management* e la Qualità totale.

In uno dei *Dizionari della qualità* più diffusi il concetto che più si avvicina al termine “integrazione” è: *“ Interfaccia organizzativo, confine delle competenze e delle responsabilità in due posizioni o unità, coinvolte nello svolgimento della medesima attività o di attività collegate, attraverso il quale passano le linee di comunicazione delle attività stesse “.* (Dizionario della qualità, Il Sole 24 ore, Milano, 2001)

Il concetto di qualità è oggi inteso come la sintesi di percezione del soggetto fruitore di un bene o di un servizio, la Qualità Totale è quindi una filosofia di gestione organizzativa ancorata ad una caratterizzazione complessa.

Per assicurare livelli di qualità attesa bisogna riferirsi a:

- responsabilizzazione dei diversi attori organizzativi;
- coinvolgimento di tutti i lavoratori nel miglioramento dei processi di produzione (di beni come di servizi);
- controlli in tutte le fasi di processo.

Questi punti salienti possono essere sviluppati solo se i lavoratori sono sostenuti nella comprensione delle relazioni tra: individuo e ruolo organizzativo – individuo e individui – individuo e autorità organizzativa.

Relativamente all'organizzazione, la pianificazione dovrebbe discendere da un processo di lettura condivisa del contesto ambientale di riferimento, al seguito del quale è possibile definire al meglio la *mission* organizzativa.

L'introduzione delle logiche della Qualità Totale può essere utile ma non sufficiente a risolvere i conflitti che riguardano proprio l'interfaccia organizzativa, nella quale sono contenuti attori con alti livelli di specializzazione, alto grado di autonomia e appartenenza a categorie professionali antagoniste.

La valutazione è pertanto uno strumento per orientare in maniera virtuosa le risorse e se si trasforma in assunzione di consapevolezza, si interseca con tutto il processo metodologico di servizio sociale ed aiuta a governare la complessità del contesto in cui il servizio sociale si colloca.

Nella situazione italiana si riscontrano alcune criticità:

- organizzazioni che recitano slogan relativi alla Qualità Totale ma che non mutano realmente le loro modalità operative;
- organizzazioni sociosanitarie dove, dietro lo schermo, si nasconde la necessità di attivare alcune procedure documentali senza le quali può venire a cadere l'intero sistema di finanziamento.

Valutare rappresenta un atto conoscitivo e il sapere, la conoscenza, non sono mai neutrali: la valutazione non deve rappresentare un mero adempimento, ma un'occasione di ripensamento per ricomporre e superare la separatezza tra sapere e agire, conoscenza e azione, teoria e prassi.

La “responsabilità” del medico nel *case management* sociosanitario di tipo medico

Il *case management* è un modo di operare economico per raggiungere con efficacia gli obiettivi di assistenza individuali. E' un intervento coordinato in cui il *case manager* – l'operatore – “si fa carico” (*caring*) di tutte le esigenze della persona assistita e interviene nei rapporti con la famiglia, i vicini, le istituzioni, il personale

sanitario.

L'intervento sulla persona ha, così, un riferimento preciso; viene perciò evitata un'assistenza disaggregata, che risulta antieconomica ed inutile, perché la persona rimane sola con i suoi problemi.

I soggetti più importanti di cui “si fa carico” il *case management* sono gli anziani, i malati, i portatori di handicap, ma il metodo è estensibile a tutte le situazioni in cui ci siano persone che abbiano bisogno di essere aiutate a governare e sfruttare al meglio le proprie risorse, e quindi anche studenti, lavoratori di aziende di piccole e grandi dimensioni, disoccupati.

Nel modello di case management sociosanitario di tipo medico, la responsabilità della presa in carico e della gestione del caso appartiene al medico; l'ambito di esercizio delle funzioni è la struttura sanitaria governata da professionisti sanitari che si avvalgono della collaborazione degli operatori sociali come assistenti sociali ed educatori.

Gli utenti coinvolti sono soggetti con problematiche a prevalenza sanitaria o soggetti con patologie acute che necessitano di essere istituzionalizzati; la valutazione è in capo al medico mentre il personale del settore sociale cura l'esecuzione del progetto con autonomia minima.

Poiché all'interno delle équipes multi professionali, potrebbero insorgere conflitti circa la rivendicazione della propria autonomia professionale da parte degli operatori cui viene riconosciuta un'autonomia minima, risulta utile porsi l'interrogativo: *“Perché la responsabilità della presa in carico e della gestione del caso appartiene ed è in capo al medico?”*

Le problematiche che presentano gli assistiti a prevalenza sanitaria necessitano di “atti medici”, che *“vengono ad identificarsi con ogni atto finalizzato a diagnosi e approccio terapeutico nei confronti delle malattie e dove, quindi, solo il medico può farlo e solo lui si può cimentare validamente e correttamente con tali atti.”* (Iadecola (giurista), Atti convegno *“Medici e professioni sanitarie. Quali autonomie, quali responsabilità ?”*, Rimini 15.3.10, in *La Professione*, p. 204)

La responsabilità del medico dal punto di vista etico- deontologico deve sottostare a “tre vincoli di libertà” nel prendere decisioni mediche:

- primo vincolo: non far male al paziente e fargli quello che in scienza e coscienza si ritiene opportuno;
- secondo vincolo: introduzione della volontà del paziente, con una conseguente autonomia da rispettare;
- terzo vincolo: si naviga in un mare tempestoso che ci butta da una parte e dall'altra, per cui si tratta di accogliere l'insieme delle sfide e delle sollecitazioni per scelte che possano essere le meno peggiori. (Spinsanti S. (bioeticista), ibidem, p. 207)

Ruolo del medico nell'ambito delle équipes multi professionali

La legge 42/1999, che ha sancito la nascita del sistema di professioni sanitarie articolate, tenta di stabilire ambiti professionali a partire dal profilo professionale, formazione ricevuta e codice deontologico, ma in realtà *“rimane ambiguamente sul vago quando si tratta di definire temi come competenza, autonomia professionale, applicazione diagnostica. Negli anni quaranta l'infermiere somministrava i farmaci ordinati dal medico, oggi garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche del medico, ma quando sbaglia, chi ne risponde ? Nei decenni scorsi il dibattito sugli atti nei confronti del paziente – ad esempio nella professione infermieristica – era dibattito sulla legittimità, ora si è spostato sulla responsabilità. Nella professione medica, invece, prima era la responsabilità, oggi è sulla legittimità delle azioni assistenziali. Si dovrà trovare un punto di chiarezza condiviso, pena il caos di tutto il processo”* (Longhin R. (avvocato), ibidem, p. 206)

In attesa che a livello legislativo vengano rimodulati i rapporti e la filiera ridefinendo gli ambiti di competenza e responsabilità, un primo strumento di lavoro e di aiuto per affrontare nel merito le delicate questioni connesse ai ruoli e alle funzioni del medico nell'ambito dell'équipe multi professionali è stato proposto dal Documento su **“Ruoli e funzioni del medico nell'ambito delle équipes multi professionali”**, approvato dal Consiglio nazionale Fnomceo il 13.6.2010.

Nel Documento si mette in rilievo come la crescita esponenziale delle conoscenze in medicina e delle competenze in sanità si sia tradotta negli ultimi decenni in un processo legislativo che, sull'onda della ricerca del consenso e rinunciando al governo vero delle innovazioni, si è limitato a trasferire ogni specificità tecnica emergente in uno specifico ordinamento didattico di corso di laurea universitario e in una definizione giuridica di relativo profilo professionale che ne definisce le competenze e le attività riservate. Tale legislazione ha generato 22 nuove professioni sanitarie, ognuna caratterizzata da autonomia nell'ambito delle proprie competenze che, nei processi clinico assistenziali e preventivi, intercettano le competenze dei medici e degli odontoiatri. In questi anni, mentre sul piano normativo molto si è prodotto nel definire ruoli e funzioni di vecchie e nuove professioni sanitarie, nulla si è invece fatto per la professione medica tanto che i confini e le prerogative del medico sono stati ridefiniti e tutelati, in funzione del tutto vicaria, dalla giurisprudenza delle Supreme Corti di Cassazione e Costituzionale nell'ambito dei vari contesti.

“Nella verosimile impossibilità - prosegue il Documento - di pervenire a una definizione e distinzione giuridica, esaustiva e praticabile, di atto di attività medica

ed atto o attività sanitaria sulla base dei contenuti tecnico professionali e delle riserve di competenze, è tuttavia da perseguire l'obiettivo di riconoscere che l'atto o attività medica si caratterizza e distingue per quella potestà, esclusiva e specifica, di formulare diagnosi, prescrive ed eseguire trattamenti che, nella moderna complessità dei processi clinico assistenziali legittima sul piano giuridico, garantisce una sintesi tecnico professionale che si identifica sul piano operativo come insostituibile espressione di tutela della salute “ (ibidem, p. 213)

“In questo contesto, acquista significato vincolante l'art. 66 del Codice di deontologia Medica che, nel promuovere i miglior interessi per i pazienti attraverso la cooperazione di più professionisti, rivendica il rispetto delle competenze entro i limiti oltre i quali si realizza (art. 67) un esercizio abusivo della professione medica “ (ibidem, p. 217)