



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI BOLOGNA



Prot. n. 2340/GP/pm

Bologna, 31 ottobre 2016

OGGETTO: Contributo al dibattito sul 118.

Gent.ma Dott.ssa  
ROBERTA CHERSEVANI  
Presidente Comitato Centrale  
della Federazione  
Nazionale Ordini dei Medici  
Chirurghi e degli Odontoiatri

A tutti i Sigg.ri  
Presidenti degli Ordini  
dei Medici Chirurghi e degli  
Odontoiatri d'Italia

In ottemperanza a quanto preannunciato in sede di Consiglio Nazionale e a seguito di quanto emerso nell'incontro di studio e dibattito ivi sviluppatosi, si trasmette in **allegato** l'estratto fattuale e contenuto motivazionale costituente comune denominatore delle decisioni adottate da questo Ordine nell'ambito della problematica deontologicamente rilevante circa l'elaborazione di istruzioni operative coinvolgenti il servizio di emergenza/urgenza ed il rapporto tra competenze, riservate o meno in capo agli operatori sanitari professionali coinvolti nel processo di cura del paziente.

Si crede con ciò di poter fornire un elemento aggiuntivo al dibattito in corso riportandolo nell'alveo di quella oggettività di fondo che questo Ordine ha inteso individuare nell'importanza fondamentale dell'elemento normativo deontologico proprio di entrambe le professioni, in un percorso che si è potuto riscontrare come indicato espressamente dal Legislatore in via integrativa del normativo esistente.

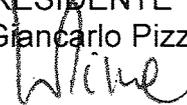
Si crede altresì possa di fatto smentirsi ogni banalizzazione ed ogni ipotizzabilità ricostruttiva da più parti avanzate in varie forme qualificative, viepiù cataloganti la

posizione della Commissione Medica di questo Ordine in una scala valoriale che va dal “retrivo” al più benevolo “conservatore” *tout court*, pur nell’accezione più deteriore del termine.

Al di là di ciò, che conta poco o punto, questo Ordine continuerà a cercare di promuovere il confronto e il dibattito deontologico/culturale interprofessionale coinvolgendo ogni possibile soggetto chiamato a partecipare ai processi di organizzazione sanitaria, onde poter contribuire alla identificazione delle migliori soluzioni al di là di ogni aversata preconcettualità o pregiudizialità pur erroneamente accreditata.

Cordiali saluti.

IL PRESIDENTE  
(Dott. Giancarlo Pizza)



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI ED ODONTOIATRI  
DELLA PROVINCIA DI BOLOGNA**

**COMMISSIONE MEDICA  
DECISIONE**

nel procedimento disciplinare aperto

.....(*omissis*).....

per l'ipotesi di violazione degli artt. 13 comma 1 e 14, comma 1, del Codice di Deontologia Medica 2006, così come *amplius* recepiti e confermati dall'art. 3, commi 3 e 4, dall'art. 13 commi 1, 4, 5 e dall'art. 14, comma 1 del Codice di Deontologia Medica 2014.

**FATTO**

A seguito di segnalazioni pervenute circa una assunta situazione di rilevata criticità organizzativa ed erogativa del servizio di emergenza-urgenza in vari ambiti territoriali della Regione, è emerso come risultasse invalso presso alcuni distretti una pianificazione organizzativa del servizio attraverso la elaborazione di istruzioni operative aziendali che risultavano coinvolgere la presenza e l'intervento infermieristico in un pianificato servizio d'emergenza-urgenza caratterizzandolo e coinvolgendolo in compiti che non potevano definirsi non solo e non tanto di carattere assistenziale, pur nell'autonomia in tale campo oggi riconosciuta alla categoria professionale citata.

Detti compiti apparivano infatti implicare gli operatori sanitari non medici in considerazioni non avulse dal coinvolgimento in innegabili tratti valutativi in campo diagnostico, prescritzionale e di somministrazione farmacologica, attività che apparivano non legittimabili dalla configurazione, a monte, di una sorta di *patronage* medico erogabile attraverso teleconsulti o deleghe di carattere generale ed indiretto, sostanziabili a mezzo una applicazione tabellare alternativa di algoritmi interpretativi appositamente predisposti.

Risultava segnalato come dette istruzioni operative apparivano anche tese a sopperire concretamente alle situazioni di carenze strutturali di auto medicalizzate tali da rendere difficile garantirne l'operatività in quella misura quantitativamente proporzionale ritenuta oggi conforme dal decreto ministeriale n. 70/2015.

.....(*omissis*).....

Nelle note difensive fornite dall'iscritto veniva esposto il fatto di ritenere lecite le istruzioni operative, oltre che valide ed efficaci e producenti risultati di rilievo, concreti e positivi.

La Commissione Medica, investita della problematica sottesa alla valutazione deontologica del ruolo del medico nella predisposizione ed elaborazione di istruzioni operative siffatte, riteneva che anche l'istruzione operativa in esame risultasse contestualizzata in un più vasto articolato insieme di provvedimenti introdotti ed adottati dalle Aziende Usl che finivano di fatto col favorire una "demedicalizzazione" dei presidi territoriali, introducendo un meccanismo operativo di succedaneità nel

sistema dell'emergenza-urgenza fondato su una sorta di "*delega di azioni di stretta pertinenza medica a personale non medico*".

Tale sistema risultava autorizzare di fatto il personale infermieristico a compiere atti valutativi di tipo diagnostico ed a somministrare farmaci pur seguendo, in alcuni casi, una sorta di tabella-prontuario associativa tra sintomatologie e conseguenti interventi medicali e farmacologici, praticabili in alcuni casi anche attraverso un intervento consulenziale telematico medico.

Si poteva in tal modo intendere come un tale assetto organizzativo potesse così portare – come paventato nell'originario esposto segnalativo - ad una possibile contrazione di impiego – e di costi - nell'ambito del servizio c.d. 118, della flotta dei mezzi di soccorso avanzati con infermiere e medico a bordo, previsti dal D.M. 02/04/2015 in un numero risultante da un preciso rapporto e parametrizzazione tra fattori rappresentati dalla popolazione e dalla estensione territoriale di competenza operativa.

Attenendosi in ogni caso all'esclusivo piano deontologico, la Commissione Medica poteva individuare a carico dell'iscritto – atteso l'arco temporale di riferimento - l'ipotesi di violazione degli artt. 13 comma 1 e 14, comma 1, del Codice di Deontologia Medica 2006, così come *amplius* recepiti e confermati dall'art. 3, commi 3 e 4, dall'art. 13 commi 1, 4, 5 e dall'art. 14, comma 1 del Codice di Deontologia Medica 2014.

Ricevuta la comunicazione di apertura del procedimento disciplinare, venivano prodotte dall'iscritto note difensive facenti riferimento all'art.10 del D. Lvo. C.P.S. n. 233/46 in relazione ad una eccezione difetto di potere disciplinare dell'Ordine nei propri confronti in quanto dipendente AUSL e non libero professionista, nonché all' "*atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di emergenza urgenza*" reso con D.P.R. 27.03.1992, che all' art. 10 contemplava la possibilità per il personale infermieristico professionale di "*essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio*".

Venivano prodotti altresì estratti da riviste, policy statement della SIMEU, documento AREU Regione Lombardia ed aggiornamento linee guida 2015 per RCP ed ECC.

In sede di udienza disciplinare venivano aggiuntivamente prodotti un documento redatto dalla SIMEU – IRC ed un parere richiesto ad un collegio di esperti dalla Regione Emilia Romagna.

La difesa dell'iscritto risultava incentrata sui punti già oggetto di memoria difensiva e sul proposto dato di fatto circa l'insussistenza di delega di atto medico ad infermieri in quanto le procedure quali quella oggetto di giudizio mantengono in realtà in capo al medico tutto il controllo della diagnosi e della somministrazione dei farmaci, limitandosi l'infermiere coinvolto a porre in atto istruzioni rigorosissime redatte dai medici ed approvate dalla struttura.

.....(*omissis*).....

Veniva infine dato atto e rappresentato dalla difesa come la questione dovesse essere risolta più propriamente attraverso un percorso di dialogo con le istituzioni, anche a

livello governativo, per cercare di risolvere una situazione che si ritiene contrastante con il codice deontologico ma che si ritiene, d'altro canto, esperienza positiva per la salute del paziente, essendo questo l'unico intento che ha portato alla predisposizione delle istruzioni operative attingendo a linee guida internazionali e mondiali.

\*\*\*\* MOTIVAZIONE \*\*\*\*

Nella valutazione della fattispecie occorre innanzi tutto precisare che non merita accoglimento la doglianza con la quale si lamenta la carenza di potere disciplinare dell'Ordine quando il sanitario risulti regolarmente iscritto all'Albo professionale sulla base di una adesione volontaria alla categoria per la quale l'appartenenza all'Ordine determina l'accettazione dell'esercizio del potere disciplinare dell'organo preposto, nel rispetto dei canoni del decoro e della correttezza nell'esercizio della professione, sia che venga svolta in struttura pubblica che privata.

L'art. 68 non può essere espunto dall'impianto normativo del Codice e disciplina anche aspetti di possibile contrasto tra le regole deontologiche e quelle della struttura pubblica o privata nella quale il sanitario presta la propria opera professionale, libera o contrattualizzata che sia e delinea comportamenti da assumere o da tenere da parte degli iscritti.

Le disposizioni deontologiche non possono essere eluse, al pari di quelle legislative, che nella presente fattispecie concorrono a formare un *unicum* inscindibile.

**E' infatti lo stesso Legislatore che ha avuto cura di elevare, in subjecta materia, il riferimento ai codici deontologici a specifico parametro di interesse legislativo, volto a concorrere ed a determinare contenutisticamente ed in via integrativa gli ambiti delle competenze delle professioni mediche e sanitarie e le loro correlazioni, non altrimenti specificate dal solo normativo.**

L'affrancamento delle professioni infermieristiche dall'ancillarità e dall'ausiliarità professionale è resa evidente dalla evoluzione storico-normativa che trova il proprio snodo nella legge 42/99 che abolisce espressamente l'attributo "ausiliario" dalla locuzione "professioni sanitarie" e passa a definire "il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie" che "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 degli 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".

Il richiamo ai codici deontologici – tutti quelli di possibile citata interrelazione – appare di importanza tale da assurgere a livello normativo di complemento, circostanza confermata dal Legislatore nella successiva Legge 251/2000, che arriva ad esplicitare il principio cardine dell'autonomia delle professioni sanitarie, ma pur sempre nel delimitato ambito concorsualmente identificato anche "dagli specifici codici deontologici".

Come da qualcuno osservato "autonomia (dal greco antico: *αυτοϛ νομοϛ*) equivale a competenza nell'operare secondo le *regole proprie* della professione" e, tra queste

ultime, quelle dettate dai rispettivi codici deontologici, che gli iscritti sono tenuti a rispettare e che gli Ordini e Collegi di appartenenza sono chiamati a far rispettare, così come dovuta è l'osservanza del normativo statale.

In quest'ottica "deontologica" non risulta contrasto alcuno tra i codici deontologici di riferimento, medico o infermieristico, in ordine a rispettive competenze ed operatività, ed alcun contrasto tra queste ed il dato legislativo in tema di emergenza/urgenza e sui mezzi di soccorso medicalizzati o con personale infermieristico e soccorritore.

Non da oggi abbiamo avuto, senza registrazione di problematicità alcuna, sia i mezzi di soccorso con personale sanitario non medico che, dall'altro, i distinti mezzi di soccorso c.d. avanzato, dotati in via associata di personale infermieristico e medico.

Per i mezzi di soccorso avanzato, il citato Decreto Ministeriale n. 70/2015 ha previsto la loro necessitata presenza sul territorio in un rapporto di uno "ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq..... per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali".

**La coesistenza coordinata di tali fonti, normative e deontologiche, legislativamente articolata dal Legislatore, non risulta aver di per sé generato problematiche applicative.**

Problematiche possono invero registrarsi, generarsi ed insorgere allorquando viene per qualsivoglia ragione e moto a crearsi quel contrasto che di fatto nel normativo non c'è.

**Detto contrasto si registra di certo allorquando si interviene a determinare un disequilibrio tra i fattori citati, normativo e deontologico, e si ipotizza qualcosa di diverso, di succedaneo e sostitutivo di qualcos'altro, creando ibridità prive di un substrato normativo legittimante e magari finendo con l'esondare rispetto a limiti posti da disposizioni legislative o da riserve di legge poste ed esistenti in tema di individuazione – ed "adozione", anche in senso "economico" - di figure professionali sanitarie.**

Non può di certo farsi leva su una disposizione di indirizzo e coordinamento – funzione non più esercitabile ed abrogata dalle riforme costituzionali - risalente al 1992, epoca di conclamata normativa disciplinante – allora sì – l'ancillarità ed ausiliarità della professione infermieristica, allora, ripetesi, del tutto priva di autonomia, per farne attuale vessillo di amplificate competenze da esercitarsi nell'ordinarietà per il servizio di emergenza-urgenza.

La disposizione di indirizzo e coordinamento contenuta nell'art.10 del D.P.R. 27.3.1992 tratta peraltro non già di competenze, bensì di "prestazioni" (tali sono titolate e qualificate dalla disposizione in questione) al tempo richiedibili ed autorizzabili in costanza di non programmate situazioni di emergenzialità a quel personale infermieristico "ausiliario" e non autonomo di cui si è dianzi trattato.

Appare strano che su quella desuetudine precettiva si possa pretendere oggi di legittimare ed articolare un servizio basato su specifiche competenze delegate, attribuite nella normale ordinarietà erogativa di un servizio di emergenza-urgenza.

Né, d'altro canto, possono per questa via eludersi, per un accreditato "equivalente" ottenuto con l'impiego di contatti telematici mediati del medico con il personale

infermieristico addetto ai mezzi di soccorso, disposizioni normative che stabiliscono la presenza associata di infermiere e medico sui mezzi di soccorso c.d. “avanzati”.

\*\*\*\* \*

Rimane pertanto ed infine da valutare il fattore deontologico rilevante – così come riconosciuto dal normativo citato della L. 42/99 e della L. 251/2000 – per il quale le istruzioni operative di cui è causa risultano di fatto investire il personale infermieristico in via delegata di una innegabile operatività valutativa di genere diagnostico/terapeutico/farmacologico caratterizzata da un mancato coinvolgimento, diretto e frontale, del medico.

Tale assetto organizzativo risulta un fattore programmato di ordinarietà erogativa del servizio di emergenza-urgenza e con esso si pone il delicato tema dei rapporti e limiti di competenze tra medico e gli esercenti le professioni sanitarie, i rispettivi campi di intervento e le correlate responsabilità.

**Il codice di deontologia medica, sia attuale che pregresso, contiene disposizioni incompatibili – non contraddette né in contrasto con disposizioni deontologiche di fonte infermieristica – con la situazione in esame ed oggetto di vaglio disciplinare.**

Risulta pertanto confermato il richiamo a quanto già esposto in sede di apertura di procedimento disciplinare in ordine al fatto che, per disposizioni deontologiche:

- la diagnosi, la prescrizione e la somministrazione farmacologica coinvolgono la diretta responsabilità del medico e rappresentano competenze che non possono ordinariamente delegarsi, in via surrogatoria e/o temporanea, al personale infermieristico;
- la prescrizione e somministrazione farmacologica, anche nell’ambito delle strutture preposte a fronteggiare le emergenze, quali sono i Pronto Soccorsi, non possono essere effettuate prescindendo dal controllo diretto da parte del medico;
- la tutela del paziente si esprime anche e soprattutto garantendo la sicurezza delle procedure adottate a tutela dei trattamenti, onde cercare di evitare e di ridurre al minimo la ricorrenza di infortuni valutativi che possono prodursi anche solo nella meccanica traduzione in fatto dei riferimenti tabellari comportamentali rivolti al personale sanitario ausiliario;
- il personale infermieristico o sanitario ausiliario nella sua affermata autonomia ha compiti, competenze e responsabilità integrate e coordinate ma pur sempre distinte e diverse da quelle mediche e tali rimangono anche nel percorso di intervento diagnostico e cura delle patologie in ambito emergenziale, al di là della emergenzialità di situazioni nelle quali possono essere autorizzati e richiesti di prestazioni ordinariamente erogate dal medico;

Le predette disposizioni risultano individuabili sia nel corpus normativo deontologico 2006 che 2014 di seguito riportate, quali:

- il disposto di cui all’art. **13, comma 1**, del Codice di Deontologia Medica 2006 che stabilisce che  
*“la prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico”;*

- l'art. 14, comma 1, del Codice di Deontologia Medica 2006 che stabilisce che *"Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento e qualità delle cure"*;
- **l'art. 3 comma 3** Codice di Deontologia Medica 2014:  
*"la diagnosi ai fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico ed impegna la sua autonomia e responsabilità"*
- **l'art. 3 comma 4** Codice di Deontologia Medica 2014:  
*"Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione all'Ordine professionale nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice"*
- **l'art. 13 comma 1** Codice di Deontologia Medica 2014:  
*"La prescrizione ai fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito ad una diagnosi circostanziata o ad un fondato sospetto diagnostico"*
- **l'art. 13 comma 4** Codice di Deontologia Medica 2014:  
*"L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della disponibilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti"*
- **l'art. 13 comma 5** Codice di Deontologia Medica 2014:  
*"Il medico è tenuto ad un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici"*
- **l'art. 14 comma 1** Codice di Deontologia Medica 2014:  
*"Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione ed alla gestione del rischio clinico....."*

\*\*\*\* \*

Per quanto esposto appare conclusivamente sussistere la responsabilità deontologica dell'iscritto nel concorso partecipativo e realizzativo delle istruzioni operative contrastanti con i principi enucleati dalle richiamate disposizioni deontologiche per la quale la Commissione ritiene irrogabile la sanzione disciplinare sospensiva dell'esercizio professionale.

.....(omissis).....