



Prot.N. 34\_2016\_AP\_mcd

Piacenza, 26 luglio 2016

Al Ministro della Salute  
On. Beatrice Lorenzin

All'Assessore alle Politiche per la Salute  
Regione Emilia Romagna  
Dott. Sergio Venturi

Al Presidente  
Della XII Commissione-Igiene e Sanità del Senato  
Sen. Emilia Grazia De Biasi

Al Presidente  
Della XII Commissione-Affari Sociali della Camera  
On. Mario Marazziti

Al Presidente FNOMCeO  
Dott.ssa Roberta Chersevani

Ai Presidenti  
degli OMCeO d'Italia

Agli Organi di Stampa

Osservazioni in merito alle Linee guida ed agli Algoritmi infermieristici avanzati predisposti sulla base della GPG/2016/582 per la armonizzazione dei protocolli avanzati di impiego di personale infermieristico adottati ai sensi dell'art. 10 D.P.R. 27 marzo 1992 per lo svolgimento del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale 118

#### PREMESSA

La Regione Emilia Romagna fin dal 1999 ha iniziato un processo di omogeneizzazione della organizzazione del servizio ET-118 che ha modificato dapprima i bacini di riferimento delle Centrali Operative e la integrazione con l'emergenza ospedaliera e successivamente ridotto il numero delle Centrali Operative da 11 a 3; con la Delibera di Giunta del 11-04-2016 ha poi deliberato di "dare mandato al Direttore Generale Cura della Persona, Salute e Welfare di approvare e periodicamente aggiornare linee guida regionali relative alla adozione, revisione e verifica dei protocolli aziendali di impiego avanzato del personale infermieristico presso i servizi di emergenza territoriale regionale"

Gli OMCeO provinciali e la Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (in seguito FRER-OMCeO) non sono stati preventivamente consultati ed hanno ricevuto le Linee guida e gli Algoritmi infermieristici avanzati dopo la loro definizione.

Nella riunione del 25 maggio 2016 il Consiglio regionale ha deciso all'unanimità di esaminarli e di dettagliare in un documento condiviso le osservazioni ed i commenti con cui rappresentare la propria posizione istituzionale di vigilanza sulla professione e di tutela della salute pubblica, fondata sulle Leggi vigenti e sul Codice di deontologia medica.

Il Consiglio regionale intende con ciò offrire il proprio contributo collaborativo alla regione Emilia Romagna nella programmazione sanitaria, nella consapevolezza che il defianziamento del SSN, l'aumento dei costi della tecnologia e dei farmaci innovativi, l'invecchiamento della popolazione e l'aumento delle patologie croniche creano seri problemi di sostenibilità del sistema sanitario nazionale e regionale e richiedono una attenta ed equa gestione delle risorse, che elimini gli sprechi e riduca ove possibile le spese, senza però modificare gli assetti organizzativi previsti dalla Legge, in particolar modo se determinata da criteri economicistici, come sancito dalla Sentenza n. 1873/2010 - Quarta Sezione Penale della Corte di Cassazione: *" Nel praticare la professione dunque, il medico deve, con scienza e coscienza, perseguire un unico fine: la cura del malato utilizzando i presidi diagnostici e terapeutici di cui al tempo dispone la scienza medica, senza farsi condizionare da esigenze di diversa natura, da disposizioni, considerazioni, valutazioni, direttive che non siano pertinenti rispetto ai compiti affidatigli dalla legge ed alle conseguenti relative responsabilità.... a nessuno è consentito di anteporre la logica economica alla logica della tutela della salute, né di diramare direttive che, nel rispetto della prima, pongano in secondo piano le esigenze dell'ammalato. Mentre il medico, che risponde anche ad un preciso codice deontologico, che ha in maniera più diretta e personale il dovere di anteporre la salute del malato a qualsiasi altra diversa esigenza e che si pone, rispetto a questo, in una chiara posizione di garanzia, non è tenuto al rispetto di quelle direttive, laddove esse siano in contrasto con le esigenze di cura del paziente e non può andare esente da colpa ove se ne lasci condizionare, rinunciando al proprio compito e degradando la propria professionalità e la propria missione a livello ragionieristico".*

Il Consiglio regionale, unanime, ritiene inoltre di dover sottolineare la difficile situazione in cui si vengono a trovare i medici quando sono posti nella oggettiva impossibilità di rispettare Leggi, disposizioni di servizio e norme deontologiche non coincidenti, e quella altrettanto difficile e sofferta in cui si vengono a trovare le Commissioni mediche quando debbono valutare, ed eventualmente sanzionare, colleghi che hanno violato norme deontologiche per obbedire ad altre indicazioni ed obblighi correlati alla loro attività professionale.

A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo si ritiene utile ed opportuno ricordare alcuni passaggi del vigente Codice di deontologia medica, che stabiliscono norme di comportamento alle quali i medici tutti si debbono attenere:

- **art. 3, comma 3:** la diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità.
- **art. 13, comma 1:** la prescrizione a 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 a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico
- **art. 14, comma 1:** 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 e alla gestione del rischio clinico ....

Il Consiglio regionale della FRER-OMCeO ritiene che la attuale evidente distonia normativa debba essere discussa ed armonizzata a livello nazionale.

## OSSERVAZIONI PRELIMINARI

La Federazione degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri della Regione Emilia Romagna, lette e valutate collegialmente le Linee guida e gli allegati Algoritmi infermieristici avanzati in emergenza-urgenza territoriale, predisposti per uniformare la attività degli infermieri sui mezzi di soccorso attraverso la armonizzazione delle Istruzioni Operative precedentemente adottate dalle diverse Unità Operative ET-118 della Regione Emilia Romagna, rileva con soddisfazione che talune criticità presenti nelle procedure di diverse province di questa regione sono state eliminate, come ad esempio la somministrazione autonoma da parte dell'infermiere di farmaci anestesiológicos a prescrizione medica limitativa (Fentanest) e la sedazione e intubazione oro-tracheale senza contatto preventivo con il medico.

Questo però non basta e non elimina perplessità e timori inerenti una organizzazione della assistenza sanitaria che preveda l'attuazione di percorsi di diagnosi e cura assegnati attraverso validazione di "taluni protocolli" che siano affidati non più soltanto a medici ma a personale infermieristico, di fatto allargando le competenze in campo sanitario a quelle figure professionali impiegate in ambito sanitario ma non in possesso della laurea in medicina, rilievo già ben evidenziato nei documenti Prot. 612/GP del 20 febbraio 2010 (Allegato 1) e Prot.P1/14 del 20 gennaio 2014 (Allegato 2), approvati dal Consiglio Regionale di questa Federazione.

Molte delle osservazioni riportate in tali documenti restano oggi valide e condivise in ambito federativo regionale, e di questo speriamo si voglia tener conto per evitare, in futuro, inopportune contrapposizioni.

La collaborazione e la integrazione fra medici ed infermieri è una risorsa per i professionisti e per gli assistiti e la loro attività deve essere complementare e correlata alla diversa formazione, competenza e responsabilità professionale.

In particolare nella Emergenza Urgenza Territoriale c'è un ruolo per l'infermiere adeguatamente addestrato ed un ruolo per il medico adeguatamente addestrato (la formazione adeguata è prevista dalla delibera), ed è estremamente importante che medici ed infermieri implementino la loro formazione per fornire una assistenza qualificata ai cittadini: è quindi del tutto condivisibile che gli infermieri vengano addestrati alla esecuzione di procedure assistenziali salvavita, verificate ed accreditate, da eseguire in assenza del medico; questo non deve però legittimare la predisposizione di procedure operative che autorizzino l'infermiere ad eseguire manovre salvavita in un contesto che non rispetta i parametri previsti dalle vigenti leggi per l'organizzazione della rete di Emergenza Territoriale.

## ANALISI CRITICA DEGLI ALGORITMI INFERMIERISTICI AVANZATI

**1- Il primo punto da chiarire è la denominazione dei mezzi di soccorso con medico e infermiere e dei mezzi di soccorso con solo infermiere:** non possono avere la stessa denominazione perché non possono essere equiparati come professionalità: la diversa denominazione deve caratterizzare diverse competenze e di conseguenza prevedere diversi criteri di invio sul territorio.

Non possono chiamarsi entrambi mezzo di soccorso avanzato senza specificare se con medico e infermiere o con solo infermiere a bordo.

Si ritiene infatti, anche sulla base del parere legale dell'Avv. Giuseppe Manfredi, che il termine "mezzo di soccorso avanzato" sia attribuibile solamente al mezzo con a bordo personale medico, ed a tale proposito si richiama ciò che il DM 70/2015 prescrive:

### 9.1.1 Centrale operativa

Le centrali operative gestiscono, con procedure condivise, le postazioni di elisoccorso, le ambulanze medicalizzate con medico ed infermiere a bordo, le automediche (i mezzi avanzati di base con infermiere e medico), le ambulanze di base con personale soccorritore certificato.

### 9.1.3 Le postazioni territoriali

La definizione del fabbisogno di mezzi di soccorso avanzati sul territorio regionale viene individuata utilizzando un criterio che si basa sulla attribuzione di un mezzo di soccorso avanzato ogni 60.000 abitanti con la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq., applicando un necessario correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone di particolare difficoltà di accesso, per garantire l'adeguata funzionalità dei percorsi clinico assistenziali.

Il Ministero della Salute fornisce una precisa definizione per quanto riguarda i mezzi di soccorso avanzato come riportato di seguito:

Per ogni tipologia di mezzo di soccorso l'équipe è formata come segue:

- Ambulanza di base e di trasporto: 1 autista soccorritore e 1 infermiere o 1 soccorritore volontario
- Ambulanza di soccorso: 1 autista soccorritore ed 1 infermiere professionale
- Ambulanza di soccorso avanzato: 1 autista/soccorritore, 1 infermiere professionale ed 1 medico
- Centro mobile di rianimazione: 1 autista/soccorritore, 2 infermieri professionali, 1 medico anestesista-rianimatore
- Automedica: automezzo per il soccorso avanzato con personale medico ed infermieristico.
- Eliambulanza: 1 infermiere professionale, 1 medico anestesista-rianimatore;

E' essenziale che questo punto venga chiarito, poiché il mancato rispetto degli standard di assistenza previsti dal DM 70 2015 (presenza di un MSA ogni 60000 abitanti), favorisce l'insorgere di stati di necessità con cui talvolta si tende a giustificare l'attribuzione di atti medici a personale infermieristico.

Nella attività assistenziale della ET-118 è invece importante sapere quali sono di norma le situazioni in cui viene attivato un mezzo di soccorso con infermiere a bordo e quando invece un mezzo di soccorso con medico a bordo: gli algoritmi previsti dalle linee guida regionali ci dicono fin dove può arrivare l'intervento dell'infermiere quando si trova a dovere assistere da solo un paziente critico, ma non ci dicono quali sono gli eventi su cui viene normalmente attivato.

Si può prevedere che l'infermiere utilizzi dei protocolli per la gestione di un paziente critico quando si trova a doverlo fare o per un errore di valutazione della criticità da parte dell'operatore della Centrale Operativa 118 o per medico già occupato su altro evento critico o per aggravamento in itinere del paziente, ma non si può stabilire che su un evento critico possano intervenire indifferentemente un mezzo con infermiere o un mezzo con medico e infermiere, perché entrambi sono definiti avanzati e "fanno le stesse cose".

Si ritiene pertanto necessario che siano precisate ab inizio le regole d'ingaggio dei mezzi di soccorso con infermiere e di quelli di soccorso avanzato con medico a bordo e che si provveda all'adeguamento del numero dei mezzi di soccorso avanzati (vale a dire con medico a bordo) su tutto il territorio regionale.

**2- Il secondo punto che deve essere chiarito riguarda la effettiva possibilità di contatto tra l'infermiere che sta assistendo un paziente critico ed il medico** (la delibera recita: *assicurazione che l'applicazione dei protocolli/algoritmi infermieristici avanzati debba essere sempre accompagnata dall'allertamento dei medici di riferimento dei mezzi medicalizzati*).

In realtà il sistema non garantisce che questo contatto possa sempre avvenire poiché ciascuna delle 3 Centrali Operative 118 della Regione Emilia Romagna ha un solo Medico Responsabile e l'unica alternativa è rappresentata da un medico di turno su un Mezzo di soccorso avanzato, che potrebbe però essere impegnato su un altro evento critico e quindi non potere concentrarsi sul quesito proveniente dall'infermiere.

Per garantire la effettiva presa in carico da parte di un medico delle richieste infermieristiche di consulenza previste dagli algoritmi deve essere presente H24 un medico in ogni Centrale Operativa 118, così come già previsto dal DPR 27 Marzo 1992.

**3- Il terzo punto da chiarire riguarda la discrezionalità delle decisioni presente negli algoritmi infermieristici**, che definiscono le azioni che possono essere messe in atto dall'infermiere, come prevede il DPR 27/03/1992, in modo anticipatorio e non sostitutivo rispetto all'azione del medico.

La sequenza di azioni prevista dagli algoritmi si basa su individuazione di segni e sintomi ben precisi e non dovrebbe lasciare spazio decisionale autonomo all'infermiere, ma la discrezionalità è invece innegabile ed ineludibile in molteplici attività sanitarie e lo è certamente quando si debba valutare in loco se un paziente è compromesso oppure no, o si debba valutare dalla Centrale Operativa se procedere alla modalità di medicalizzazione precoce ovvero all'attesa sul posto rendez-vous col trasporto in pronto soccorso.

E questo si riscontra nell'Assessment sia del paziente non traumatizzato che di quello traumatizzato, ed anche nella Overdose da oppiacei.

**4- Il quarto punto critico è rappresentato dal fatto che** in tutti gli Algoritmi compare la dicitura "ingresso da algoritmo di base...", e questo induce a pensare che davanti ad un paziente da subito compromesso l'infermiere debba avvisare subito il medico di riferimento e quindi proceda con l'algoritmo. È fondamentale che questo punto venga chiarito univocamente, poiché non possono esservi dubbi sul fatto che **dinanzi ad ogni malato critico o potenzialmente critico deve essere attivato fisicamente in loco l'intervento medico.**

Andrebbe perciò prevista la contemporanea attivazione di medico ed infermiere in ogni tipo di codice rosso, sia esso base che avanzato, dal momento che la codifica delle chiamate di emergenza non prevede che i codici rossi siano sotto classificati, e che questa prassi è un'autonoma iniziativa dei responsabili delle Centrali Operative, risultando in una de-medicalizzazione del sistema di Emergenza Territoriale.

Si ritiene viceversa di importanza assoluta, per assicurare la migliore efficienza e sicurezza del sistema di Emergenza Territoriale, che sia prevista una cospicua presenza medica, secondo gli standard della assistenza ospedaliera.

Va dunque definito il ruolo delle Centrali Operative 118 nel governo clinico del sistema: se oltre ai compiti tecnici organizzativi previsti dalla Delibera di Giunta Regionale 1349/2003 devono svolgere funzioni cliniche ed assistenziali e di governo dei percorsi, allora debbono essere dotate di personale medico H24.

Se questo non avvenisse si dovrebbe lasciare il governo clinico del sistema alla Emergenza Territoriale intraospedaliera.

**5- Il quinto punto critico consiste nella delega di atti medici ad infermieri**

Pur nell'auspicabile obiettivo di privilegiare nella attività di Emergenza Territoriale la tempestività e la capillarità degli interventi, si ritiene che l'anamnesi ed il rilievo di segni e sintomi clinici, così come previsti da alcuni degli Algoritmi infermieristici avanzati, si configurano in una vera e propria visita clinica, cioè di un atto medico.

Nella fattispecie, le valutazioni di diagnostica differenziale presenti nel documento, pur guidate da un percorso a passaggi successivi, ognuno dei quali verificato e validato con un medico di riferimento per via telefonica, rischiano di comportare la formulazione di una diagnosi attraverso la valutazione di dati clinici e sintomi non raccolti personalmente da chi, per legge, è il solo autorizzato a "porre diagnosi" e di conseguenza responsabile sotto il profilo civile e penale.

Resta quindi aperto il problema della possibile emissione da parte di un medico di una diagnosi in assenza del paziente, atto non conforme ad una "buona pratica medica" al di fuori di situazioni emergenziali.

A tale proposito si rileva che l'anafilassi, reazione allergica sistemica severa, è di difficile inquadramento diagnostico, soprattutto per personale sanitario che non ha una specifica formazione medica, poiché necessita di rilievi semeiologici e clinici che esulano dalla formazione infermieristica.

Per quanto si riferisce alla possibilità di somministrare farmaci si rilevano diverse problematiche:

- Parere negativo sulla possibilità di somministrare Midazolam da parte degli infermieri, farmaco limitato teoricamente all'utilizzo del medico (Foglio illustrativo del Midazolam disponibile da AIFA il 10/06/2016: "Il Midazolam deve essere somministrato solo da medici esperti, in un ambiente totalmente attrezzato per il monitoraggio e il sostegno alla funzione respiratoria e cardiovascolare e da persone che abbiano ricevuto uno specifico addestramento al riconoscimento e alla gestione degli eventi avversi attesi, compresa la rianimazione respiratoria e cardiaca"). Un conto è la somministrazione in pazienti che lo hanno visto prescritto in caso di crisi epilettica, un altro conto è invece la somministrazione su pazienti ignoti che potrebbero sottendere altre problematiche, non ultimi i sempre più frequenti disturbi di conversione che necessitano di accurata diagnostica differenziale.
- L'art.10 del DPR 27 marzo 1992, prestazioni dal personale infermieristico, prevede che "Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può 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". A tale proposito però è necessario che la somministrazione di ogni farmaco risponda strettamente al criterio di "salvaguardia delle funzioni vitali" e non ottenga invece altri effetti organizzativi come, per esempio, limitare l'intervento del medico per una valutazione e una corretta analgesia dei pazienti. E' evidente infatti che il trattamento del dolore, pur essendo uno degli obiettivi primari della medicina moderna, non è sempre configurabile come una funzione di sostegno o salvaguardia delle funzioni vitali, così come richiesto dall'articolo 10 del DPR 27 marzo 1992, e rappresenta una pericolosa ed inopportuna delega di funzioni mediche agli infermieri, che non può essere giustificata dal dovere etico di alleviare il dolore nel paziente acuto.
- La terapia del dolore deve essere precoce e specifica per ogni singolo paziente e presuppone una valutazione medica che possa annotare segni e sintomi e correlarli clinicamente ad una condizione patologica. Eliminare il dolore è certamente un importante dovere clinico assistenziale, che deve essere espletato quando il dolore non è più utile a chiarire la diagnosi. La prescrizione di stupefacenti iniettabili è un atto medico e la morfina deve essere valutata nell'ambito del più ampio corredo di farmaci o sostanze che il paziente sta assumendo. Va conseguentemente modificata la procedura che ne prevede la somministrazione in assenza di valutazione diretta del paziente da parte del medico.

Il Presidente  
Dott. Augusto Pagani



Approvato alla unanimità dal Consiglio regionale della Federazione Regionale Emilia-Romagna degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri nella seduta del 25 luglio 2016 e quindi sottoscritto dai Presidenti degli OMCeO provinciali di Bologna, Ferrara, Forlì-Cesena, Modena, Parma, Piacenza, Ravenna, Reggio Emilia e Rimini.

Via San Marco 27 – 29121 Piacenza – Tel. 0523 323848 – Fax 0523 324979 – PEC: [presidente.pc@pec.om.ceo.it](mailto:presidente.pc@pec.om.ceo.it)

**Presidente:**

Dott. Augusto Pagani

**Vice Presidente:**

Dott. Michele Gaudio

**Segretario:**

Dott. Corrado Bondi

**Tesoriere:**

Dott. Anna Maria Ferrari

**Consiglieri:**

Dott. Margherita Arcieri

Dott. Stefano Falcinelli

Dott. Pierantonio Muzzetto

Dott. Paolo Ronchini

Dott. Nicolino D'Autilia

Dott. Maurizio Grossi

Dott. Giancarlo Pizza

Dott. Angelo Di Mola (Odontoiatra)

Dott. Anna Esquilini

Dott. Salvatore Lumia

Dott. Stefano Reggiani



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

Dott.ssa Marina Grandi  
Dott. Maurizio Grossi  
Dott. Beniamino Lo Monaco  
Dott. Giuseppe Miserotti  
Dott. Stefano Rubini

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

**N.Prot. 612\GP**

**Bologna 20.2.2010**

**LA FUNZIONE DEL MEDICO NEL LAVORO IN EQUIPE CON LE ALTRE PROFESSIONI SANITARIE. COMPETENZE INFERMIERISTICHE. INDIVIDUAZIONE E DELIMITAZIONE DELL' ATTO MEDICO. TUTELA DELLA SALUTE DEL CITTADINO.**

Come noto con la modifica del Titolo V della Costituzione sono state definitivamente conferite alle Regioni le competenze in ambito organizzativo assistenziale sanitario rimanendo in capo alla legislazione statale le norme per la formazione e l'attribuzione di funzioni e competenze delle diverse figure professionali.

Partendo da tale presupposto alcune regioni, in particolare Emilia-Romagna e Toscana, hanno deciso di implementare una particolare organizzazione sanitaria in ambito assistenziale che preveda l'attuazione di percorsi di diagnosi e cura assegnati attraverso validazione di "taluni protocolli" che siano affidati non più soltanto a medici ma a personale infermieristico, di fatto allargando le competenze in campo sanitario a quelle figure professionali impiegate in ambito sanitario ma non in possesso della laurea in medicina.

Le ultime vicende in Toscana ed analoghe situazioni prospettate in altre Regioni hanno portato la Federazione Emiliano Romagnola degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FRER) ad approfondire l'argomento sulla scorta di quanto ipotizzato nei progetti in fieri con l'intento di valutare il significato, opportunità e conseguenze di tali iniziative.

In particolare si è considerato prioritariamente il possibile impatto che una tale modifica gestionale della salute possa avere sul cittadino, ponendo attenzione alla salvaguardia dell'imprescindibile diritto alla salute, alla sua tutela, alle implicazioni sul rapporto medico-paziente, all'alleanza terapeutica e all'incidenza sull'atto medico.

**Regione Emilia-Romagna**

La problematica coinvolge l'individuazione dei criteri sulla base dei quali delimitare competenze ed attività esercitabili, in via autonoma e/o sotto la supervisione di personale medico, da parte degli esercenti la professione sanitaria infermieristica.



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizzi

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli

Dott. Andrea Bedetti

Dott. Tiberio d'Aloia

Dott. Nicolino D'Autilia

Dott. Bruno Di Lascio

Dott. Stefano Falcinelli

Dott.ssa Marina Grandi

Dott. Maurizio Grossi

Dott. Beniamino Lo Monaco

Dott. Giuseppe Miserotti

Dott. Stefano Rubini

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola

Dott. Carlo D'Achille

La necessità di intervenire con particolare urgenza nella definizione di tali parametri è stata posta all'evidenza a seguito della presa visione e dell'analisi del documento elaborato dal Comitato Regionale per l'Emergenza denominato *"Il Triage in Pronto Soccorso in Emilia-Romagna"* (Allegato 1).

Tale atto si pone come obiettivo quello di fornire indicazioni per lo sviluppo e l'implementazione delle funzioni infermieristiche all'interno delle strutture di Pronto Soccorso sia in ambito di triage che di attività di trattamento dei pazienti, attribuendo al personale infermieristico – tra le altre - la titolarità di competenze che potrebbero essere suscettibili di sconfinare nell'alveo dell'atto medico vero e proprio.

A mero titolo esemplificativo si richiama quanto ivi previsto al punto 1 B) in merito alla *"possibilità di effettuare in PS pratiche assistenziali e terapeutiche in autonomia da parte di personale infermieristico"*, seppur *"in presenza di protocolli, procedure, istruzioni operative sottoscritte dal medico responsabile dell'UO"*; in particolare si individuano ambiti nei quali *"il percorso del paziente può essere svolto sotto la responsabilità dell'infermiere"*, elencandosene alcune tipologie: *"medicazione e bendaggi di ustioni di 1° grado a estensione corporea limitata [...] trattamento di ferite ed abrasioni ad interesse del solo tessuto cutaneo [...] odontalgia in presenza di evidente interessamento dentario [...] anticipazione terapeutica per il trattamento del dolore"*, ecc.

Ancora - e citandosi sempre a titolo esemplificativo - si propone di introdurre la *"possibilità autonoma del personale infermieristico di inviare direttamente al medico specialista, in presenza di protocolli procedure sottoscritte dal medico responsabile dell'UO, pazienti con specifici segni e sintomi di pertinenza specialistica"*, fornendo altresì un elenco di situazioni diagnostiche da trattarsi secondo tale procedura semplificata.

Ferma restando la già riconosciuta e disciplinata competenza infermieristica nel triage ospedaliero, l'ampliamento di tale funzione e degli interventi delegabili al personale infermieristico del pronto soccorso è suscettibile di porsi in contrasto con i limiti posti alle attività esercitabili da tali professionisti sanitari e potrebbe comportare l'improprio affidamento di atti di natura medica a personale non in possesso dei requisiti professionali richiesti.

Si rende pertanto necessario compiere un breve excursus nelle fonti normative di riferimento al fine di individuare i criteri ed i parametri di delimitazione della professione infermieristica, anche considerando la notevole evoluzione intervenuta in materia di formazione e di inquadramento professionale.

Tale compito si dimostra tuttavia di non agevole attuazione a causa del complesso ed articolato panorama normativo e dell'assenza di un sistema di delimitazione in positivo mediante elencazione circoscritta delle attività esercitabili da infermieri dotati di





**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

preparazione generica o specialistica; al contrario, le fonti rinviano a riferimenti aperti, caratterizzati da indicazioni prive di tassatività e riferite alle specificità del percorso formativo post-base del singolo soggetto.

Risalendo a ritroso il D.P.R. 225/1974 identificava funzioni, compiti, mansioni e competenze di quello che allora veniva definito all'art. 6 "infermiere generico".

Oggi il principale e più generale riferimento normativo è dato dalla successiva Legge n. 42/1999, la quale all'art. 1, oltre ad eliminare la dizione "ausiliaria" dalla denominazione ufficiale che rimane perciò riferita alle "professioni sanitarie", abroga il citato D.P.R. 225/1974, costituente il mansionario della professione, con eccezione – e dunque mantenimento in vigore – della norma relativa alle funzioni di quello che allora veniva definito "infermiere generico" (art. 6, D.P.R. 225/74).

Contestualmente la medesima disposizione comunque determinava "il campo proprio di attività e di responsabilità" delle varie professioni sanitarie sulla base

- "dei contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali,
- degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché
- degli specifici codici deontologici".

Per quanto concerne il primo parametro di riferimento occorre richiamare il D.M. 739/1994, rubricato quale "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", il quale all'art. 1 comma 3 enuclea in via generica un elenco delle funzioni affidate all'infermiere; tra queste, da citarsi in quanto particolarmente rilevanti nella fattispecie sopra esposta ed ai fini dello svolgimento dell'attività di triage, può risultare opportuno richiamare alcune lettere, secondo le quali l'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni della prestazione infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.

L'ulteriore parametro di riferimento costituito dai vari ordinamenti didattici, pur potendo contemplare ipotesi e casistiche di maggiore specificità, concorrendo a definire in via analitica le attività realizzabili anche con riferimento alle varie figure di specializzazione,



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

finisce per rinviare ad una pluralità di discipline ed ad una molteplicità ed eterogeneità di esperienze che risulta impossibile riassumere in questa sede.

Tuttavia il medesimo art. 1 comma II della L. 42/1999, non si limita a dettare criteri di riferimento "aperti" ed evolvibili, ma pone altresì una norma di chiusura del sistema escludendo dal campo proprio di attività e di responsabilità dell'infermiere "le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario".

Può dunque individuarsi una definizione in negativo in base alla quale non possono essere demandate all'infermiere quelle funzioni che rientrano nell'ambito di pertinenza medica connotanti quell'atto medico, evidentemente riservato a coloro che sono provvisti di specifico titolo abilitativo all'esercizio della professione medica.

Pertanto, al fine di valutare la correttezza di ipotesi di affidamento di funzioni ed attività al personale infermieristico di pronto soccorso e – più in generale – di individuare il limite della prestazione infermieristica, occorrerà valutare se tali attività e prestazioni possano o meno considerarsi atti medici.

In carenza normativa di una definizione giuridica di atto medico, dunque con un determinante contributo giurisprudenziale, potrà costituire tuttavia un valido ed autorevole riferimento la definizione di atto medico elaborata dal Consiglio dell'Unione dei Medici Specialisti nel corso di un convegno internazionale.

In tale sede si è statuito che *"l'atto medico include tutta l'azione professionale, quella scientifica, quella d'insegnamento, d'esercizio ed educativa, i livelli clinici e medico tecnici attuali per promuovere la salute e funzionalità, prevenire disturbi, fornire ai pazienti cure diagnostiche o terapeutiche e riabilitative, individuali o di gruppo o cumulative, nel contesto del rispetto dell'etica e del valore deontologico. La responsabilità dell'atto ed il suo esercizio devono sempre essere esercitate da un medico registrato (iscritto all'Ordine, n.d.r.), o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione"*.

Alla luce di tale definizione e tenendosi comunque in considerazione le competenze acquisite dal personale infermieristico, anche sulla base del proprio individuale percorso formativo e professionale che comunque non potrà mai collidere con le competenze e le pertinenze mediche in qualsivoglia atto di cura, dovrà dunque essere valutata la possibilità o meno di affidare a personale non medico l'effettuazione – con particolare attenzione quando ciò debba avvenire in via autonoma e non sotto la supervisione di un medico – di attività suscettibili di poter essere considerate quali trattamenti diagnostici, terapeutici o riabilitativi e/o comunque in senso lato di tipo squisitamente *medico*.



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

Dott.ssa Marina Grandi  
Dott. Maurizio Grossi  
Dott. Beniamino Lo Monaco  
Dott. Giuseppe Miserotti  
Dott. Stefano Rubini

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

La concretizzazione identificativa degli atti medici, con trasposizione dal concettuale allo specifico, è pertanto operazione che sicuramente non può prescindere da un fattivo contributo esercitabile dagli Ordini Professionali anche in termini di proposizione e nondimeno di vigilanza, nell'ambito dei compiti *latu sensu* agli stessi istituzionalmente riconducibili.

Tutto ciò in risposta anche alle legittime istanze avanzate a livello regionale dai maggiori sindacati medici (ANAAO ed ANPO dell'Emilia Romagna) che, attraverso i loro responsabili regionali hanno sollecitato la FRER ad intervenire in una materia la cui delicatezza comporta interventi oltremodo oculati viste le implicazioni derivanti dal complesso rapporto di cura col paziente.

Un mandato chiaro se investiti della responsabilità di limitare le scelte che *a cascata* ne deriverebbero nell'ulteriore e paventato progetto sull'articolazione del lavoro infermieristico a livello dei Pronto Soccorso regionali, in consonanza con quanto attuato finora in via sperimentale dalla vicina Regione Toscana.

## **Regione Toscana**

### ***Consiglio Sanitario della Regione Toscana***

#### **Premessa toscana**

Il tutto nasce dalla Proposta di sperimentazione del modello "See and Treat" in Pronto Soccorso fatta a livello Regionale dall'Assessorato alla Salute nell'anno 2007 partendo dall'esperienza anglosassone oggettivata in quello che è nominato *Il metodo "see and treat" in Pronto Soccorso*.

Sulla scorta di quanto riportato nel R.D. 1631 del 1938 e, successivamente, dal DPR 128 del 1969, tutti gli Ospedali devono essere muniti di servizio di Pronto Soccorso, con un organico proprio, indipendente ed autonomo in risposta alle urgenze provenienti dall'esterno. Le stime ultime dimostrano come in Italia oltre 400 su 1000 abitanti ogni anno hanno accesso al Pronto Soccorso ospedaliero, di cui 250 vi giungono per problemi di salute definiti minori e comunque di non primaria entità<sup>2</sup>.

Dato il crescente utilizzo dei Pronto Soccorso da parte della popolazione, con momenti di vera criticità, si è reso necessario porre in atto correttivi sui tempi di accesso alle cure in base a priorità cliniche mediante instaurazione del cosiddetto "triage" (dal francese "trier", selezionare) divenuto obbligatorio dal 2001 su tutto il territorio nazionale.

Sebbene sia stato sollevato più di un dubbio sull'affidamento del triage a personale non medico, essendo solo un giudizio di accesso alle cure in base alla patologia il più spesso



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

corredata di giudizio medico, attualmente il triage è svolto da personale infermieristico che “definisce la priorità di accesso alle cure prestate dal personale medico in qualche modo dirigendo per così dire il traffico all’interno del Pronto Soccorso rendendo compatibile con la risposta medica disponibile il flusso all’ interno della struttura”<sup>3</sup>.

### **Il See and Treat applicato nella Regione Toscana**

La regione Toscana è partita dal presupposto che per i casi lievi il problema di salute potesse essere risolto direttamente in fase di prima accoglienza in PS, evitando al paziente diversi passaggi e procedure con l’applicazione del modello cosiddetto “See and Treat”, che vuole essere una risposta assistenziale alle urgenze minori, utilizzato dal Servizio Sanitario Nazionale Inglese<sup>4</sup> e che risulta efficace soprattutto nel contenimento delle attese.

Lo caratterizzano :

1. in conseguenza del “trriage” scaturiscono due accessi distinti, uno per i casi più gravi ed uno per le urgenze minori (il “See and Treat” propriamente detto);
2. si identifica un’area per il “See and Treat”, adiacente al Pronto Soccorso, ove operi personale proprio;
3. chi accede al “See and Treat” è accolto direttamente dal primo operatore disponibile, Medico o Infermiere, il quale conduce autonomamente tutte le procedure necessarie fino al loro termine;
4. gli operatori addetti al “See and Treat” devono essere nel numero necessario per prendere in carico immediatamente il paziente ed evitare il determinarsi di lunghe code;
5. il personale dell’area “See and Treat” è costituito dagli operatori più esperti e comunque deve aver ricevuto una formazione specifica per la patologia di competenza;
6. viene ammessa al “See and Treat” una casistica selezionata per appropriatezza.<sup>1</sup>

### **Punti del Progetto Toscana**

E’ evidente che gli aspetti innovativi del modello inglese sono la sostituzione della funzione di triage con una più semplice discriminazione iniziale fra casi urgenti e casi non urgenti, e, per le urgenze minori, la completa presa in carico del caso da parte del primo operatore disponibile, medico o infermiere.

Tale soluzione pare giuridicamente non sostenibile poiché le patologie, sebbene minori, rimangono di pertinenza del medico per la competenza specifica maturata durante il

<sup>1</sup> -1 CENSIS comunicazione stampa 12 Ottobre 2004 disponibile al sito <http://www.censis.it/>  
-2 Ministero della Salute. Compendio Anno 2003 <http://www.ministerosalute.it/>  
-3 DesPlaines, IL (1999) Standards of emergency nursing practice (4th Ed.) Emergency Nursing Association (ENA)”  
-4 <http://www.wise.nhs.uk/cmsWISE/Service+Themes/emergency/seeandtreat/seeandtreat.htm>



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

Dott.ssa Marina Grandi  
Dott. Maurizio Grossi  
Dott. Beniamino Lo Monaco  
Dott. Giuseppe Miserotti  
Dott. Stefano Rubini

precorso formativo corroborato non solo dal titolo e dalla legislazione vigente ma da un vissuto professionale specifico ed unico.

Ponendo poi sullo stesso piano, per la stessa patologia, il medico e l'infermiere, si viola il principio della specificità della competenza ottenuta con una formazione adeguata che ha condotto alla distinzione professionale di due figure eludendo fra l'altro il primato formativo del Corso di Laurea in Medicina e Chirurgia.

Se la figura che si vuole costruire quale espressione della medicina innovata del terzo millennio è quella di un infermiere con mansioni amplificate si ritiene che sia destinata a creare non pochi problemi gestionali, evocando esperienze bocciate dalla storia sia nel mondo del lavoro sia in quello sociale, espresse e ben effigiate da Breugel nel suo dipinto la "torre di Babele".

Si configurerebbe una situazione che vede ufficializzata una figura che assommi su di sé competenze medico sanitarie, che è poi la figura del medico attuale, affiancata da una nuova figura a cui si riconoscano competenze sanitarie oltreché mediche, appunto evidenziabili in quel termine "infermedico".

Il risultato è infatti quello di, usando un neologismo, "babelizzare" la salute attraverso la confusione dei ruoli e la commistione delle competenze, facendo sì che il cittadino sia sempre più confuso dalla impostazione della sanità pubblica, perdendo punti di riferimento certi nella confusione del "chi fa che cosa".

Non giovano bizantinismi che servano unicamente a giustificare talune scelte e non a chiarire al paziente quale sia il rimedio giusto per rispondere ai suoi bisogni di salute, piccoli o grandi che siano, come ad esempio proporgli protocolli da chicchessia applicati come prodotti certificati di cura, oggettivandoli e dunque rendendoli eseguibili indifferentemente da medici od infermieri.

Indubbiamente quest'ultima innovazione appare più significativa per una certa impostazione della sanità pubblica che parrebbe dimenticare non tanto la snellezza degli accessi al Pronto Soccorso, che giustamente vanno coordinati e snelliti, quanto la giustezza degli interventi terapeutici ed il raggiungimento dell'obiettivo della miglior cura dispensata da personale qualificato.

Altro elemento da valutare è quello più prettamente accademico e formativo. Se la formazione universitaria è tale da mettere in condizione sia il medico che l'infermiere di accedere alla funzione di dispensatore di cure, previo processo articolato di diagnosi, allora il corso di laurea in medicina e quello in infermieristica altro non sarebbero che un doppione. Anche in questo caso uno dei due dovrebbe essere abolito o comunque integrato. Ma ciò farebbe decadere il concetto che le prestazioni sulla piccola come sulla



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli

Dott. Andrea Bedetti

Dott. Tiberio d'Aloia

Dott. Nicolino D'Autilia

Dott. Bruno Di Lascio

Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola

Dott. Carlo D'Achille

grande patologia siano differenziabili fra diverse figure professionali: l'infermiere che è messo nella condizione di fare il medico, travalica la sua funzione di infermiere di fatto sanato nella nuova posizione di medico.

*De iure et de facto* si de-mansiona il medico e si sovra-mansiona l'infermiere che assurge a posizione professionale medica proprio allorché si promuove l'infermiere da un apporto prevalentemente collaborativo ad una fase operativamente autonoma, duplicando in tal modo le potenzialità del punto di prestazione.

Quest'impostazione in apparenza inseribile in una sorta di democrazia sanitaria, di fatto è una rivoluzione nell'ambito della scienza medica, volendo attribuire a talune figure competenze non proprie e non retaggio di una preparazione specifica e finalizzata.

Sorge più di un dubbio quando si consideri, ad esempio, la ricerca che è effettuata dal mondo infermieristico anglosassone, e di cui si hanno conferme in autorevoli riviste di "nursing"; cresce la perplessità su come si possa fare ricerca clinica, applicata e pura in ambito della patologia umana, che possa distinguersi in medica o infermieristica: la ricerca è sempre ricerca diversificata per materia ed argomento, ma distinta in osservazionale o laboratoristica pura, clinica, gestionale.

Ciò che varia è il target perché è solo la competenza specifica che porta a studiare particolarità cliniche, biologiche, farmacologiche o quant'altro. Ancor di più nella ricerca clinica, ove, in relazione alla specificità delle competenze può aversi quella collaborazione costruttiva fra le diverse figure professionali in ambito sanitario che agiscono in sinergia, e non in sola autonomia, contribuendo indirettamente al processo di cura del cittadino ammalato, che è l'unico obiettivo certo nel mantenimento e nella salvaguardia sociale del bene salute.

Ma al ragionamento teorico si contrappone quello più pratico che vede l'utilizzo dell'infermiere nel triage in una funzione evidentemente "paramedica" in evoluzione verso quella "competenza medica che gli viene offerta sul campo" ma che nella mente degli estensori è stato finalizzato ad *<incrementare il numero delle prestazioni senza un pari, ma più limitato, incremento delle risorse umane>*, come riportato testualmente sul documento regionale quale giustificazione addotta proprio dal vertice sanitario regionale toscano.

Postulando una *<garanzia di mantenimento della qualità della prestazione, tutto ciò <nelle linee di miglioramento dei Pronto Soccorso che l'Assessorato al Diritto alla Salute sta promuovendo, pur rimanendo la necessità di ulteriori sviluppi organizzativi sul territorio>*.

Lo stesso Assessorato specifica di seguito *< si afferma il principio che la risposta all'urgenza, anche solo soggettiva, deve essere fornita con efficacia e efficienza indipendentemente dai tradizionali criteri con cui abbiamo valutato l'appropriatezza*



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizzi

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli

Dott. Andrea Bedetti

Dott. Tiberio d'Aloia

Dott. Nicolino D'Autilia

Dott. Bruno Di Lascio

Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola

Dott. Carlo D'Achille

*dell'accesso in PS, almeno fino a che il riferimento prevalente per i problemi del cittadino sarà costituito dal PS stesso>. (Allegato 2)*

Una giustificazione, quella di una innovazione utile e necessaria, perché più funzionale, che contrasta con la reale competenza dei due ipotetici attori coinvolti e con il diritto alla salute ed alla miglior cura sancita proprio dalla nostra costituzione, come un diritto inalienabile.

### **Il servizio di Urgenza Emergenza nel Servizio "118"**

Analogo discorso, con addotte le motivazioni succitate si deve fare per un altro aspetto considerato e parzialmente attuato con condivisione di protocolli in realtà diversificate della Regione Emilia Romagna.

Adducendo la stessa motivazione giuridica portata a giustificazione di scelte organizzative assistenziali nell'ambito delle attività di pronto soccorso che vedono il personale infermieristico investito di compiti e mansioni di pertinenza medica, si è pensato di estendere a quest'ultimo talune attività di fatto riconducibili al principio del "See and Treat" anglosassone nell'urgenza-emergenza territoriale.

Pur nell'addurre il giustificativo della eccezionalità degli interventi si è pensato di strutturare l'assistenza coordinata dal 118 sul territorio in modo che ad intervenire in situazioni di codice rosso, come in caso di patologia coronariche acute, sia non più solo l'auto medica ma l'ambulanza col solo infermiere a bordo, investito del compito del primo intervento il quale agisce con la giustificazione dello stato di necessità come, ed in vece, del medico.

Pensare di attivare un servizio privo del medico nella strutturazione organizzativa del 118, sembra, a parere degli addetti all'urgenza emergenza, una situazione perlomeno singolare in relazione al fatto che competenza e qualità sono da considerarsi in tali circostanze di criticità elementi tutt'altro che secondari e che proprio per questo un assetto organizzativo che ne preveda l'esclusione suona, nell'ambito della tutela della salute, se non azzardato quanto meno ardito.

Richiamando la normativa che prevede la scomparsa del mansionario per il personale infermieristico<sup>2</sup> è stata postulata, ed in alcune realtà anche realizzata, la possibilità, per l'infermiere, di intervenire di routine in autonomia nella diagnosi e terapia di primo presidio nel caso del paziente non critico.

<sup>2</sup> (Legge n. 42/1999, art. 1 che abroga il succitato D.P.R. 225/1974, costituente il mansionario della professione ed il D.M. 739/1994, rubricato quale "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere")



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Piza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli

Dott. Andrea Bedetti

Dott. Tiberio d'Aloia

Dott. Nicolino D'Autilia

Dott. Bruno Di Lascio

Dott. Stefano Falcinelli

Dott.ssa Marina Grandi

Dott. Maurizio Grossi

Dott. Beniamino Lo Monaco

Dott. Giuseppe Miserotti

Dott. Stefano Rubini

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola

Dott. Carlo D'Achille

L'autonomia infermieristica si è persino estesa alla somministrazione di farmaci in ambito specialistico come nel caso di patologia coronarica acuta con infarto del miocardio (IMA). Come noto, dispensare farmaci è di pertinenza del medico o del personale infermieristico ma solo sotto la guida e responsabilità medica.

La motivazione addotta per tale deroga è quella della eccezionalità degli eventi. Ma la situazione occasionale e rara non può essere ritenuta sufficiente a giustificare una effettuazione estensiva; infatti ogni intervento va modulato e commisurato alla serietà della patologia.

Si ritiene, inoltre, che una simile prassi porterebbe a limitare l'uso dell'automedica –dove è previsto un medico a bordo - per criteri di economia nel nome cioè di un *economicismo di sostanza* al fine di giustificare decisioni organizzative poco consone con una corretta gestione del bene salute del cittadino.

Non è considerato certamente produttivo per la collettività un assetto organizzativo che preveda la sostituzione surrettizia del medico specialista con un infermiere "formato", cui si attribuisca un'autonomia di giudizio e di intervento, che sarebbe giustificato, come premesso, solo dalla quasi unicità degli eventi e, perciò, solo in casi particolari, in corso, cioè, di situazioni eccezionali in cui si verificasse, come ad esempio in caso di eventi catastrofici .

Il cambiare le regole, che sono dettate soprattutto dal buon senso e dall'esperienza, in settori così delicati in cui la perizia è requisito fondamentale data la difficoltà e la delicatezza delle patologie che per definizione sono di elevata gravità, è un fattore di rischio aggiuntivo alla prognosi dei pazienti critici e, soprattutto, dei risultati del processo di cura.

A maggior ragione si deve ritenere, fuor di dubbio, che ci si debba richiamare al rispetto del principio e del requisito imprescindibile che un simile intervento clinico sia effettuato da personale altamente specializzato, in possesso di una solida ed oggettiva preparazione, e che peraltro sia giuridicamente giustificato in modo assolutamente chiaro e definito, che altri non è se non il medico specialista in medicina d'urgenza o in rianimazione.

Ogni possibile deviazione da una simile impostazione così strutturata andrebbe a configurare scenari di un improprio utilizzo di personale e potrebbe portare quasi certamente ad instaurarsi contenziosi proprio nel nome e per conto della tutela della salute del cittadino.

Verrebbe così meno il requisito di legalità legato al ruolo ed alle funzioni del medico in quanto figura giuridica ben definita e munita di specifico titolo accademico ed altrettanto specifica abilitazione all'esercizio della professione.





**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

Dott.ssa Marina Grandi  
Dott. Maurizio Grossi  
Dott. Beniamino Lo Monaco  
Dott. Giuseppe Miserotti  
Dott. Stefano Rubini

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

L'atto medico, in tutte le sue possibili espressioni, ha legittimità derivante dal conseguimento dell' idoneità all'esercizio professionale riconosciuta dall'Ordine dei Medici Chirurghi, su delega del Ministero della Salute nel rispetto dell'art.13 e 32 della Carta Costituzionale.

Esso si basa sui principi della libera scelta del cittadino e dell'autonomia del medico, il quale è tenuto a richiedere come primo atto di responsabilità e cura il consenso implicito od esplicito nel rispetto della contrattualità del rapporto medico-paziente.

Ed il consenso, per la sua essenza, è acquisibile nella sua forma compiuta pertanto solo dal medico-medico, in ragione del fatto che la sua acquisizione è regolata e definita dalla giurisprudenza negli aspetti civili e penali e peraltro non è prevista alcuna procedura per l'acquisizione del consenso da parte delle altre figure professionali in ambito sanitario.

Nella stessa gestione del rischio clinico il consenso diventa un passaggio necessario come primo atto di cura e come condivisione accettazione dei percorsi diagnostico terapeutici fra medico e paziente intermediari e trova altresì conferma in una vasta bibliografia giurisprudenziale in merito a sentenze ordinarie e della Suprema Corte di Cassazione.

### **Progetto regionale Perimed (allegato n. 3)**

In data 14 gennaio c.a. è stato presentato a livello ospedaliero un progetto - infermiere "pilota" in alcune realtà regionali per la gestione dei pazienti in fase preoperatoria partendo dal presupposto che la legge 10.8.200 n.251 o della "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica" all'art.1 definisce che "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura ed alla salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". Sempre la Legge invita le Regioni alla promozione della "[...] valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico - ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quella degli Stati dell'Unione Europea".

Ciò è stato considerato un valore da sviluppare per cui la Regione Emilia Romagna ha inteso presentare il progetto specifico inserendolo nell'ambito della sua politica di innovazione e di ricerca, stabilendo di lavorare su progetti e sperimentando modelli organizzativi innovativi nel settore chirurgico, limitandoli alla fase preoperatoria.



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Piza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

Sono stati adottati quale conferma alla sperimentazione sul paziente in fase preoperatoria alcuni giustificativi di "merito" al fine di determinare:

- 1- una implementazione del livello di sicurezza del processo operatorio
- 2- migliorare i livelli di assistenza in ragione dei livelli di qualità percepita ed attesa dal cittadino
- 3- migliorare l'integrazione fra ospedale e servizi territoriali.

Nelle intenzioni della Regione si intende valorizzare le competenze del personale ausiliario infermieristico e ostetrico, attribuendo loro e riconoscendo un "core competence" strutturato, elevato e specifico, sulla cui base poter stabilire, individuandone le peculiarità, un "core curriculum" a riprova del livello formativo che possa costituire la base culturale su cui costruire i percorsi formativi ulteriori di specializzazione in accordo con le Università, aggiornandolo al settore chirurgico e più nello specifico, preoperatorio.

Alla funzione prettamente infermieristica, che può considerarsi prettamente di "qualificato supporto al medico" col rilievo di dati anamnestici peculiarmente raccolti dall'infermiere, si riscontrano elementi di giudizio, a seconda della serietà delle patologie da sottoporre a trattamento chirurgico, valutazioni cliniche particolari di supporto all'anestesista (infermiere valutatore insieme all'anestesista in caso di percorso a media intensità) ma anche di piena autonomia (nel percorso a bassa intensità), lasciando alla valutazione unica dell'anestesista invece i casi complessi ( percorso ad alta intensità)

Nel documento in origine ( pag 15), si rileva che nel piano formativo è previsto che il personale ausiliario infermieristico di fatto venga posto in condizione di fare una valutazione degli esami e della persona, passando attraverso la raccolta dei dati anamnestici e seguendo a questi una valutazione clinica del paziente , procedendo a visita, come l'auscultazione del torace : e tutto ciò in un lasso di tempo breve nell'arco di soli tre mesi, essendo questo il tempo ritenuto sufficiente per maturare le competenze specifiche richieste.

AZIONI	TEMPO IN MESI	CHI FA / DOVE
6. Formazione ed addestramento degli infermieri che realizzeranno le visite pre-operatorie	infermieri 3 mesi	In RER

Fig.1( dal documento progetto Perimed RER del 14.1.2010)



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizzi

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

Lascia alla valutazione ulteriore il significato del modulo dell'intervista con proposizione di domande a valenza clinica che mal si coniugano con una formazione non medica, perché espressione di una valutazione clinica complessa nell'alveo di patologie diverse e diversificate per cui necessita apposita formazione specifica maturata nel corso degli anni ed così anche l'auscultazione polmonare (PAG. 21-26. L'ALLEGATO N. 3, PAG.27- 30 .ALLEGATO N. 4)

Il senso della sperimentazione si riassume pertanto in una generica azione non più sussidiaria ma alternativa al medico attribuendo in fase sperimentale competenze non solo assistenziali ma cliniche operative e gestionali in piena autonomia, "costruendo un portfolio di competenze per gli operatori dell'area assistenziale nell'ambito della formazione complementare specialistica in collaborazione con l'Università".

Al termine del "breve periodo formativo" (Pag.49) si stabilisce che l'infermiere sia capace di :

- 1- valutare le condizioni dei pazienti a basso rischio utilizzando modalità e strumenti condivisi in collaborazione di altre figure del team
- 2- valutare le informazioni già in possesso del paziente
- 3- documentare le condizioni mediche preesistenti
- 4- riconoscere le indicazioni cliniche e le potenziali reazioni avverse ai farmaci impiegati in ambito preoperatorio
- 5- favorire la continuità assistenziale
- 6- sviluppare progettualità

Un'articolata sperimentazione che ponga sullo stesso piano l'intervento autonomo dell'infermiere con quello dell'anestesista suona azzardato, sia per la valutazione iniziale dei patologia a basso oppure a medio o alto rischio; poi crea una serie di problemi professionali, etici, inerenti la sicurezza dell'ammalato al quale deve essere garantita un'assistenza clinica qualificata da parte di personale addetto preparato e "certificato", la cui esperienza sia certamente superiore ad un corso di formazione trimestrale, a tutela proprio della salute del cittadino.

Una salute che, in base al progetto in questione, sarebbe sicuramente compromessa con atti politici che portano all'indubbio aumento del rischio clinico e *sic stantibus rebus*, ogni ulteriore tentativo di sostituire il medico nella sua funzione con altro personale, che non abbia una specifica, articolata e documentata formazione (core curriculum) conseguita seguendo un iter formativo adeguato, costituisce motivo di apprensione per il cittadino, il



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli

Dott. Andrea Bedetti

Dott. Tiberio d'Aloia

Dott. Nicolino D'Autilia

Dott. Bruno Di Lascio

Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola

Dott. Carlo D'Achille

quale non avrebbe la garanzia di un'assistenza qualificata, nonché ne testimoni nel *post totum* un'illecita interpretazione statuale.

## **Conclusioni**

La FRER, alla luce delle considerazioni sopra riportate, fatto salvo il principio della salvaguardia dell'alleanza terapeutica e del rapporto medico-paziente e nell'ambito di una valutazione globale sulle prospettive dell'assistenza sanitaria necessitante un coinvolgimento delle componenti non mediche, ritiene indispensabile **che la FNOMCeO ponga in essere**, anche attraverso il prossimo Convegno previsto in Romagna nel mese di maggio **un approfondito dibattito per definire:**

- 1) l' *atto medico*;
- 2) la peculiarità dell'attività del medico;
- 3) il diritto-dovere della diagnosi e della cura del paziente quale prerogativa imprescindibile del medico;
- 4) ruolo e funzione del personale ausiliario nei processi di diagnosi e cura
- 5) la normativa che regola la figura giuridica del medico;
- 6) la responsabilità professionale d'equipe, nella certezza dei ruoli e delle mansioni ed il primato dell'atto medico;
- 7) con chiarezza i compiti e i ruoli nei rapporti con le altre figure professionali collaboranti con il medico nei vari processi operativi,
- 8) l'individuazione degli atti e l'esecutore delle azioni esercitate nel processo di diagnosi, terapia e certificazione di cui è assegnata la responsabilità diretta al medico (o DTC)
- 8) per le professioni sanitarie non mediche la necessità del preventivo consenso raccolto dal medico responsabile dei singoli atti di diagnosi e cura, inquadrati nel lavoro di equipe.
- 9) la responsabilità del medico di ogni atto di diagnosi e cura che preveda l'intervento di tutte le altre figure sanitarie a concorso del risultato in ogni singolo segmento operativo.



**Presidente:**

Dott. Giancarlo Pizza

**Vice Presidente:**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**Segretario:**

Dott. Giancarlo Aulizio

**Tesoriere:**

Dott. Salvatore De Franco

**Consiglieri:**

Dott. Luigi Bagnoli  
Dott. Andrea Bedetti  
Dott. Tiberio d'Aloia  
Dott. Nicolino D'Autilia  
Dott. Bruno Di Lascio  
Dott. Stefano Falcinelli

**Rappresentanti Odontoiatri:**

Dott. Angelo Di Mola  
Dott. Carlo D'Achille

Ed infine sollecitare ogni percorso per giungere alla depenalizzazione dell'errore medico. Tali argomenti paiono ormai ineludibili: si tratta di mettere il dito nella piaga sui tentativi, sempre più evidenti, di determinare una equipollenza di titoli a fronte di prestazioni che competono ad attori diversi in ambito sanitario.

Come noto, al medico compete stilare la certificazione che è strumento con una sua struttura e validità giuridica e conseguenti responsabilità, indipendentemente dal tipo di prestazioni effettuate, quale atto di cura che ne è peculiare espressione.

Situazione, questa che non potrà mai competere all'operatore sanitario e se l'operatore sanitario chiamato in causa, nella fattispecie l'infermiere, non può legalmente certificare la sua prestazione questa non potrà produrre gli effetti anche legalmente attesi.

In altre parole il modello organizzativo alla base di qualunque procedura non può non tenere conto che gli operatori hanno responsabilità e procedure comunque diverse e non assimilabili.

In questa ottica in ogni Pronto Soccorso qualunque un ambulatorio dedicato a codici bianchi e verdi, con più infermieri dovrà essere affidato alla responsabilità di un medico, e solo a lui compete l'iter di diagnosi e cura.

Si ritiene che preconstituire percorsi-scorciatoia con un retro-pensiero economicistico non possa che creare danno al cittadino, al paziente, all'economia del Paese.

Il Presidente

(dott. Giancarlo Pizza)

N. 3 Allegati



		CONSIGLIERI	
<b>-PRESIDENTE</b> Dott. Pierantonio Muzzetto	<b>--TESORIERE</b> Dott. Salvatore De Franco	Dott. Luigi Bagnoli Dott. Andrea Bedetti Dott. Nicolino D'Autilia Dott. Bruno Di Lascio Dott. Stefano Falcinelli Dott.sa Marina Grandi Dott. Beniamino Lo Monaco	Dott. Augusto Pagani Dott. Giancarlo Pizza Dott. Paolo Ronchini Dott. Stefano Rubini CONS. ODONTOIATRI Dott. Carlo D'Achille Dott. Angelo Di Mola
<b>-VICE PRESIDENTE</b> Dott. Maurizio Grossi	<b>-SEGRETARIO</b> -Dott. Michele Gaudio		

---

**Prot.P1/14**

- **Chiar.mo Presidente del Consiglio dei Ministri**  
**On.le E. Letta**
- **Chiar.mo Ministro della Salute**  
**On.le B. Lorenzin**
- **Chiar.mo Presidente FNOMCeO**  
**Dott. Sen. A. Bianco**

▪ **A tutti i Presidenti OMCEO d'Italia**

A nome dei componenti della Federazione Regionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri dell'Emilia Romagna, a seguito della decisione consiliare unanimemente presa nella riunione del 15 u.s., ho il compito di esprimere Loro alcuni rilievi su uno degli argomenti di stretta attualità che coinvolgono il mondo sanitario.

Si stanno, infatti, definendo percorsi e competenze professionali in ambito politico regionale - su cui questa Federazione Regionale, come espressione coordinata e rappresentativa dei vari ordini provinciali, ha espresso parere e posizione<sup>1</sup> - al tavolo della Conferenza Stato Regioni e anche a livello parlamentare, con vari DDL, senza che vi sia un puntuale e articolato piano formativo, lasciando spazio ad accordi o proposte legislative, che, per quanto assolutamente legittime, richiederebbero magari un diverso approccio programmatico al fine d'evitare inutili tensioni nei rapporti professionali.

E' nostra opinione che il complesso d'interventi, che s'intendano proporre, come dalle bozze di accordo Stato- Regioni- Sindacati di cui s'apprende dalla stampa, difficilmente consentirà di valorizzare fino in fondo l'armonizzazione delle professioni; in un sistema, cioè, in cui il funzionamento dei singoli meccanismi di accoglienza, diagnosi e cura del paziente debbano andare in modo coordinato e all'unisono, senza per questo dover scomodare Menenio Agrippa.

Le osservazioni, che con la presente nota s'intendono Loro esplicitare, non vogliono essere espressione di una visione categoriale ristretta, come da alcuni potrebbe intendersi, ma nascono dalla convinta necessità di incentivare lo sviluppo di tutte le professionalità del SSN, attraverso la chiara definizione delle responsabilità e delle competenze di tutti gli attori coinvolti, proporzionati alle specificità acquisite nei percorsi di studio legalmente garantiti e stabiliti da leggi del Parlamento.

---

<sup>1</sup> Federazione Regionale Emilia Romagna degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (F.R.E.R.) che in data 20/02/10 approvava il documento "La funzione del Medico nel lavoro in equipe con le altre professioni sanitarie. Competenze infermieristiche. Individuazione e delimitazione dell'atto medico. Tutela della salute del cittadino".



**-PRESIDENTE**

**Dott. Pierantonio Muzzetto**

**--TESORIERE**

**Dott. Salvatore De Franco**

**-SEGRETARIO**

**-Dott. Michele Gaudio**

**-VICE PRESIDENTE**

**Dott. Maurizio Grossi**

**CONSIGLIERI**

**Dott. Luigi Bagnoli**

**Dott. Andrea Bedetti**

**Dott. Nicolino D'Autilia**

**Dott. Bruno Di Lascio**

**Dott. Stefano Falcinelli**

**Dott.sa Marina Grandi**

**Dott. Beniamino Lo Monaco**

**Dott. Augusto Pagani**

**Dott. Giancarlo Piza**

**Dott. Paolo Ronchini**

**Dott. Stefano Rubini**

**CONS. ODONTOIATRI**

**Dott. Carlo D'Achille**

**Dott. Angelo Di Mola**

Pertanto non ci si può esimere dal significare Loro la forte preoccupazione che aleggia al nostro interno, per le possibili ripercussioni che potrebbero scaturire dall'atteggiamento delle Regioni in tema di gestione decentrata della Sanità e dalla loro attività legislativa autonoma se non coordinata fra tutte le altre Regioni in questo campo così delicato e cruciale<sup>2</sup>.

E, col rispetto dovuto alle Istituzioni, va segnalato in particolare come i vari disegni di Legge<sup>3</sup> sulla Responsabilità medica, all'esame delle singole Commissioni parlamentari e anche in seduta congiunta delle due Camere (II e XII)<sup>4</sup>, vadano a normare alcuni aspetti che, negli effetti e nell'interpretazione, andrebbero ben oltre le aspettative e gli stessi intendimenti dei proponenti, non rispondendo fino in fondo alle garanzie delle professioni "target", e alla tutela della salute del cittadino.

E, sempre nella logica della libera interpretazione non favorita certo dallo stile e dal lessico legislativo, declinano i rapporti e le competenze delle varie figure del sistema sanitario, presupponendo cambiamenti *in nuce* non rispondenti alle reali situazioni, ruoli e competenze in essere.

Sempre in tema di accordi, preoccupano le scelte di alcune Regioni con decisioni non omogenee che modificano in modo sostanziale gli equilibri lavorativi e i profili d'assistenza, secondo alcuni giuristi non completamente richiamandosi alle prerogative del Titolo V della nostra Costituzione<sup>5</sup>, ove limita la potestà statale, e dunque regionale, alla decretazione d'indirizzo generale in tema di formazione e istruzione, nonostante la folta messe di Leggi<sup>6</sup> che delegano a Regioni e al Governo scelte in tema di valorizzazione e responsabilità delle professioni, sia per l'aziendalizzazione che in funzione europea.

D'altro canto, si è sollecitati dal sempre richiamato "diritto del cittadino alla buona cura" e alla garanzia di un adeguato apporto professionale in tema di gestione della salute, quando si invochi, in particolare, la scarsità delle risorse quale causa per modificare l'impianto del SSN e per assegnare competenze oggi improprie a figure che non ne abbiano titolo.

Va in ogni caso segnalato come l'enfasi posta nell'agire "per tagli" alla spesa pubblica stia facendo dimenticare il valore della salute<sup>7</sup>, che è un bene assoluto e che, proprio in un'ottica d'economia applicata, oggi diventa un elemento positivo, misurabile attraverso la sempre più precoce immissione al lavoro dei cittadini ammalati e più prontamente guariti.

Di pari passo, nell'ottica del miglior utilizzo delle risorse in ambito sanitario, è auspicabile che si operi per uno sviluppo del settore assistenziale, valorizzando adeguatamente il personale medico e non medico, con riconoscimento di responsabilità e competenze che siano appropriate; ma soprattutto frutto e conseguenza di un'adeguata formazione, di collaborazione efficace. Parlare d'integrazione, invece, presumerebbe

---

<sup>2</sup> In materia di professioni e tutela della salute la Regione dovrebbe quindi attenersi ai principi fondamentali fissati dallo Stato a lui riservati in via esclusiva. Sul punto la Corte Costituzionale ha espresso la propria posizione, già all'indomani della riforma Costituzionale del 2001 (sent. 282/02), consolidando poi il proprio orientamento con pronunce d'incostituzionalità di leggi regionali che tentavano l'individuazione di nuove figure professionali (Sent. n. 179/08; n. 93/08 e 300/07).

<sup>3</sup> XII legislatura DDL: 1324 (Camera Deputati, CD), 1312 (CD), 1581 (CD), 1314 (Senato Repubblica, SR).

<sup>4</sup> XII legislatura DDL 1314 (Senato Repubblica, SR)

<sup>5</sup> Costituzione della Repubblica Italiana, Titolo V art.117, lettera "n"

<sup>6</sup> Legge 10 agosto 2001, n. 251; Legge 1 febbraio 2006, n. 43

<sup>7</sup> La salute fa bene ai bilanci, Rapporto Mercer Marsh Benefits, 2013



---

<b>-PRESIDENTE</b> Dott. Pierantonio Muzzetto	<b>--TESORIERE</b> Dott. Salvatore De Franco	<b>CONSIGLIERI</b>	Dott. Augusto Pagani
<b>-VICE PRESIDENTE</b> Dott. Maurizio Grossi	<b>-SEGRETARIO</b> Dott. Michele Gaudio	Dott. Luigi Bagnoli	Dott. Giancarlo Piza
		Dott. Andrea Bedetti	Dott. Paolo Ronchini
		Dott. Nicolino D'Autilia	Dott. Stefano Rubini
		Dott. Bruno Di Lascio	CONS. ODONTOIATRI
		Dott. Stefano Falcinelli	Dott. Carlo D'Achille
		Dott.sa Marina Grandi	Dott. Angelo Di Mola
		Dott. Beniamino Lo Monaco	

---

intersecazione di competenze e, di conseguenza, un possibile quanto mai non positivo dissidio proprio di competenze, laddove non siano chiari i compiti di ciascuno<sup>8</sup>. Innescando magari conflitti che, in un settore così delicato sarebbe più utile evitare. Oppure creando sovrapposizioni che andrebbero a definire figure molto simili se non uguali, con crescere proprio dell'integrazione, il che non sarebbe certamente produttivo né auspicabile e richiederebbe in ogni caso delle scelte indispensabili.

Proseguendo nell'analisi parrebbe, perciò, più coerente agire sull'organizzazione del lavoro sfruttando al meglio le competenze professionali, in base ai ruoli, definendo quelli non ancora definiti, e alle oggettive responsabilità, frutto della specificità della formazione.

Va da sé che da un'adeguata formazione derivino competenze che non possono non legittimare gli ambiti d'azione e d'autonomia, che non è pensabile sia assoluta, bensì graduata o di scala, nel rispetto, cioè, di ruoli e funzioni, che vanno graduati armonizzati e finalizzati al conseguimento di un unico risultato, ossia alla miglior cura per l'ammalato.

Nel richiamarsi a questi concetti, di là da argomentazioni giuridiche ineccepibili che giustificano cambiamenti epocali per la nostra realtà, non ci si può esimere dal considerare il valore e la qualità della sanità italiana, riconosciuta in campo internazionale<sup>9</sup>, che si basa non certo sui privilegi di casta o di categoria o di possibili "desiderata professionali", quanto sulla peculiarità, specificità e completezza della formazione cui conseguono differenziati gradi di responsabilità.

In ogni caso va considerata la necessità di una programmazione sanitaria che preveda, per il personale, il *timing* e il quantum formativo dei vari attori del mondo sanitario, e anche le priorità che in un sistema complesso e articolato sono correlate alle responsabilità. E, proprio per questo, va ribadito il coordinamento delle funzioni, che non può essere lasciato alla libera aspirazione di ogni singola categoria, in questo richiedendo uno sforzo alla politica per perseguire nella chiarezza e concretezza le scelte di gestione.

Il problema che coinvolge attori e legislatore è quello di dover gestire in modo armonico le varie competenze, in un insieme di rapporti fra diverse professionalità: si chiede con deferenza alla Presidenza del Consiglio, al Ministero della Salute e al mondo politico, con espressione in ambito Federativo Medico, un "confronto a tutto campo non più dilazionabile" che veda coinvolto anche il mondo Universitario, la componente ministeriale e la rappresentanza medica Ordinistica.

Lo strumento ritenuto necessario oggi sarebbe un tavolo tematico di confronto e operativo, diverso dalla "cabina di Regia",

- che sia chiamato ad adeguare le linee d'intervento attraverso i percorsi formativi universitari con identificazione del *cursus studiorum*;

---

<sup>8</sup> Atti convegno "L'atto medico quale espressione del ruolo del medico di fronte all'integrazione con le professioni sanitarie nell'ambito dell'assistenza a tutela del cittadino", Parma 28-29 maggio 2010.

<sup>8</sup> Cassazione Civile – Sez. II; Sent. n. 7884 del 06.04.2011, differenze professionali fra medico e infermiere; C.P. Art. 50. Scriminanti. Tra le cause non codificate si trovano: l'attività medico – chirurgica (per le lesioni provocate ai pazienti inevitabilmente durante gli interventi).

<sup>9</sup> Classifica di Bloomberg 2013 sui sistemi sanitari, in base agli indicatori di speranza di vita (60%), costo sistema sanitario sul PIL (30%), costo pro capite per l'assistenza sanitaria (10%).





		CONSIGLIERI	
<b>-PRESIDENTE</b> Dott. Pierantonio Muzzetto	<b>--TESORIERE</b> Dott. Salvatore De Franco	Dott. Luigi Bagnoli Dott. Andrea Bedetti Dott. Nicolino D'Autilia Dott. Bruno Di Lascio Dott. Stefano Falcinelli Dott.sa Marina Grandi Dott. Beniamino Lo Monaco	Dott. Augusto Pagani Dott. Giancarlo Pizza Dott. Paolo Ronchini Dott. Stefano Rubini CONS. ODONTOIATRI Dott. Carlo D'Achille Dott. Angelo Di Mola
<b>-VICE PRESIDENTE</b> Dott. Maurizio Grossi	<b>-SEGRETARIO</b> -Dott. Michele Gaudio		

- che valorizzi tutte le professioni, a maggior ragione anche quella medica, fino ad oggi mai troppo considerata nel piano di sviluppo e nelle tutele;
- che valuti l'iter e i contenuti degli studi di medicina e delle professioni sanitarie, in un'ottica di valorizzazione, armonizzazione e differenziazione delle appropriate competenze;
- che identifichi gli ambiti del corretto agire e gli strumenti efficaci per una corretta gestione delle risorse in sanità concordando sul valore del "bene salute";<sup>10</sup>
- che definisca la gradazione delle autonomie, non potendo prescindere dal riconoscimento preliminare dei ruoli, delle competenze e degli ambiti d'azione;
- che identifichi il sistema e gli attori naturali deputati al coordinamento nell'assistenza e nella cura.

Di contro quell'autonomia oggi meglio declinata con gradualità, complementarità e collaborazione dovrebbe vedersi associata al concetto di responsabilità, quale espressione di equilibrio nel rispetto di ruoli e funzioni esercitate a tutela proprio della salute del cittadino e della collettività.

In tal modo sarebbe "volano di sviluppo" con l'effetto di limitare tensioni e incomprensioni in ambito non solo medico, cogliendo l'opportunità di sviluppare un processo di crescita e di sviluppo armonico in seno alla comunità sanitaria, nel contempo preservando e valorizzando tutte le forze operative del settore, e non solo quella infermieristica, consentendone la crescita nella considerazione e, certamente, potenziandole.

Come anche non si può sminuire il ruolo e la funzione di coordinamento e di controllo in eligendo del medico, necessario laddove assurga, in vigilando, al ruolo di garanzia e di tutela della salute del cittadino, a meno di scelte in ambito politico che non sarebbero certo in linea con la prassi, l'esperienza e la legislazione italiana oppure con le migliori evidenze scientifiche, che direttamente e indirettamente li corroborano.

È perciò ritenuta indispensabile, e imprescindibile, la riforma del percorso di studi universitari al fine d'armonizzare e opportunamente differenziare le professioni, formando le specificità professionali, da cui derivino compiti e responsabilità altrettanto specifici.

Da qui la necessità anche di un quadro normativo semplificato ed efficace, adeguato al buon livello del SSN, che richiede uniformità su tutto il territorio nazionale attraverso norme coerentemente applicate su tutto il territorio nazionale.

Si ritiene, infine, che un ulteriore fattore di stabilità del SSN sia proprio il determinare l'adeguato livello di responsabilità, che non può non derivare dalla specificità delle competenze, e che impegna il legislatore anche sull'altro versante di garanzia che è il sistema assicurativo del rischio, non a torto considerato la vera criticità in ambito professionale, insieme alla definizione certa dei ruoli, in modo da contribuire a rasserenare il mondo medico e sanitario e sia funzionale alla miglior gestione del sistema salute.

Con cordialità

Pierantonio Muzzetto

Parma 19.1.2014

---

<sup>10</sup> La salute fa bene ai bilanci, Rapporto Mercer Marsh Benefits, 2013



**-PRESIDENTE**

Dott. Pierantonio Muzzetto

**--TESORIERE**

Dott. Salvatore De Franco

**-SEGRETARIO**

-Dott. Michele Gaudio

**-VICE PRESIDENTE**

Dott. Maurizio Grossi

**CONSIGLIERI**

Dott. Luigi Bagnoli

Dott. Andrea Bedetti

Dott. Nicolino D'Autilia

Dott. Bruno Di Lascio

Dott. Stefano Falcinelli

Dott.sa Marina Grandi

Dott. Beniamino Lo Monaco

Dott. Augusto Pagani

Dott. Giancarlo Piza

Dott. Paolo Ronchini

Dott. Stefano Rubini

CONS. ODONTOIATRI

Dott. Carlo D'Achille

Dott. Angelo Di Mola

ALLEGATO

**DOCUMENTO - RELAZIONE SULLO STATO DELL'ARTE DELLA SANITA'  
IN BASE ALLE ESPERIENZE REGIONALI D'ASSEGNAZIONE DI NUOVE COMPETENZE INFERMIERISTICHE  
E DELLE PROPOSTE FORMULATE A LIVELLO FEDERATIVO NAZIONALE**

**REGIONE TOSCANA: COMPETENZE MEDICHE -PROFESSIONI INFERMIERISTICHE**

Fa testo, nella storiografia legislativa regionale in tema di formazione e sperimentazione sanitaria extra-legge, la delibera della Regione Toscana<sup>11</sup> con cui sono state identificate e attribuite *nuove competenze mediche* alle professioni infermieristiche, nella fattispecie nel settore dell'urgenza emergenza.

Si è provveduto, infatti, all'attivazione delle cosiddette ambulanze di soccorso avanzato (tipo A ex decreto ministeriale n. 553/1987), organizzate con la sola presenza dell'infermiere a bordo, anche quando sia prevista quella del medico, in relazione proprio alla gravità e alla delicatezza dell'intervento richiesto.

Si è stabilito di costituire, cioè, un equipaggio ridotto al minimo costituito da un autista soccorritore (ove possibile in grado di partecipare a un intervento di emergenza sanitaria) e da un infermiere professionale, con preparazione specifica verificata dal responsabile della Centrale operativa. In particolare sancendo il principio che in base alla delibera l'assenza o la presenza del medico sia giustificata dalla "specificità" della programmazione regionale.

Disposto che non può non lasciare perplessi poiché una prestazione del personale non medico è prevista in situazione di chiara emergenza, che sia imprevedibile e di tale gravità e che comunque il personale che compia l'intervento abbia un'indubbia competenza, pur non medico.

E tutto ciò quando, di norma, di fronte a una condizione di criticità debba essere previsto e garantito l'intervento del medico e dell'auto medica, trattandosi di "interventi salvavita", che elimina ogni possibile dubbio circa l'eccezionalità dell'emergenza e la non prevedibilità.

Certo è che non vi sia ragione, o opportunità, perché l'assenza del medico sia pianificata nella prassi quotidiana e, laddove si debba garantire un intervento medico in urgenza emergenza, sia assegnato ope legis un operatore che sostituisca il medico, che abbia il compito di somministrare *routinariamente, e non nell'eccezionalità*, farmaci salvavita a malati critici, sulla scorta di protocolli codificati (che da soli non possono garantire la giustezza dell'intervento adeguato alla condizione clinica, se non corroborati da una valutazione "proprio clinica" frutto di esperienza e di preparazione particolare, che segue a un percorso formativo medico).

Insomma si vuole riconoscere all'infermiere una prerogativa di diagnosi e cura che non gli sia propria, contravvenendo a una prassi consolidata e alla stessa legislazione vigente, che non consente ad altri di agire in senso medico se non al medico stesso; ciò, soprattutto in acuzie e nei casi in cui sia elevato il rischio di vita, dove indispensabili sono quell'esperienza, quella preparazione e quella competenza che di certo non si attestano attraverso atti Regionali (che, di fatto, cambiano gli assetti assistenziali ma non tengono conto di necessità oggettive, di responsabilità e pertinenze di cura).

<sup>11</sup> Delibera N 237 del 08-04-2013<sup>11</sup> "Procedure infermieristiche di emergenza sanitaria territoriale 118 della Regione Toscana".



---

		CONSIGLIERI	
<b>-PRESIDENTE</b> Dott. Pierantonio Muzzetto	<b>--TESORIERE</b> Dott. Salvatore De Franco	Dott. Luigi Bagnoli Dott. Andrea Bedetti Dott. Nicolino D'Autilia Dott. Bruno Di Lascio Dott. Stefano Falcinelli Dott.sa Marina Grandi Dott. Beniamino Lo Monaco	Dott. Augusto Pagani Dott. Giancarlo Piza Dott. Paolo Ronchini Dott. Stefano Rubini CONS. ODONTOIATRI Dott. Carlo D'Achille Dott. Angelo Di Mola
<b>-VICE PRESIDENTE</b> Dott. Maurizio Grossi	<b>-SEGRETARIO</b> Dott. Michele Gaudio		

---

Sebbene tali decisioni siano giustificate dall'“Atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema d'emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992” (G.U. n. 114 serie generale parte prima del 17/5/1996) - che prevede, fra le tipologie dei mezzi di soccorso, l'ambulanza di soccorso avanzato, nel sistema territoriale di soccorso in emergenza urgenza, ove l'infermiere comunque non sostituisce il medico - ciò non giustifica oggi l'assimilazione delle ambulanze col solo infermiere a quelle medicalizzate, ossia a quelle in cui sia sempre presente il medico.

E la gravità dell'atto risiede nella pretesa di *normare* una situazione che, concepita solo nell'eccezionalità, diventi la prassi, attribuendo un atto medico a personale non abilitato dall'adeguato profilo e competenza.

Nemmeno invocando a giustificazione, “come fatto anche dalle scelte regionali della Regione Emilia Romagna in talune realtà provinciali, ove l'assenza del medico possa essere prevista nel contesto di un sistema di gestione integrata efficace”, che sia garantita compiutamente la salute del cittadino in siffatta modalità, quasi che l'opera del medico sia inutile o ridondante, piuttosto che di garanzia per competenza, formazione e ruolo.

Per di più l'attribuzione di funzioni proprie dell'arte medica alla professione infermieristica si porrebbe in contrasto con la Costituzione<sup>12</sup>, per le competenze Stato/Regioni anche a fronte di una legislazione che consente interventi tesi a valorizzare le professioni sanitarie<sup>13</sup>, e colla normativa sanitaria nazionale: di fatto si ritiene trascurata l'autonomia scientifica e deontologica del medico, oltretutto il suo ruolo e le responsabilità oggettive.

Ruolo e responsabilità, non esigibili diversamente con la pretesa d'integrazione con le professioni sanitarie, la cui formazione anche accademica si basa su aspetti di assistenza che non possono sostituire “nell'essenza” quelle proprie del medico, sebbene inserita nell'ambito delle “ex-facoltà di medicina e chirurgia”.

Ciò che preoccupa è uno dei presupposti della decisione secondo cui la sostituzione dell'auto medica con l'ambulanza infermieristica “a vocazione medica”, per la tipologia di soccorso assimilabile al “mezzo medicalizzato”, di fatto, risponda a un mero criterio economicistico.

### **FRER OM: PROGETTI “SEE AND TREAT” TOSCANO E “TRIAGE” E “PERIMED” EMILIANO ROMAGNOLI**

La Federazione Regionale degli Ordini dei Medici e Odontoiatri dell'Emilia Romagna fin dal 2010 <sup>14</sup> ha contrastato con proprio documento - unanimemente approvato e inviato alle autorità politiche regionali - l'assegnazione tout court di mansioni mediche al personale infermieristico, come previsto nei progetti “See and Treat” <sup>15</sup> toscano, e di quelli del Triage e del Perimed <sup>16</sup> dell'Emilia Romagna.

---

<sup>12</sup> Costituzione della Repubblica Italiana, art. 117.3, ripartizione delle competenze fra Stato e Regione

<sup>13</sup> Legge 10 agosto 2001, n. 251; Legge 1 febbraio 2006, n. 43

<sup>14</sup> Federazione Regionale Emilia Romagna degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (F.R.E.R.) che in data 20/02/10 approvava il documento “La funzione del Medico nel lavoro in equipe con le altre professioni sanitarie. Competenze infermieristiche. Individuazione e delimitazione dell'atto medico. Tutela della salute del cittadino”

<sup>15</sup> Regione Toscana con la delibera di Giunta in data 17/12/2007, n. 958 che ha approvato il documento “Proposta di Sperimentazione del modello See and Treat in Pronto Soccorso”. La stessa Regione Toscana - con propria delibera n. 24 del 21/01/2008 - ha istituito un apposito Gruppo di Lavoro per il Progetto di miglioramento del Pronto Soccorso al quale affidare anche “l'attuazione e la valutazione della sperimentazione del See&Treat in PS” a seguito della cui opera la Giunta della medesima Regione ha elaborato altro provvedimento di “Revisione del progetto di sperimentazione del modello See and treat in



---

<b>-PRESIDENTE</b> Dott. Pierantonio Muzzetto	<b>--TESORIERE</b> Dott. Salvatore De Franco	<b>CONSIGLIERI</b>	Dott. Augusto Pagani
<b>-VICE PRESIDENTE</b> Dott. Maurizio Grossi	<b>-SEGRETARIO</b> Dott. Michele Gaudio	Dott. Luigi Bagnoli	Dott. Giancarlo Pizza
		Dott. Andrea Bedetti	Dott. Paolo Ronchini
		Dott. Nicolino D'Autilia	Dott. Stefano Rubini
		Dott. Bruno Di Lascio	CONS. ODONTOIATRI
		Dott. Stefano Falcinelli	Dott. Carlo D'Achille
		Dott.sa Marina Grandi	Dott. Angelo Di Mola
		Dott. Beniamino Lo Monaco	

---

In essi si disponeva, infatti, che talune mansioni fossero assegnate dopo un adeguato percorso formativo di pochi mesi (si parla di 3-4 fino a 6 mesi in taluni casi), svolto in ambito regionale, opposto a quello universitario, qualificato e legittimo, previsto per il medico.

In un certo qual modo unificando i criteri di formazione e la durata dei corsi di studi, sicuramente valutandoli in modo disarmonico: 3 anni e 3 mesi dell'iter formativo dell'infermiere in contrapposizione ai 5 anni di specializzazione medica, successiva ai 6 anni del corso di studi in medicina e chirurgia.

### **I DDL ALL'ESAME DELLA CAMERA DEI DEPUTATI E DEL SENATO DELLA REPUBBLICA**

Il nostro Parlamento è impegnato su più fronti nei lavori delle due Camere e alcuni DDL, importanti per i contenuti e le loro possibili implicazioni, riguardano la gestione del Rischio in Sanità, la Sicurezza e le Responsabilità professionali<sup>17</sup>.

In particolare è previsto un "articolato" in materia di sicurezza delle cure e di responsabilità in ambito medico e sanitario, *con, in premessa*, il controllo della gestione del rischio, e, in quest'ottica, si vanno a *normare* gli aspetti delle responsabilità in ambito civile e penale delle professioni medica e sanitarie.

Nell'analisi dei testi si pone in evidenza un aspetto non trascurabile della possibile interpretazione del valore d'autonomia e pertinenza nella diagnosi e nella cura<sup>18</sup>, limitata, quest'ultima, alla peculiarità medica, anche se i livelli interpretativi possono variare al punto da considerare non specifiche le pregiudiziali della professione medica estendendola a quelle sanitarie.

Ciò, per citare alcuni passaggi delicati, in un sistema di gestione in autonomia, nell'ambito della prevenzione, della diagnosi e della cura, oggi riconosciute come competenza medica specifica, anche se inserite in un sistema che, con responsabilità differenziate derivante "dalle reciproche competenze" dei vari gli attori coinvolti nel processo sanitario, potrebbe non determinarne però con certezza le peculiarità.

### **Il tavolo di regia (Cabina di regia) della Conferenza Stato Regioni coi sindacati**

Che la bozza del protocollo d'intesa della Conferenza Stato Regioni sulle nuove competenze del personale infermieristico abbia sollevato critiche e forti perplessità, è cosa nota, come anche è conosciuta l'enfasi in talune prese di posizioni da parte di alcuni attori e fautori della bozza stessa.

L'accordo è in fase di discussione, ora che il Governo ha inteso chiamare quei sindacati di categoria, citati come favorevoli, invece mai ascoltati in fase preliminare. Oggi il Sottosegretario On.le Fadda con la recente convocazione delle sigle sindacali mediche della dipendenza ha identificato un percorso, per certo verso, pericoloso per l'assetto sanitario e per le ripercussioni che potrebbe avere in ambito ospedaliero.

Insieme ai sindacati, invero non tutti d'accordo, ha portato a considerare alcuni aspetti delicati e non così tranquillizzanti, come si vorrebbe, invece, far apparire, laddove si sarebbe preliminarmente stabilito<sup>19</sup> che

---

*Pronto Soccorso" con cui ha "rivisto, rispetto a quanto contenuto nella D.G.R. 958/2007, i problemi passibili di trattamento in See&Treat tenendo conto dell'incidenza, della gravità, degli eventuali interventi terapeutici necessari e della co-presenza del medico tutor" (Delibera n. 449 del 31/3/2010).*

<sup>16</sup> Il "Perimed" progetto sperimentale presentato a livello ospedaliero in data 14/01/2010

<sup>17</sup> DDL 1134, XVII legislatura Senato della Repubblica, comunicato alla Presidenza il 10 ottobre 2013

<sup>18</sup> DDL 1134, XVII legislatura Senato della Repubblica, premessa e art.3, commi 1,2

<sup>19</sup> Da Sole24ore Sanità, 17.1.2014



---

<b>-PRESIDENTE</b> Dott. Pierantonio Muzzetto	<b>--TESORIERE</b> Dott. Salvatore De Franco	<b>CONSIGLIERI</b>	Dott. Augusto Pagani
<b>-VICE PRESIDENTE</b> Dott. Maurizio Grossi	<b>-SEGRETARIO</b> Dott. Michele Gaudio	Dott. Luigi Bagnoli	Dott. Giancarlo Pizza
		Dott. Andrea Bedetti	Dott. Paolo Ronchini
		Dott. Nicolino D'Autilia	Dott. Stefano Rubini
		Dott. Bruno Di Lascio	CONS. ODONTOIATRI
		Dott. Stefano Falcinelli	Dott. Carlo D'Achille
		Dott.sa Marina Grandi	Dott. Angelo Di Mola
		Dott. Beniamino Lo Monaco	

---

“le responsabilità gestionali non saranno più solo - come specificava la prima versione del protocollo - delle figure di dirigente di struttura, posizioni organizzative, coordinatori di unità operativa e di processo, ma di chiunque le abbia a livello generale.”

E partendo da questo punto fermo, medici, infermieri e gli altri professionisti della salute «riconoscono e convengono» che la «responsabilità professionale sulle decisioni e gli atti compiuti nell'ambito dei processi di cui sono garanti è personale e posta in capo a colui che tali decisioni e atti ha assunto e compiuto anche nell'esercizio di competenze avanzate o di tipo specialistico», lasciando comunque aperto il problema dell'assetto lavorativo e dei ruoli da assegnarsi che non è immaginabile siano intercambiabili e non definiti, giustificando l'integrazione, che risulta essere ancor più fonte di “aspettative” e di potenziali dissidi di competenze.

Ancor più mancando la volontà espressa di porre in essere una valutazione compiuta dell'atto e del ruolo medico, lasciato alla vaghezza giuridica e a definizioni oggi non più accettabili, laddove contrapposta a altri ruoli definiti o in fase di attenta definizione, come nel caso delle professioni sanitarie, dando coerenza di diritto al ruolo.<sup>20</sup>

### **L'ECONOMICISMO**

Uno dei criteri più presenti nel giustificativo degli interventi soprattutto regionali, quali vere novelle legislative, è il concetto di “economicismo”, vero comun denominatore delle politiche innovative regionali e della bozza di protocollo Stato Regioni, che va a sommarsi alla volontà di valorizzare le professioni infermieristiche, di fatto traslando attività mediche solo in apparenza “semplici” ai non medici.

Senza che il terminale ultimo del sistema, il cittadino, sia dal legislatore nazionale edotto degli effetti e ancor prima della *ratio* delle scelte in funzione del guadagno e della garanzia di salute così ottenibili, oggi maggiormente giustificato dal legislatore avendo acquisito in premessa la differenziazione delle responsabilità.

Appare evidente il punto di vista politico per cui magari si sia voluta dare una risposta alle richieste del mondo infermieristico, non solo da oggi richiedente un riconoscimento di più alte e ampliate funzioni, esemplificate nel termine di *infermiere prescrittore* (di farmaci e di presidi) col riconoscergli, cioè non solo implicitamente, la facoltà di diagnosi e cura che sono ancor oggi una funzione e una prerogativa del medico se non determinate, con dubbio di legittimità richiamato dal dettato Costituzionale.

Aspirazione condivisa in altre realtà sanitarie non italiane e confortate da certa letteratura internazionale, che è il frutto di discussioni in ambito medico e non solo medico, ma che esprime realtà definite e corroborate da una diversa impostazione degli studi proprio del paramedico e dell'infermiere.<sup>21</sup>

In questo momento, semmai fosse riconosciuta l'indipendenza assoluta delle Regioni nel legiferare in tema sanitario, anche se non esclusivamente con atti deliberativi d'indirizzo generale e dunque non specifici<sup>22</sup>, si avvalorerebbe l'integrazione delle figure professionali per cui vi sarebbe identità fra *l'agire medico e l'agire infermieristico*<sup>23</sup> e pertanto sarebbe giustificata un'intercambiabilità del personale.

---

<sup>20</sup> Legge 42/99: su citate Legge 10 agosto 2001, n. 251; Legge 1 febbraio 2006, n. 43

<sup>21</sup> N. Eng J Med 368; 20, may 16, 2013.

<sup>22</sup> Costituzione Repubblicana, Titolo V, art 117 lettera “n”

<sup>23</sup> Cassazione Civile – Sez. II; Sent. n. 7884 del 06.04.2011, differenze professionali



**-PRESIDENTE**

**Dott. Pierantonio Muzzetto**

**--TESORIERE**

**Dott. Salvatore De Franco**

**-SEGRETARIO**

**-Dott. Michele Gaudio**

**-VICE PRESIDENTE**

**Dott. Maurizio Grossi**

**CONSIGLIERI**

**Dott. Luigi Bagnoli**

**Dott. Andrea Bedetti**

**Dott. Nicolino D'Autilia**

**Dott. Bruno Di Lascio**

**Dott. Stefano Falcinelli**

**Dott.sa Marina Grandi**

**Dott. Beniamino Lo Monaco**

**Dott. Augusto Pagani**

**Dott. Giancarlo Piza**

**Dott. Paolo Ronchini**

**Dott. Stefano Rubini**

**CONS. ODONTOIATRI**

**Dott. Carlo D'Achille**

**Dott. Angelo Di Mola**

E anche lo stesso termine “integrazione” avrebbe il significato di “agito comune” e, sempre in ottica economicistica, confortato da un minor costo – spesa per la collettività; sebbene le figure interessate, ma questo punto forse poco importerebbe, provengano da esperienze di studio e di formazione assolutamente differenti<sup>24</sup> e non assimilabili a quelli di altre realtà sanitarie, oggi, oltremodo citate.

Realtà contrapposte a quelle nostrane, in cui in ogni caso le diverse pertinenze siano acquisite in seguito a studi accademici e a una formazione specifica, che portano ad un rapporto collaborativo efficace - e non certo a integrazione come da noi intesa - nel rispetto delle competenze che non sono mai travalicate da quelle delle altre figure e, dunque, mai parlando d'interscambiabilità<sup>25</sup>.

### **LA CORRETTA GESTIONE DELLE RISORSE**

Quello economicistico è un criterio che non può trovare coerenza e concordia all'interno del sistema sanitario, da intendersi sostituito dal concetto della corretta e oculata gestione delle risorse, e invece costantemente sottinteso nelle argomentazioni in premessa delle delibere regionali, come nella più recente bozza del protocollo Stato Regioni, postulando come la *ratio* delle scelte possa essere un risparmio nell'utilizzo di altre figure diverse dal medico, anche se per funzioni che non gli siano proprie.

Ma si ritiene che tale giustificazione sia non plausibile, a maggior ragione laddove si opti per diverse e minori competenze, quando, invece, ne siano ovvie e necessarie altre, maggiori, nella gestione dell'ammalato, con un riverbero non certo positivo sul diritto alla buona cura e al raggiungimento dell'equilibrio della salute, anch'esso sancito costituzionalmente.

Visto il continuo richiamo alle evidenze scientifiche di altre realtà nazionali e la difficoltà di comparare fra loro realtà politiche e assetti peculiari, non possiamo dimenticare che il rapporto fra le professioni dettato da imprescindibili principi costituzionali, da Leggi vigenti e dalle pronunce della Suprema Corte<sup>26</sup>, che segnano l'ambito dell'esercizio dell'arte medica rispetto a quello delle altre professioni sanitarie, e ne determinano i criteri dell'agire, cosicché la sola giustificazione dell'abolizione del mansionario degli infermieri, il loro codice deontologico e le novelle legislative regionali non possano giustificare.<sup>27</sup>

Quelle stesse disposizioni che segnano per medico in un certo qual modo il suo ruolo, a lui competendo il coordinamento del lavoro esercitato insieme alle professioni sanitarie, secondo un principio non superabile della formazione specifica e, dunque, della competenza.

A conferma di quest'interpretazione la stessa Corte Costituzionale si è espressa a più riprese e ha tenuto conto del principio della gestione della salute e della competenza regionale<sup>28</sup>, di fatto limitando le sue prerogative.

---

<sup>24</sup> Atti convegno “L'atto medico quale espressione del ruolo del medico di fronte all'integrazione con le professioni sanitarie nell'ambito dell'assistenza a tutela del cittadino”, Parma 28-29 maggio 2010

<sup>25</sup> Cassazione Civile – Sez. II; Sent. n. 7884 del 06.04.2011, differenze professionali fra medico e infermiere

<sup>26</sup> Cassazione Civile – Sez. II; Sent. n. 7884 del 06.04.2011, idem

<sup>27</sup> Legge 26 febbraio 1999, n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

<sup>28</sup> In materia di professioni e tutela della salute la Regione dovrebbe quindi attenersi ai principi fondamentali fissati dallo Stato a lui riservati in via esclusiva. Sul punto la Corte Costituzionale ha espresso la propria posizione, già all'indomani della riforma Costituzionale del 2001 (sent. 282/02), consolidando poi il proprio orientamento con pronunce d'incostituzionalità di leggi regionali che tentavano l'individuazione di nuove figure professionali (Sent. n. 179/08; n. 93/08 e 300/07). Il principio rinvenibile: l'individuazione delle figure professionali e i relativi profili e ordinamenti didattici sono riservati allo Stato; tale



---

<b>-PRESIDENTE</b> Dott. Pierantonio Muzzetto	<b>--TESORIERE</b> Dott. Salvatore De Franco	<b>CONSIGLIERI</b>	Dott. Augusto Pagani
<b>-VICE PRESIDENTE</b> Dott. Maurizio Grossi	<b>-SEGRETARIO</b> Dott. Michele Gaudio	Dott. Luigi Bagnoli	Dott. Giancarlo Pizza
		Dott. Andrea Bedetti	Dott. Paolo Ronchini
		Dott. Nicolino D'Autilia	Dott. Stefano Rubini
		Dott. Bruno Di Lascio	CONS. ODONTOIATRI
		Dott. Stefano Falcinelli	Dott. Carlo D'Achille
		Dott.sa Marina Grandi	Dott. Angelo Di Mola
		Dott. Beniamino Lo Monaco	

---

## **VALORE DELLA FORMAZIONE**

Invocando il diritto del cittadino alla buona cura e dovendo garantire un adeguato apporto professionale in tema di gestione della salute, non appare oggi molto plausibile invocare il problema della scarsità delle risorse, per dare attribuzioni oggi improprie a figure che non ne abbiano titolo ma appare più coerente agire sull'organizzazione del lavoro sfruttando al meglio le competenze professionali, in base ai ruoli e alle oggettive responsabilità.

Ma va stigmatizzato come l'enfasi posta nell'agire "per tagli" alla spesa pubblica stia facendo dimenticare il valore della salute, bene assoluto, che proprio in un'ottica d'economia oggi diventa un elemento positivo, essendo misurabile attraverso la forza lavoro che superata la malattia in tempi sempre più ridotti viene immessa nel sistema produttivo sempre più anticipatamente rispetto al passato, dimensionando con questo il valore misurabile del "bene salute" come forza produttiva presente e attiva.

Di pari passo, nell'ottica del miglior utilizzo delle risorse, umane ed economiche in ambito sanitario, è auspicabile operare per uno sviluppo del settore assistenziale, attraverso una valorizzazione del personale medico e non medico, con riconoscimento di responsabilità e competenze proprie, che siano il frutto e la conseguenza di un'adeguata formazione, prodotta in un ambito di collaborazione non certo d'integrazione, che invece presumerebbe intersecazione di competenze e, di conseguenza, un possibile quanto mai negativo dissidio proprio di competenze, laddove non sia chiaro il compito di ciascuno. Ossia di chi faccia, cosa faccia e quando faccia.

Va da sé che da adeguata formazione derivino competenze che non possono non legittimare gli ambiti d'azione e di *autonomia che non è pensabile che sia assoluta, bensì graduata o di scala*, nel rispetto, cioè, di ruoli e funzioni, che vanno armonizzate e finalizzate alla miglior cura per l'ammalato, confermando ulteriormente il valore e la qualità della sanità italiana, riconosciuta in campo internazionale, che prevede diversi e differenziati gradi di responsabilità.

In sintesi, si crede che debba essere fatto proprio il concetto che il grado di autonomia e di competenza si raggiunga efficacemente in un sistema in cui vi sia certezza dei percorsi formativi, e che si fondino "sullo stato delle conoscenze acquisite e delle migliori evidenze scientifiche disponibili" in armonia con un sapere condiviso.

Il sistema della conoscenza e della prassi professionale si basa non tanto sui privilegi di casta o di categoria quanto sulla peculiarità, specificità e completezza della formazione, che risulta essere l'unico vero determinate delle differenti espressioni professionali sanitarie.

In ogni caso va richiamata indiscutibilmente la necessità di una programmazione che preveda il *timing* ed il quantum formativo dei vari attori del mondo sanitario, e anche le priorità che in un sistema complesso e articolato vi sia una gradazione delle responsabilità e un coordinamento, che non può essere lasciato alla

---

principio costituisce un limite invalicabile dal Legislatore Regionale (Sent. n. 40/06). La Corte Costituzionale ha avuto inoltre l'occasione di chiarire – su ricorso avverso la legge Regione Marche 13 novembre 2001, n. 26 "Sospensione della terapia elettroconvulsivante, della lobotomia prefrontale e trans orbitale e altri simili interventi di psicoturgia" – come la potestà legislativa concorrente delle Regioni debba esplicarsi nel rispetto dei principi fondamentali fissati dallo Stato **comunque** risultanti dalla legislazione statale (Sent. 282/02).



---

		CONSIGLIERI	
<b>-PRESIDENTE</b> Dott. Pierantonio Muzzetto	<b>--TESORIERE</b> Dott. Salvatore De Franco	Dott. Luigi Bagnoli Dott. Andrea Bedetti Dott. Nicolino D'Autilia Dott. Bruno Di Lascio Dott. Stefano Falcinelli Dott.sa Marina Grandi Dott. Beniamino Lo Monaco	Dott. Augusto Pagani Dott. Giancarlo Piza Dott. Paolo Ronchini Dott. Stefano Rubini CONS. ODONTOIATRI Dott. Carlo D'Achille Dott. Angelo Di Mola
<b>-VICE PRESIDENTE</b> Dott. Maurizio Grossi	<b>-SEGRETARIO</b> Dott. Michele Gaudio		

---

libera aspirazione di ogni singola categoria, in questo richiedendo uno sforzo alla politica per perseguire con chiarezza e concretezza un'efficace gestione a tutela della salute.

### **TAVOLO DI CONFRONTO: VALORIZZAZIONE DELLE COMPETENZE E CORRETTA GESTIONE DELLE RISORSE IN SANITÀ**

Forti della considerazione che il problema sia da gestire in modo globale con la possibilità di vedere armonizzate le varie competenze in un insieme di rapporti fra diverse professionalità, si ravvisa l'esigenza – motivo della richiesta alla Presidenza del Consiglio e al Ministero della Salute e in ambito Federativo Medico, di un "confronto a tutto campo non più dilazionabile" che veda coinvolto anche il mondo Universitario, la componente ministeriale e la rappresentanza medica Ordinistica Federativa.

E lo strumento ritenuto più idoneo si ritiene che sia l'attivazione di un tavolo tematico di confronto,<sup>29</sup> adeguato a fornire le linee d'intervento attraverso un percorso formativo che valorizzi tutte le professioni, a maggior ragione anche quella medica, fino ad oggi mai troppo considerata nel piano di sviluppo e nelle tutele; così come si valuti l'iter e i contenuti degli studi di medicina e delle professioni sanitarie, sempre in un'ottica di valorizzazione, armonizzazione e differenziazione delle appropriate competenze perché col corretto agire siano gli strumenti attivi ed efficaci per una corretta gestione delle risorse in sanità<sup>30</sup>.

Nel momento in cui si invochi da più parti il rispetto dell'autonomia professionale, concetto ribadito anche in vari progetti legislativi e nello stesso accordo Stato Regioni sulle professioni sanitarie, non si può prescindere dal procedere al riconoscimento dei ruoli e delle competenze oggi in campo.

Dando nel contempo il giusto valore all'autonomia, così tanto invocata dalle professioni sanitarie, che non può essere assoluta, né tantomeno sinonimo d'indipendenza altrettanto assoluta; di contro, a nostro parere va declinata con gradualità, complementarietà e collaborazione; interpretando la responsabilità quale espressione di ruoli ed alle funzioni esercitate, nell'obiettivo prioritario della tutela della salute del cittadino e della collettività.

Un agire, dunque, teso a limitare tensioni ed incomprensioni in ambito non solo medico, cogliendo l'opportunità di sviluppare un processo di crescita e di sviluppo armonico in seno alla comunità sanitaria, preservando e valorizzando tutte le forze operative del settore, e non solo quella infermieristica, facendole crescere nella considerazione e di conseguenza potenziandole.

Se invece si andasse *tout court* nel verso delle scelte toscane e emiliano romagnole, come anche accettando l'accordo strutturato Stato Regioni o mal interpretando DDL altrimenti propositivi, si porrebbe in essere una preoccupante deriva nell'ambito della formazione e della stessa considerazione delle professioni in ambito sanitario, e non solo medica.

Ogni passaggio evidenziato, semmai lo si considerasse in norma e prassi come una sorta di *auto legittimazione dell'attività medica*, sarebbe estraneo allo spirito del documento anche se, in sostanza, una possibile difesa della professione medica troverebbe giustificazione, oltretutto sulle argomentazioni su esposte anche sulla scriminante dell'art. 50 del Codice Penale<sup>31</sup>, quando delinea con il consenso una

---

<sup>29</sup> Relazione Consiglio Nazionale FNOMCeO 17.3.2013, agli atti verbalizzati, approvata 28.6.2013

<sup>30</sup> La salute fa bene ai bilanci, Rapporto Mercer Marsh Benefits, 2013

<sup>31</sup> CP. Art. 50. Scriminanti. Tra le cause non codificate si trovano: l'attività medico – chirurgica (per le lesioni provocate ai pazienti inevitabilmente durante gli interventi).





**FRER OM**  
FEDERAZIONE REGIONALE EMILIA ROMAGNA ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI

---

**-PRESIDENTE**

**Dott. Pierantonio Muzzetto**

**--TESORIERE**

**Dott. Salvatore De Franco**

**-SEGRETARIO**

**-Dott. Michele Gaudio**

**-VICE PRESIDENTE**

**Dott. Maurizio Grossi**

**CONSIGLIERI**

Dott. Luigi Bagnoli

Dott. Andrea Bedetti

Dott. Nicolino D'Autilia

Dott. Bruno Di Lascio

Dott. Stefano Falcinelli

Dott.sa Marina Grandi

Dott. Beniamino Lo Monaco

Dott. Augusto Pagani

Dott. Giancarlo Pizza

Dott. Paolo Ronchini

Dott. Stefano Rubini

CONS. ODONTOIATRI

Dott. Carlo D'Achille

Dott. Angelo Di Mola

sistematizzazione dei percorsi progettuali e, per esteso, formativi finalizzati alla tutela della salute, considerata come bene costituzionalmente garantito, correlato alla specifica e riconosciuta funzione nel sistema di cura.

IL PRESIDENTE FRER OM

Pierantonio Muzzetto

Parma 20.1.2014