



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**



Prot. n. 2635/GP/pm

Bologna, 5 ottobre 2010

**Procura della Repubblica
presso il Tribunale di Bologna
SEDE**

**Procura della Repubblica
presso il Tribunale di Firenze
SEDE**

Esposto a carico delle Regioni Emilia-Romagna e Toscana per profili di interesse di possibile violazione - da parte di enti, organi e/o soggetti di riferimento anche organizzativo - degli artt. 348 c.p. e 8 L. 175/94

L'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di Bologna, in persona del proprio Presidente Dott. Giancarlo Pizza

ESPONE

Nella seduta in data 29/06/2010 l'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Bologna (di seguito, **OMCeO**) ha espresso la propria posizione sfavorevole avverso due iniziative della Regione Emilia Romagna (**R.E.R.**) tese alle all'implementazione delle funzioni infermieristiche sulla scorta di una tendenza già espressa in *subjecta materia* a livello nazionale da altre Regioni (doc. n. 1).

In particolare, la R.E.R. risulta avere elaborato un documento programmatico ed un progetto sperimentale, entrambi già concretamente operativi nei rispettivi ambiti.

Il primo denominato "*Documento gruppo di lavoro triage in Pronto Soccorso*" (doc. n. 2) ; il secondo denominato "*Perimed*" presentato a livello ospedaliero in data 14/01/2010 (doc n. 3).

Così la R.E.R. ha seguito, seppur con modalità diverse, la scia dell'ampliamento delle funzioni della professione infermieristica già espressa, ad esempio, dalla Regione Toscana con la delibera di Giunta in data 17/12/2007, n. 958 (doc. n. 4) 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 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 – doc. n. 5).

L’obiettivo di tutte le predette iniziative è perseguito da entrambi gli Enti territoriali di riferimento è lo sviluppo di un modello professionale infermieristico cui risulta di fatto riconosciuto un incremento di competenze in sede di prima accoglienza selettiva in pronto soccorso (*triage* in P.S., *See and treat*), nell’ambito del servizio di urgenza-emergenza (*servizio 118*) e nelle fasi di assistenza perioperatoria (*Perimed*) che risultano debordare dal campo strettamente assistenziale finendo per accedere a quello medico.

Il disfavore avverso le iniziative regionali era peraltro già stato espresso anche a livello regionale dalla 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”* (doc. n. 6).

In data 22/02/10 la stessa FRER sollecitava la discussione sui detti interventi regionali presso il Comitato Centrale FNOMCeO ritenendoli esorbitanti dalla competenza regionale (doc. n. 7).

*** **

Documento gruppo di lavoro “Triage PS” (Emilia-Romagna) – See & treat (Toscana)

I distinti progetti regionali in parola risultano avere come minimo comune denominatore l’elaborazione di linee guida aventi il concreto obiettivo di fornire indicazioni attuative 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.

A mero titolo esemplificativo si richiama quanto ivi previsto al punto 1 B) del documento “trriage in P.S.” 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”*.

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.

Lo stesso documento 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.

La sperimentazione toscana del *“See & treat”* è nella pratica un'estensione della funzione di triage di Pronto Soccorso. All' infermiere “certificato” viene conferita infatti la possibilità di gestire in via autonoma una parte ben definita e categorizzata di problematiche minori. Il fine dichiarato sarebbe quello di ottimizzare i tempi di risposta all'utenza valorizzando la professionalità infermieristica consentendo allo stesso tempo *la possibilità di concentrare le risorse mediche sui casi a maggiore complessità clinica*. Con il *“See & treat”* nella fase di triage, oltre alla priorità, *viene assegnato un percorso specifico, differenziato sul piano professionale* (allegato A - Delibera n. 449 del 31-03-2010 – doc. n. 5).

Come riportato dal progetto Toscana uno degli elementi innovativi rispetto al modello inglese del *“See & treat”* consiste *“ per le urgenze minori, la completa presa in carico del caso da parte del primo operatore disponibile, indifferentemente rispetto alla professionalità medica e infermieristica.”* (pt. A dell' allegato A Delibera n. 958 del

17/12/07 doc. n. 4)

Nella categorizzazione delle tipologie cliniche facenti parte delle urgenze minori (tra cui ad es: corpo estraneo nel naso, tappo di cerume, congiuntivite etc.) la Regione Toscana specifica in particolare che “ Sono stati esclusi l' apparato nervoso, quello cardiovascolare e respiratorio, in quanto qualsiasi tipo di presentazione relativa a questi apparati anche se riferita e non in atto merita un approfondimento maggiore” (appendice 1 dell'allegato A Delibera n. 958 del 17/12/07).

Tale esclusione sembra stabilire una competenza materiale “*per apparato*” riconosciuta in via esclusiva in capo alla “*giurisdizione medica*”, la stessa competenza che la R.E.R. nel proprio progetto “Perimed” ha inteso in senso opposto affidando l'auscultazione polmonare e cardiaca all'infermiere.

In buona sostanza si assiste ad una tendenza di sviluppo di competenze e connessi comportamenti ed attività che dall'esecutività propria dell'infermieristico-assistenziale finiscono con l'assumere di fatto caratteri infermieristico-medico allorquando viene riconosciuto all'infermiere discrezionalità – anche embrionali - in campo diagnostico-terapeutico che non possono di certo trovare legittimazione sotto una dichiarata copertura della finale “supervisione” medica.

Le linee-guida ministeriali di cui all'Accordo in data 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute e le Regioni (su Gazz. Uff. 7 dicembre 2001, n. 285 – doc. n. 8) sul sistema di emergenza-urgenza emanate in attuazione del D.P.R. 27.04.1992 indicano che “*l'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti, riconosciuti ed approvati dal responsabile del servizio di pronto soccorso-accettazione o dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione (DEA)*”.

Qui sta il punto di assoluta criticità.

La responsabilità del medico in servizio non può certamente estendersi al comportamento dell'infermiere di triage.

La “supervisione” non è un dato giuridico, nè può essere inteso come un fattore di assunzione da parte del medico di responsabilità per operazioni di altri ed ad altri delegate, sia pure attraverso protocolli, allorquando il delegato non è un medico.

La supervisione così intesa rischia di diventare un elemento-ponte favorente l'esercizio improprio (o meglio abusivo) della professione medica ed un elemento di de-responsabilizzazione dell'agente non certamente titolato all'intervento sanitario.

~~La funzione c.d. di *triage* dovrebbe essere e dovrebbe continuare ad essere una attività~~
di selezione dei pazienti nell'ambito del pronto soccorso con scelta delle priorità con un processo decisionale dell'infermiere triagista limitato all'obiettività rilevabile all'esame visivo, sui sintomi dichiarati e l'assegnazione di un codice.

Lo stesso normativo di riferimento nazionale (D.M. 739/1994) chiarisce che l'infermiere:

- "partecipa" (*azione con altri*) alla identificazione dei bisogni di salute della persona
- "identifica" (azione individuale) i bisogni di assistenza infermieristica (e non altri) della persona
- pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico (e non altri)

Gli "altri" bisogni ed interventi sono di competenza - e correlata responsabilità – medica con buona pace delle diverse alchimie configuranti un inattuabile coinvolgimento dell'infermiere con responsabilità a carico del medico.

Servizio di Urgenza Emergenza nel Servizio "118".

Il documento prevede la strutturazione dell'assistenza coordinata dal 118 in modo che ad intervenire in situazioni di codice rosso, come in caso di patologie 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.

L'autonomia infermieristica risulta estesa alla somministrazione di farmaci in ambito specialistico come nel caso di patologia coronarica acuta con infarto del miocardio (IMA).

L'intervento in ambito emergenziale ha una indubbia "specialità" rispetto ad altre fattispecie, già riconosciute in ambito normativo, in quanto l'autorizzazione alla pratica salvavita è data dall'emergenza stessa in situazioni di assenza del medico.

L'assenza del medico non va nondimeno pianificata sostitutivamente, finendo con ciò nella debordanza già criticata in ambito di *triage* sopra rilevata.

Il Progetto Regionale “Perimed”

Con tale progetto la R.E.R nell’ambito della sua politica di innovazione e di ricerca ha inteso introdurre modelli organizzativi innovativi, seppur in via sperimentale, nella fase pre-operatoria del settore chirurgico.

In particolare alla funzione prettamente infermieristica vengono attribuite valutazioni cliniche particolari di supporto all’anestesista (infermiere valutatore insieme all’anestesista in caso di percorso a media intensità) e valutazioni da effettuarsi in piena autonomia (nel percorso a bassa intensità), lasciando alla valutazione unica dell’anestesista invece i casi complessi (percorso ad alta intensità).

Attraverso un piano formativo dell'infermiere si intende porre il medesimo in condizione di operare 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 del cuore (pg. 29 – doc. n. 3).

Tutto ciò con un'attività formativa da maturare in soli tre mesi, essendo questo il tempo ritenuto sufficiente per maturare le competenze specifiche richieste.

Terminato il periodo formativo l'infermiere dovrebbe essere in grado di effettuare valutazioni che rientrano di fatto nella funzione medica tra cui la valutazione delle condizioni dei pazienti a basso rischio, la valutazione delle informazioni già in possesso del paziente e la documentazione delle condizioni mediche preesistenti (pg. 49 – doc. n. 3).

Le attività svolte dal personale infermieristico che assumono una squisita rilevanza medica riguardano il paziente nel percorso a Media Intensità in cui l'infermiere effettua anche l'accertamento assistenziale utilizzando un' apposita scheda ai fini della valutazione dei bisogni di assistenza (allegato n. 4 al Progetto perimed).

Detta scheda di accertamento prevede in particolare nell'apposita sezione “*Esame fisico del Paziente: rilevazione parametri vitali*” che l'infermiere Perimed debba riportare di proprio pugno all'interno dell'apposito spazio in bianco: 1) valore della frequenza cardiaca; 2) valore della pressione arteriosa; 3) esito auscultazione cardiaca; 4) valore frequenza respiratoria; 5) esito auscultazione polmonare (pg. 29 – doc. n. 3).

E' da sottolineare come rispetto alle due attività mediche (di cui ai punti 3 e 5) la

corretta compilazione della scheda da parte dell'infermiere prevede una valutazione nel merito delle condizioni del paziente: riportare il valore espresso da strumenti di misurazione (frequenza cardiaca e respiratoria) è cosa ben diversa dall'esprimere l'esito dell'auscultazione.

*** **

Ciò premesso la R.E.R. finisce con l'attribuire, attraverso l'irrituale strumento amministrativo del *Documento di lavoro* e del *progetto* sperimentale funzioni proprie dell'arte medica in favore della professione infermieristica in violazione dell'art. 117 co. 3 Cost. sulla ripartizione delle competenze Stato/Regioni; in violazione della normativa sanitaria nazionale; in violazione dell'autonomia scientifica e deontologica della professione medica.

L'irritualità dell'introduzione e l'illegittimità dell'attribuzione amplificativa di competenze assistenziali infermieristiche sconfinanti nell'atto e pratica medica, al di là del pericolo di pregiudizio per la salute dei cittadini, può configurare e concretare la fattispecie di reato di esercizio abusivo della professione (348 cp) anche da parte di quel personale sanitario infermieristico operante nelle strutture e nei servizi coinvolti dalle iniziative regionali e nondimeno, e più specificamente la troppo spesso obliata legge 175/1992 (*norme in materia di pubblicità sanitaria e di repressione dell'esercizio abusivo delle professioni sanitarie*) *lex specialis* in materia, che all'art. 8 recita: “*gli esercenti le professioni sanitarie che prestano comunque il proprio nome, ovvero la propria attività, allo scopo di permettere o di agevolare l'esercizio abusivo delle professioni medesime sono puniti con l'interdizione dalla professione per un periodo non inferiore ad un anno*”.

Lo stesso art. 8 abilita ed autorizza l'intervento degli Ordini Professionali addirittura in una vera e propria attività di vigilanza ispettiva presso gli studi professionali degli iscritti “al fine di vigilare sul rispetto dei doveri inerenti alle rispettive professioni”.

In tale ottica, istituzionalmente riconosciuta, viene formato ed inoltrato il presente esposto all'Autorità Giudiziaria Inquirente onde segnalare la possibile sussistenza di elementi da valutarsi sotto il profilo della violazione della normativa segnalata.

*** **

L'alveo della figura professionale dell'infermiere è stata ampliata in via surrettizia con documenti di lavoro o progetti sperimentali di cui vi è traccia in delibere o atti autorizzatori o approvativi dei medesimi. Viceversa, nel caso richiamato della Regione Toscana, la Giunta, nell'ambito del Piano Sanitario Regionale 2005-2007, ha espressamente deliberato l'approvazione del documento ad oggetto la proposta di sperimentazione conseguentemente utilizzando i previsti mezzi di pubblicità legale (Bollettino Ufficiale Regionale).

Sul punto si rileva che la legge regionale E.R. 23 dicembre 2004, n. 29 sull'organizzazione ed il funzionamento del servizio sanitario regionale” prevede che *“La sperimentazione di nuove modalità gestionali ed organizzative nell'erogazione dei servizi sanitari e sociosanitari, attinenti alla gestione del personale o ad innovazioni di prodotto e di processo, è autorizzata dalla Giunta regionale, previo parere della Commissione consiliare competente.”* (art. 7).

Ammissa e non concessa la possibilità di introdurre per via regionale l'implementazione di professioni sanitarie regolate a livello nazionale, le modalità surrettizie utilizzate dalla R.E.R. per raggiungere tale obiettivo sono particolarmente gravi in considerazione del carattere di norma penale in bianco riconosciuta all'art. 348 C.p.

Un documento di un gruppo di lavoro o un progetto sperimentale inautorizzati non sostituiscono l'abilitazione rilasciata dallo Stato.

*** **

Si crede che la Regione Emilia Romagna – e nondimeno la Regione Toscana nell'ambito del **See & treat** - con le suddette iniziative adottate in violazione del riparto costituzionale delle competenze (art. 117 co. 3 Costituzione) risulterebbe aver illegittimamente attribuito alla figura professionale dell'infermiere funzioni relative all'esercizio della professione sanitaria Medica.

Nel caso del progetto *Perimed* la patente attributiva di tali nuove funzioni avviene a seguito di un percorso formativo breve - 3 mesi - somministrato a personale infermieristico (pg. 15 – doc. n. 3).

L'art. 117 co. 3 Costituzione distingue la competenza regionale riferita alla “legislazione” e non ad altra tipologia di atto o documento di promanazione regionale

seppur dal contenuto programmatico sperimentale.

Il richiamato articolo 117 co. 3 prevede infatti che “ Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato.”.

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 di 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 ed ordinamenti didattici sono riservati allo Stato; tale 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 transorbitale 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).

La Corte sottolinea peraltro che

“ Non può ingannare la circostanza che non si rinvenivano norme di legge statale esplicitamente volte a disciplinare l'ammissibilità delle pratiche terapeutiche in esame, o delle pratiche terapeutiche in generale. Anzi l'assenza di siffatte statuizioni legislative concorre a definire la portata dei principi che reggono la materia...”;

“...non é, di norma, il legislatore a poter stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni. Poichè la pratica dell'arte medica si fonda sulle acquisizioni scientifiche e sperimentali, che sono in continua evoluzione, la regola di fondo in questa materia é costituita dalla

autonomia e dalla responsabilità del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione. Autonomia del medico nelle sue scelte professionali e obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali, sotto la propria responsabilità, configurano dunque un altro punto di incrocio dei principi di questa materia.”

Così come per le pratiche terapeutiche, anche per la definizione di “atto medico” non esiste una definizione legislativa che possa costituire un principio delimitante la potestà legislativa concorrente regionale.

Ne deriva che se dell'atto medico non vi è definizione legislativa l'accento va posto sull'attività medica *ex se* considerata quale professione regolamentata per l'esercizio della quale occorre un'abilitazione medica.

E poiché la pratica medica si fonda su acquisizioni scientifiche in evoluzione il medico (*rectius*: la categoria medica) definisce di fatto il proprio ambito materiale di attività tenendo conto dei limiti esterni imposti dalla legislazione nazionale e di quelli interni autolimitanti dei codici di autoregolamentazione-deontologica.

La concreta definizione degli atti medici costituisce pertanto un'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 e che abbiamo visto riconosciuti in modo penetrante, in *subjecta materia*, dalla stessa L. 175/1992.

*** **

La conseguenza pratica dell'illegittima attribuzione è l'esercizio abusivo della professione medica *ex art. 348 cp* - e corrispondentemente l'agevolazione vietata *ex art. 8 l. 175/1992* - da parte di quegli operatori sanitari che, pur rientrando nelle professioni sanitarie per normativa nazionale nell'ambito del Triage P.S., del Servizio 118 e del progetto Perimed svolgono un'attività **medica** in assenza dell'abilitazione rilasciata dallo Stato.

Il riconoscimento regionale di quelle funzioni mediche non configura infatti quell'abilitazione statale che esclude l'esercizio abusivo della professione medica.

L'art. 348 cp stabilisce infatti “*Chiunque abusivamente esercita una professione, per la*

quale è richiesta una speciale abilitazione da parte dello Stato è punito...”

La Cassazione è infatti costante nella linea interpretativa che individua l’art. 348 una norma penale in bianco che presuppone “ l' esistenza di norme giuridiche diverse, qualificanti una determinata attività professionale, le quali prescrivono una speciale abilitazione dello Stato ed impongono l'iscrizione in uno specifico albo, in tal modo configurando le cosiddette "professioni protette" (così da trarne la conseguenza che l'eventuale lacuna normativa non può essere colmata dal giudice con la prescrizione di regole generali o astratte).”(Sent. n. 41183/2008)

La Suprema Corte stabilisce inoltre come “la condotta costitutiva dell' abusivo esercizio, deve consistere nel compimento di uno o più atti riservati in modo esclusivo alla determinata attività professionale (Sez. VI, 29 novembre 1983, Rosellini). Tanto da far emergere come non sia il nomen della professione esercitata a designare il tipo di attività come corrispondente a quella esclusiva a quella del medico (o dell'infermiere professionale) ma le concrete operazioni eseguite quando la professione è regolamentata dalla legge, di tal che il superamento dei limiti da essa tracciati comporta esercizio abusivo della professione di medico (o di infermiere) - a meno che l'attività (ci si riferisce a modelli di confine con l' esercizio della professione di medico o di infermiere) sia di per sé qualificabile come esercizio di attività esclusiva del medico o dell'infermiere”.

Al contempo gli esercenti le professioni sanitarie - siano essi medici dirigenti operativi o di struttura o comunque coinvolti nelle elaborazioni progettuali del sistema in esame – risulterebbero concorrere nella fattispecie generale citata ed incorrere nelle violazioni specifiche di cui all’art. 8 L. 175/1994.

Il progetto *Perimed* – ad esempio - consente l’anamnesi eseguita dall’infermiere.

L’anamnesi è un atto tipicamente medico.

L’infermiere esercita la professione medica.

Occorre peraltro un’indagine delle norme che “colorano” di contenuto la previsione in bianco dell’art. 348 cp. al fine di individuare eventuali previsioni autorizzatorie a specifiche pratiche sanitarie in capo alla professione infermieristica.

La ricognizione delle fonti è necessaria anche al fine di stabilire il quadro di principi a

cui il legislatore regionale avrebbe dovuto attenersi nell'esercizio della propria potestà legislativa concorrente.

In particolare, si richiamano il DM 739/1994 – già citato - che definisce l'infermiere; la legge n. 42/1999 che abroga il mansionario infermieristico e stabilisce il campo proprio della professione; la legge 251/00 che riconosce autonomia alla professione e la legge 43/06 che contiene la delega (ancora inattuata) al Governo per l'istituzione degli ordini degli infermieri.

Il D.M. 14-9-1994 n. 739 chiarisce in punto all'individuazione della figura e del profilo professionale che *“l'infermiere è l'operatore sanitario che.....è responsabile dell'assistenza generale infermieristica...Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.”*

L'infermiere in particolare, come si è detto :

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero-professionale.

In generale, dunque, alla funzione infermieristica è attribuita la responsabilità dell'assistenza generale e la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche.

La successiva legge n. 42 del 26 febbraio 1999 in primo luogo abroga il mansionario infermieristico (art. 1 co. 1) escludendo quindi ogni possibile delimitazione in via astratta ed analitica di ciò che può fare l'infermiere.

In secondo luogo prevede che *“Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie (tra cui personale sanitario infermieristico)è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione postbase nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.”* (art. 1 co. 2)

Ne deriva che i criteri da considerare per definire *ex ante* l'attività infermieristica ed il relativo ambito materiale sono quindi: i contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei profili, gli ordinamenti didattici universitari e di formazione postbase nonché gli specifici codici deontologici; e, ultimo ma non meno importante, la riserva in favore delle competenze delle professioni mediche.

Due le conseguenze: 1) la legge 42/99 esclude che qualsivoglia atto, documento o delibera di emanazione regionale possa definire il campo di attività dell'infermiere; 2) le competenze mediche sono un limite preciso ed invalicabile per le professioni infermieristiche.

La legge 251/00 per altro verso riconosce il ruolo delle Regioni in materia specificando che *“promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristiche...”* (art. 1 co. 2).

Dunque un ruolo di promozione della valorizzazione delle funzioni e non definitorio delle medesime.

Da ultimo la legge n. 43/2006 che all'art. 1 comma 1 riconosce gli infermieri tra le professioni sanitarie infermieristiche stabilendo altresì come *“ Resta ferma la competenza delle regioni nell'individuazione e formazione dei profili di operatori di interesse sanitario non riconducibili alle professioni sanitarie come definite dal comma 1(rectius: infermieri)”* (art. 1 co. 2).

Dunque una conferma del dato costituzionale già analizzato nonché un accento del dato normativo primario che vieta alla potestà regionale la definizione delle competenze

infermieristiche e tantomeno mediche.

*** **

In via conclusiva quindi:

- ~~• le fonti di legislazione primaria e ministeriali analizzate non autorizzano il~~
personale infermieristico al compimento delle pratiche sanitarie contestate da questo OMCeO;
- le pratiche oggetto di discussione paiono essere state autorizzate – per quanto di rispettiva competenza - dalla Regione Emilia Romagna e dalla Regione Toscana con modalità amministrative illegittime (documento di lavoro, progetto sperimentale) in capo al profilo professionale dell'infermiere.
- La definizione del profilo professionale rimane comunque escluso ai sensi dell'art. 117 co. 3 Cost. dalla potestà legislativa regionale concorrente;
- le pratiche sanitarie attribuite (ad es. attività di anamnesi) sono riconducibili a quell'attività medica o atto medico così come ritenuto dalla stessa categoria medica sulla base delle proprie acquisizioni e conoscenze scientifiche;

conseguentemente,

- l'esercizio di quelle pratiche mediche da parte degli infermieri configurano la fattispecie di cui all'art. 348 cp. in quanto, in assenza di una norma nazionale, le previsioni della RER non possono sostituire quell'abilitazione statale necessaria per l'esercizio della professione medica.
- La previsione autorizzatoria di un modulo organizzativo che consente in via durevole lo svolgimento di atti e pratiche mediche configurerebbe l'ipotesi di concorso nel reato suddetto e, se effettuato da esercenti le professioni sanitarie, soggetti alle disposizioni di cui all'art. 8 L. 175/1994.
- L'Ordine professionale risulta soggetto istituzionalmente coinvolto e coinvolgibile nel processo valutativo e di controllo e vigilanza sui doveri connessi ed inerenti le professioni ex art. 8 L. 175/1994.

***** **

Per tutto quanto precede lo scrivente Dott. Giancarlo Pizza, nella sua qualità e veste di Presidente dell'OMCeO Bologna ed in virtù di delibera consiliare autorizzativa

SEGNALA

Alle Autorità in indirizzo la situazione involgente le progettualità in corso di sperimentazione esecutiva delineanti la rilevata e denunciata introdotta e introducenda ~~esondazione di pratica infermieristica in campo medico come conseguibile modello~~ organizzativo di settori della sanità pubblica regionale, involgente in particolar modo i progetti “Perimed” “Triage P.S.” “Servizio di Urgenza Emergenza nel Servizio “118” nell’ambito della Regione Emilia-Romagna e “See & Treat” nell’ambito della Regione Toscana Riservata ogni propria competenza ex art. 8 L. 175/94

Chiede

accertarsi la rispondenza a liceità delle suddette progettualità rispetto alla configurabilità di ipotesi penalmente rilevanti, in particolare l’esercizio e/o il concorso nell’esercizio abusivo della professione medica (art. 348 c.p.) e nell’agevolazione all’esercizio ex art. 8 L. 175/94, ovvero gli altri eventuali reati che l’Autorità giudiziaria riterrà individuabili accertare a carico dei soggetti che a vario titolo e veste potrebbero ritenersi eventualmente responsabili delle fattispecie di rilevanza penale.

Si allega la documentazione richiamata:

- 1) Delibera n. 122 in data 29/06/2010;
- 2) Documento gruppo di lavoro triage in Pronto Soccorso della Regione Emilia Romagna;
- 3) Progetto “Perimed” della Regione Emilia Romagna;
- 4) Delibera Giunta Regione Toscana in data 17/12/2007, n. 958;
- 5) Delibera Giunta Regione Toscana in data 31/3/2010, n. 449;
- 6) Documento 20/2/10 FRER Emilia Romagna;
- 7) Lettera in data 22/02/10 della F.R.E.R. al Comitato Centrale FNOMCeO;
- 8) Linee-guida ministeriali 'Accordo 25 ottobre 2001Ministro della salute/ Regioni.

Bologna li 5/10/2010

OMCeO Bologna

Il Presidente

Dott. Giancarlo Pizza

