

**FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI  
CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI**

**CONSULTA DEONTOLOGICA NAZIONALE**

**VALUTAZIONE SULLE PREROGATIVE DEL MEDICO IN SPECIFICHE  
ATTIVITÀ ASSISTENZIALI DI EQUIPE MULTIPROFESSIONALI,  
IN PARTICOLARE SULLA SPERIMENTAZIONE  
DEL MODELLO *SEE AND TREAT***

La Consulta Deontologica della FNOMCeO ha considerato in ogni aspetto il progetto sperimentale di carattere organizzativo relativo a importanti attività ospedaliere, elaborato in sedi toscane, noto come procedure di *see and treat* nell'ambito del pronto soccorso e di analoghe iniziative quali ad esempio *fast track surgery* progettate nella Regione Emilia-Romagna.

A tale scopo la Consulta assume agli atti che hanno orientato le proprie valutazioni, le osservazioni esplicative e critiche contenute nei Documenti votati dalle Federazioni Regionali degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Toscana e dell'Emilia Romagna.

**Sul piano specifico**, trattandosi di sperimentazioni di modelli operativi che incidono sui servizi di assistenza e cura, un primo profilo di coerenza deontologica per i medici coinvolti nel progetto va ricercato nell'aderenza delle sue finalità ai principi di beneficiabilità e giustizia, nella garanzia cioè che gli obiettivi perseguiti corrispondano alla distribuzione equa, efficace ed appropriata, di un bene, in questo caso l'assistenza a determinate condizioni patologiche in un contesto organizzativo più complesso di gestione delle urgenze-emergenze.

Sotto questo profilo, la sperimentazione *see and treat* appare ispirata da prospettive di razionalizzazione e di adeguato impiego delle risorse umane, tecniche, strutturali ed economiche disponibili, alla stregua di strumenti di predisposizione e di gestione tempestiva ed efficace del lavoro in *équipe*, diretti a contenere costi incongrui ma soprattutto a produrre benefici nell'assistenza e nella soddisfazione degli utenti.

Tali obiettivi rappresentano una condizione necessaria a rendere deontologicamente compatibile una siffatta sperimentazione organizzativa che sostanzialmente opera in deroga al principio generale, giuridicamente e deontologicamente protetto, di affidamento e garanzia esclusivi al medico della diagnosi e prescrizione di cura dei pazienti laddove, in aree dedicate di pronto soccorso, autorizza infermieri, resi esperti da una specifica formazione ad alcune prestazioni secondo protocolli predefiniti dai direttori medici delle strutture e sotto il loro tutoraggio.

La seconda condizione all'uopo necessaria prevede che tutta la sperimentazione avvenga in un contesto di ampia ed esaustiva informazione dei pazienti che si rivolgono

al servizio ed a una specifica acquisizione del consenso degli stessi alle procedure assistenziali sperimentali a cui vengono sottoposti.

Nel rispetto di tali condizioni, è possibile esprimere un consenso di massima verso la cauta adozione di percorsi assistenziali che consentano la sperimentazione del modello **see and treat**, peraltro già previsti in altri Paesi ove tuttavia sono assai diversi i percorsi formativi dei professionisti, le culture organizzative, i principi etici di governo dei sistemi sanitari, infine le stesse attese dei cittadini.

**Sul piano generale**, il punto fondamentale cui perviene la valutazione deontologica coincide peraltro con l'antica *querelle* sulle prerogative mediche messe in discussione dalla prospettazione di un ruolo funzionale sostanzialmente autonomo di altri professionisti sanitari impegnati in prestazioni d'*équipe*, nelle quali si prefigura la possibile equipollenza di competenze tra professionisti medici e non medici, questi ultimi all'uopo addestrati con progetti di formazione sul campo.

Ciò sull'esempio, non sempre direttamente e integralmente mutuabile, offerto da altri Paesi che da tempo ne hanno attuato una sostanziale promozione anche da noi resa incombente ma caotica dalla prefigurazione normativa nazionale e regionale che non mostra intenzione di salvaguardare coerenze ma anzi apre scenari inquietanti stante la possibilità che per questa via ogni regione potrà ridisegnare in ambito sanitario profili e competenze professionali del tutto funzionali ai propri modelli di organizzazione dei servizi.

La preoccupazione non nasce ovviamente da una prospettiva di sviluppo continuo delle competenze e degli skills delle professioni sanitarie né dalla scelta di contrastare pregiudizialmente modelli flessibili di assistenza ma dal grande rischio di un uso spregiudicato ed opportunistico delle competenze ai fini di realizzare organizzazioni di servizi sanitari meno onerosi; una prospettiva low-cost che potrebbe sedurre molti amministratori, soprattutto quelli in difficoltà con la tenuta dei bilanci.

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

Se è dunque vero che non possono non riconoscersi alle professioni sanitarie nuovi profili di competenze avendo questi fruito di formazioni e di titoli universitari nell'ambito della Facoltà di Medicina e Chirurgia, a loro volta produttivi di una dignità e di una potestà operativa autonoma "*... nel campo proprio di attività e responsabilità....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 (Legge 42/1999, art. 1, comma 2)*", non può del pari ritenersi ammissibile una indisciplinata confusione operativa e tanto meno una sostanziale erosione del ruolo e della dignità del medico che travalichi il limite da una sinergia integrativa rispettosa di una professione, la nostra, garantita e resa specifica dallo Stato attraverso l'abilitazione.

Non sembra comunque possibile né praticamente esperibile una ulteriore definizione e delimitazione giuridica dell'attività medica specifica ed esclusiva che farebbe vacillare quella *duplice posizione di garanzia* verso lo Stato e verso i cittadini di cui è titolare soltanto il medico, così come riconoscono dottrina e giurisprudenza *in primis* costituzionale (vedi da ultimo la recente sentenza della Corte Costituzionale n. 151/2009 sulla Fecondazione Medicalmente Assistita) e come afferma il Codice di

Deontologia Medica, restando pur sempre il medico il protagonista e il primo responsabile delle fasi relazionale, diagnostica e terapeutica su cui si articola la sua attività.

D'altronde, nella prassi assistenziale, specie se esperita in *équipe*, è riconosciuto al medico un ruolo *preminente e come tale garante anche delle scelte praticate dal personale dipendente, con lo specifico obbligo di sorveglianza e di controllo* e con l'*assunzione* di una responsabilità ad altri non delegabile ma neppure produttiva di impunità per ogni altro operatore che sbaglia (Cass. civ., 16 marzo 2010, n. 10454).

Se ciò è vero e documentato, ne deriva la inderogabile necessità che ogni percorso o progetto assistenziale riconosca la figura del medico tanto nella composizione della *équipe* quanto nel relativo processo funzionale, relazionale e curativo, anche nel quadro di una responsabilità *in eligendo e in vigilando* che non esclude deleghe strettamente operative ma sempre entro limiti di capacità e di fiducia commisurati all'entità del rischio e nel rispetto delle esclusive prerogative del medico.

In altre parole, con riferimento alle sperimentazioni in corso, è possibile ipotizzare un'organizzazione del lavoro in *equipe* che preveda l'affidamento vigilato e responsabile di alcuni atti medici ad altre figure professionali con il limite che le procedure non sconfinino nella cessione di potestà esclusive.

La Consulta Deontologica, richiamandosi ai tre principi richiamati dal Presidente della FNOMCeO (responsabilità, professionalità, formazione di base e specialistica) ritiene che la *leadership* medica (intesa in senso funzionale) sia da considerare come presidio di armonia, di coerenza, di efficienza e di sicurezza e come fattore di sintesi e di contemperamento di plurime esperienze e specializzazioni professionali, adeguatamente formate, preparate e senz'altro insuscettibili di improvvisati assemblaggi.

**In conclusione**, l'eventuale trasferimento da una condizione sperimentale ad una "a regime" di modelli operativi che prevedano, in condizioni del tutto particolari e definite, l'affidamento di nuove competenze ad altri professionisti sanitari, appaiono per i medici coinvolti deontologicamente coerenti se perseguono e conseguono obiettivi di efficacia, qualità, appropriatezza e sicurezza delle cure, se non discriminano i pazienti in ragione dei bisogni, se operano nel pieno rispetto dell'informazione e consenso e se soprattutto riconoscono al medico sul piano dell'autonomia tecnico professionale il ruolo di governo e sintesi del processo clinico assistenziale e su quello della responsabilità la duplice posizione di garanzia verso i cittadini e verso lo Stato *in eligendo e in vigilando*.

Le competenze fondanti questo ruolo di garanzia del medico non possono dunque essere oggetto di inappropriate sovrapposizioni o sottrazioni, costituendo invece un esclusivo obbligo giuridico e un preciso dovere deontologico.

Gli Ordini professionali sono i naturali portatori di questi interessi peraltro generali e anche in ragione dell'art. 64 del Codice di Deontologia Medica, a loro spetta il compito di vigilare e intervenire su tali processi di cambiamento affinché le innovazioni non si riducano a mere derive efficientiste che mirano a ridurre i costi impoverendo i servizi di competenze appropriate, esponendo categorie sanitarie su terreni tecnico professionali non propri, sottraendo ruoli e compiti al medico oltre e contro la sua indiscussa posizione di garanzia e tutela della salute dei cittadini.