

Il sistema sanitario di emergenza italiano tra prove e rischi di corporativismo: il "caso Bologna". Parte I: le prove / Parte II: deontologia e diritto

GIUSEPPE GRISTINA¹, ELISABETTA PULICE²

¹Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI) - Comitato Etico; ²Laboratorio dei Diritti Fondamentali (LDF), Torino; PhD in Studi Giuridici Comparati ed Europei, Università di Trento e Université Paris Ouest-Nanterre (Francia).

Pervenuto l'8 marzo 2019. Accettato il 18 marzo 2019.

Riassunto. Aspetti scientifici. Un'efficace assistenza pre-ospedaliera richiede professionisti sanitari addestrati, risorse tecnologiche e terapeutiche prontamente disponibili, ma l'organizzazione dei sistemi di emergenza è scarsamente correlata all'analisi dei risultati. Esistono tre modelli di assistenza pre-ospedaliera. Nel primo (anglo-americano) l'assistenza è erogata da paramedici specializzati; il secondo (franco-tedesco) prevede sempre la presenza del medico; il terzo, derivato dal modello franco-tedesco e descritto come la nuova professione nel contesto dell'assistenza pre-ospedaliera, è quello guidato dall'infermiere. Molti studi mettono a confronto questi sistemi, ma i risultati di questa revisione narrativa dimostrano: 1) che non esiste un modello migliore dell'altro; 2) che la qualità degli esiti delle prestazioni dipende dal tipo di competenze richieste caso per caso e dalla qualità del dispatch, al contrario di quanto sostenuto dall'Ordine dei Medici di Bologna; 3) che la risposta organizzativa migliore nell'assistenza pre-ospedaliera è considerata quella basata sul task shifting (delega di mansioni dai medici agli infermieri). **Aspetti deontologici e giuridici.** Il Codice di Deontologia Medica (CDM) acquista rilevanza giuridica grazie alla positivizzazione dei principi di etica medica in regole vincolanti per i professionisti. Le norme deontologiche assumono crescente attenzione sul piano normativo e giurisprudenziale in ragione della capacità del CDM di regolare rilevanti aspetti della condotta professionale con conseguenze sull'attività medica e sui diritti fondamentali dei pazienti. Ciononostante, la funzione degli ordini professionali, il valore vincolante del CDM e la sua posizione nella gerarchia delle fonti rimangono controversi. Tanto le relazioni tra responsabilità disciplinare e ordinamento giuridico quanto il procedimento disciplinare non sono adeguatamente disciplinati né accompagnati da un appropriato sistema di garanzie. Il potere disciplinare affidato alle istituzioni ordinistiche necessita di condizioni, definizioni giuridiche, garanzie e rimedi giurisdizionali ancora assenti nell'attuale contesto italiano. Il suo esercizio nei confronti di un medico che, agendo come membro di una giunta, propone un atto giuridico deve inoltre essere basato su solide ragioni di tutela dei diritti fondamentali. L'analisi mette in luce gli elementi e gli strumenti che devono essere considerati dal punto di vista dei contenuti e del procedimento disciplinare per costruire rapporti più coerenti tra diritto e deontologia.

The Italian emergency medical system between evidence and risks of corporatism: the "Bologna case". Part I: the evidence / Part II: medical ethics and law.

Summary. Scientific issues. An effective pre-hospital emergency care needs trained health care professionals, technological and therapeutic resources, but not always the emergency systems performance is data-driven. There are three fundamental models of pre-hospital care. The first one (Anglo-American) is based on the professional paramedic provision of care. Another model (Franco-German) is built on the physician-led approach. The last one, derived from the franco-german model, is the nurse-led model described as the new profession in the pre-hospital care setting. Many studies compare the benefits of having physicians or nurses or paramedics on the field. The findings of this narrative literature review show that: 1) there is no a better model than the other; 2) the best performance depends on one hand on the expertise required case by case of those responding, on the other on the quality of dispatching process, contrary to what the Bologna's General Medical Council held; 3) regardless of the adopted model, the task shifting (the skills and expertise passed from physicians on other specialized health care workers) is considered around the world as the best way to balance health care demand and supply in the pre-hospital emergency setting. **Professional ethics and legal issues.** By means of the transformation of principles of medical ethics in rules binding for professionals, the code of medical ethics (CME) gains relevance within the legal system, especially through case law and disciplinary responsibility. Moreover, the CME is gaining growing attention, both at the normative and judicial levels, due to its ability to regulate important aspects of professional conduct, which may have consequences for medical practice and for the patient's fundamental rights. Notwithstanding this role, the interrelations between law and medical ethics, the binding value of the CME and the related position in the hierarchy of norms are still controversial, lacking a proper regulation and a proper set of safeguards measures. A disciplinary action against doctors acting outside the professional activities, namely as a council member proposing a legal act, must be based on solid grounds relating to the protection of fundamental rights. Such a disciplinary authority requires legal definitions, safeguards and judicial remedies beyond those being met at present. The analysis shows how specific elements and devices should still be taken into consideration from both procedural and content perspectives to shape a more coherent model of relationships between law and medical ethics.

Parole chiave. Codice di deontologia medica, infermiere di emergenza, medico di emergenza, ordini dei medici, paramedico, responsabilità disciplinare, sistema sanitario di emergenza.

Key words. Code of medical ethics, disciplinary liability, Emergency medical service system, Emergency nurse, Emergency physician, medical professional associations, paramedic.

Breve cronistoria

Nel dicembre 2018, l'Ordine dei medici (OMCeO) di Bologna ha radiato l'Assessore alla Sanità della Regione Emilia-Romagna¹, un medico, per aver approvato nel 2016 la delibera con la quale agli infermieri attivi nell'emergenza pre-ospedaliera si delegano protocolli operativi (*task shifting*) che prevedono, in definite situazioni, l'identificazione del problema e la conseguente somministrazione di farmaci salva-vita sotto il controllo in tempo reale del medico di centrale operativa.

Due anni orsono lo stesso Ordine decise di sospendere alcuni medici del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica-118 di Bologna che avevano redatto quei protocolli approvati poi dalla delibera^{2,3}.

Le sanzioni erogate dall'Ordine si fondano su due distinte argomentazioni. Una di rilevante interesse collettivo perché i protocolli così organizzati metterebbero a rischio la salute dell'intera popolazione. Questa denuncia ha generato allarme nei cittadini e si è trasformata in una manifestazione di sfiducia verso medici, infermieri e tecnici⁴ operanti nel servizio di emergenza bolognese. L'altra investe i profili di responsabilità deontologica dei singoli medici e dell'Assessore i quali sarebbero contravenuti ad alcuni articoli del Codice di Deontologia Medica (CDM), soprattutto all'art. 3, secondo il quale «... 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...»⁵. In merito è importante sottolineare preliminarmente almeno tre rilevanti questioni:

1. I rischi per la popolazione legati al task shifting denunciati dall'OMCeO non sono fondati su prove di efficacia. Se l'approccio alla cura del singolo paziente è basato sulle prove di efficacia (*evidence-based medicine*), ugualmente dovrebbe esserlo quello relativo al benessere di un'intera comunità⁶.
2. Se i procedimenti disciplinari adottati dall'OMCeO di Bologna avessero trovato una reale giustificazione nei rischi cui sarebbero stati esposti i cittadini, la delibera con la quale si è organizzata l'emergenza pre-ospedaliera in Emilia-Romagna avrebbe dovuto essere impugnata nelle sedi opportune, cosa che non è avvenuta.
3. Gli stessi procedimenti avrebbero dovuto essere presi anche nelle altre regioni italiane che hanno adottato, per l'emergenza sul territorio, lo stesso modello organizzativo dell'Emilia-Romagna^{7,8}.

Nella sezione dell'articolo relativa agli aspetti scientifici si valuteranno, attraverso un'analisi della letteratura disponibile, i risultati emersi dal confronto, in differenti scenari (trauma maggiore, arresto cardiaco, gestione delle vie aeree), tra i sistemi di emergenza pre-ospedaliera che prevedono la presenza sulla scena del medico o del solo infermiere o di un paramedico.

Nella sezione riguardante invece gli aspetti deontologici e giuridici, si prenderà in esame la complessità dei rapporti tra deontologia e diritto e tra ordinamento statale e categoria professionale, evidenziando le incertezze e le criticità che interessano la rilevanza giuridica del CDM e la definizione della portata concreta del controllo disciplinare degli Ordini professionali.

«In the absence of data, each system continues to evolve to suit the biases of those directing the systems and the perceived needs and wants of the population, rather than evidence-based criteria.»

Nathens et al. Lancet 2004; 363: 1794-801

PARTE I: le prove

Metodologia

Scopo della revisione narrativa: valutare l'andamento di mortalità e morbidità nell'emergenza pre-ospedaliera in rapporto alla presenza sulla scena di un medico o di un infermiere.

Arco temporale: 1999-2018

Database consultati: PubMed; Cochrane Database of Systematic Reviews; Database of Abstracts and Reviews of Effectiveness.

Studi considerati: serie di casi; studi caso-controllo; studi di coorte; trial clinici randomizzati; revisioni sistematiche.

Criteri di esclusione: scarsa o assente pertinenza con lo scopo della revisione; studi antecedenti al 1999; editoriali e opinioni degli esperti; articoli non in lingua inglese.

Introduzione

La medicina d'urgenza è una disciplina le cui competenze sono mirate a diagnosticare e trattare, in pazienti di ogni età, malattie acute con uno spettro ampio di sintomi fisici e psichici o un traumatismo. In medicina d'urgenza la qualità degli esiti delle decisioni è spesso tempo-dipendente. La pratica della medicina d'urgenza comprende il triage pre-ospedaliero e ospedaliero, la valutazione iniziale e la gestione dei casi di emergenza sul territorio, durante il trasferimento in ospedale e nel dipartimento di emergenza, coinvolgendo i professionisti sanitari anche nell'emergenza ospedaliera⁹.

Un "Sistema dei servizi medici in emergenza" (in inglese, Emergency Medical System - EMS; in Italia, Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica - SUEM)

può essere definito come il sistema che garantisce personale, strutture e attrezzature per l'erogazione di trattamenti efficaci, coordinati e tempestivi finalizzati a prevenire mortalità e morbilità in caso di malattie acute o traumatismi in ambito pre-ospedaliero e in caso di maxi-emergenze¹⁰.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) include il grado di efficacia ed efficienza dei SUEM tra i parametri essenziali per la valutazione qualitativa globale dei servizi sanitari¹¹.

In termini organizzativi, le autorità sanitarie di diversi Stati europei hanno scelto di progettare i SUEM con l'obiettivo di portare le maggiori competenze possibili direttamente al paziente tramite ambulanze con un medico costantemente presente a bordo, spesso specializzato in medicina d'urgenza o in anestesia e terapia intensiva, ritenendo così di migliorare quanto più possibile l'esito delle cure. Tuttavia, in alcune aree le ambulanze sono dotate di infermieri specializzati mentre i medici sono utilizzati principalmente sugli elicotteri, su ambulanze particolarmente attrezzate e, comunque, per situazioni di particolare complessità¹². Altri paesi usano "paramedici", che hanno un'istruzione più breve, più mirata e specializzata¹³.

Questa diversa allocazione delle risorse umane disponibili non dipende soltanto da differenze organizzative, economiche e geografiche, ma anche dalla mancanza di convincenti prove di efficacia circa la reale utilità del medico sulla scena rispetto ad altre figure professionali.

In Italia, i SUEM sono diversamente strutturati in rapporto alle legislazioni regionali, e protocolli di intervento basati sul dispatch con differenti equipaggi sono da tempo in uso¹⁴.

In Emilia-Romagna questi protocolli hanno però generato un duro scontro tra l'Ordine dei medici di Bologna da un lato e i dirigenti medici del SUEM e l'Assessore alla Sanità della Regione dall'altro, conclusosi, per ora, con l'erogazione di sanzioni disciplinari nei loro confronti. L'accusa è di demandare agli infermieri funzioni di esclusiva pertinenza medica (diagnosi e cura) contravvenendo a uno specifico dettato del CDM e mettendo a rischio la salute dei cittadini.

I sistemi di emergenza nella prospettiva europea: aspetti giuridici ed economici

Il SUEM è una branca del sistema sanitario pubblico e si riferisce in particolare al sistema che si fa carico del trattamento delle emergenze sanitarie pre-ospedaliere. La struttura organizzativa di base prevede ovunque una centrale operativa che risponde alle chiamate di emergenza e coordina, tramite postazioni territoriali, l'assistenza medica al chiamante tramite l'invio di un'unità mobile con personale medico e/o infermieristico o paramedico, attrezzata al trattamento sulla scena e al trasporto del paziente

in ospedale. Tutti gli Stati membri dell'UE possiedono una legislazione che regola i SUEM. Tuttavia, se si tiene conto del diverso sviluppo temporale dei SUEM in Europa¹⁵, l'inquadramento legislativo riguardante la loro organizzazione non è ovunque lo stesso. Negli Stati dove l'attività dei SUEM è inclusa in altri servizi di emergenza (polizia, vigili del fuoco, protezione civile, ecc.), le attività di emergenza pre-ospedaliere sono normate dagli atti legislativi che regolano anche le altre attività.

Negli Stati aderenti all'UE, queste leggi sono state emanate in un arco temporale che va dagli anni '60 agli anni 2000, proprio quando la medicina d'urgenza andava sviluppandosi. La figura 1 riporta le decate nelle quali la legislazione dei SUEM è stata adottata da ciascuno Stato europeo. Gli aspetti fondamentali prevalentemente trattati dalle leggi dei singoli Stati sono delineati in figura 2^{16,17}. Gli Stati membri dell'UE finanziano direttamente o indirettamente i SUEM. La figura 3 riassume le differenti modalità di finanziamento. Tutti gli Stati dell'UE hanno dichiarato che le loro legislazioni garantiscono a ogni cittadino, senza eccezione, il libero accesso alle cure d'emergenza in ospedale. Ciononostante, alcuni Stati esigono dai pazienti una compartecipazione ai costi delle cure in emergenza. In Italia, i ticket per le prestazioni in regime di pronto soccorso non seguite da ricovero (esclusi gli esenti e i casi di traumatismo/avvelenamento) sono stati introdotti nel 2007¹⁸⁻²⁰ con un costo per il cittadino di 25 euro. In molti Stati dell'UE i SUEM sono sostenuti economicamente dallo Stato o tramite un sistema nazionale di assicurazione sanitaria. La figura 4 mostra le modalità di pagamento basate sulla classificazione dei servizi o in base al bacino di utenza corrispondente a un'area geografica.

I sistemi di emergenza pre-ospedaliere sono forniti da un mix di istituzioni pubbliche e private. La figura 5 mostra l'istituzione che eroga il servizio in termini di ambulanze e centrali operative. Mentre queste ultime sono principalmente sotto il controllo pubblico, i servizi di ambulanza sono gestiti maggiormente da fornitori privati. Questa constatazione riflette il fatto che il coordinamento dei SUEM è considerato una responsabilità chiave dalle autorità pubbliche, in particolare la funzione del dispatch per le ambulanze.

Anche i metodi utilizzati per calcolare i costi variano considerevolmente tra gli Stati membri dell'UE. Le differenze nel finanziamento influenzano necessariamente l'organizzazione e la gestione dei SUEM e si possono quindi ipotizzare differenze tra gli Stati in termini di esito dei trattamenti in emergenza, ma la mancanza di dati impedisce tale confronto.

In Italia, uno studio condotto nel 2015 ha calcolato i costi standard per i SUEM di quattro regioni (Lazio, Lombardia, Basilicata, Emilia-Romagna) per un totale di 20 milioni di potenziali utenti²¹. I dati sono riportati in tabella 1.

In ultimo, anche il diverso background politico e finanziario influenza le policy riguardanti i SUEM^{22,23}.

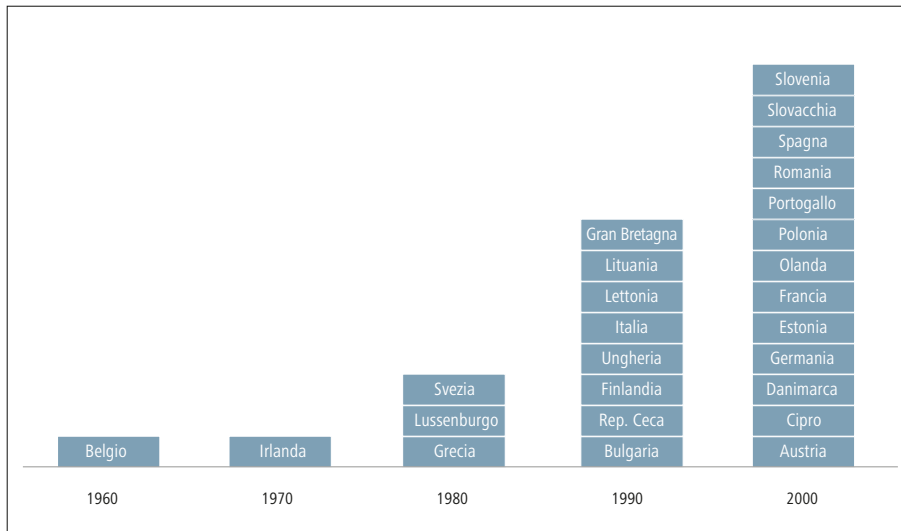


Figura 1. Decadi durante le quali le legislazioni dei singoli Stati sono state varate¹¹.

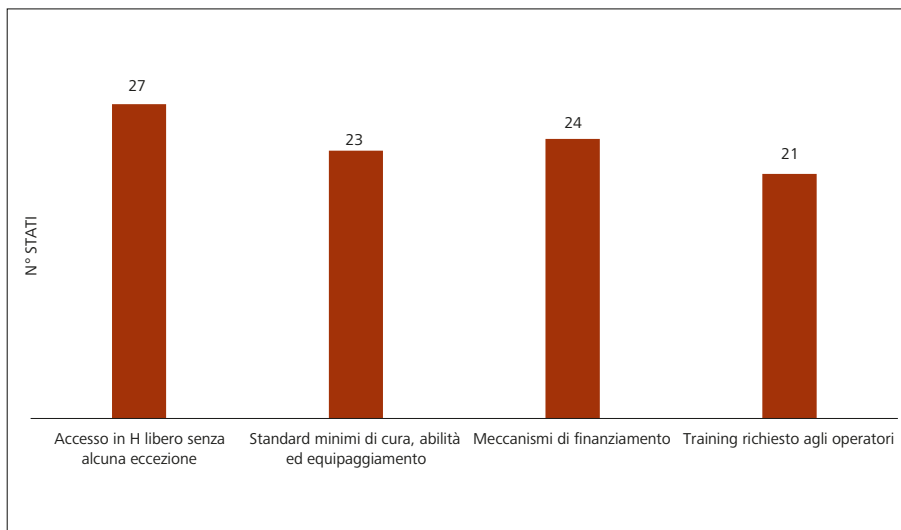


Figura 2. Principali argomenti affrontati nelle leggi nazionali (ammesse risposte multiple)¹¹.

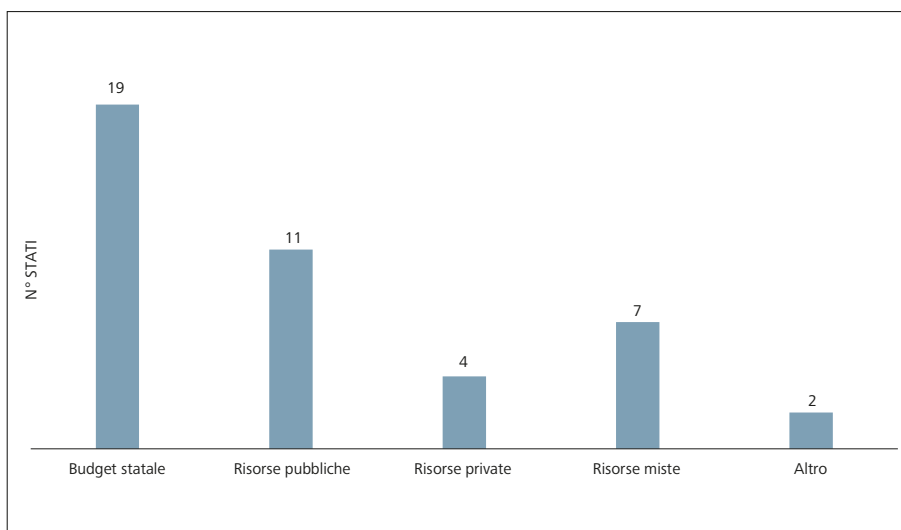


Figura 3. Fonti di finanziamento dei SUEM utilizzate dagli Stati dell'UE¹¹.

I sistemi di emergenza nella prospettiva europea: aspetti organizzativi e prove scientifiche

Esistono due principali modelli di SUEM: quello anglo-americano (AAS) e quello franco-tedesco (FGS)²⁴. La principale differenza tra i due modelli sta nel tipo di professionisti utilizzati per i soccorsi. L'AAS utilizza ambulanze con paramedici addestrati a effettuare quasi tutti i trattamenti; il FGS utilizza invece prevalentemente i medici. Recentemente in Europa è stato anche attivato un terzo modello che prevede la presenza dei soli infermieri almeno in determinati scenari^{25,26}. Nella tabella 2 sono riportate le altre differenze tra i due sistemi.

Molti studi hanno tentato di confrontare i due sistemi in termini di esito o di costo/efficacia, ma oltre alle implicite difficoltà legali ed etiche vi sono rilevanti problemi metodologici: essi operano con approcci differenti ("scoop and run" vs "stay and play")^{27,28}, in diversi contesti, rispondono a una domanda spesso diversa, in assenza di standard unificati²⁹. Un'ulteriore difficoltà è legata al fatto che l'esito alla dimissione dipende anche dalla qualità del trattamento intraospedaliero^{30,31}. Se poi si escludono i casi con esito fatale, un numero considerevole di pazienti dovrebbe essere arruolato in questi studi per mostrare un miglioramento significativo della mortalità indotto dai trattamenti erogati da un medico anziché da un infermiere. In ultimo, indagini retrospettive hanno dimostrato che la presenza

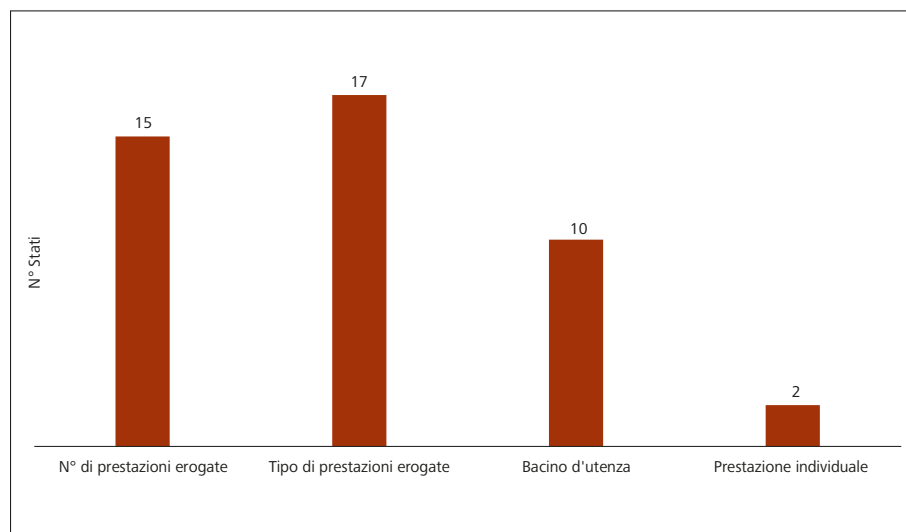


Figura 4. Metodi di pagamento dei SUEM in Europa¹¹.

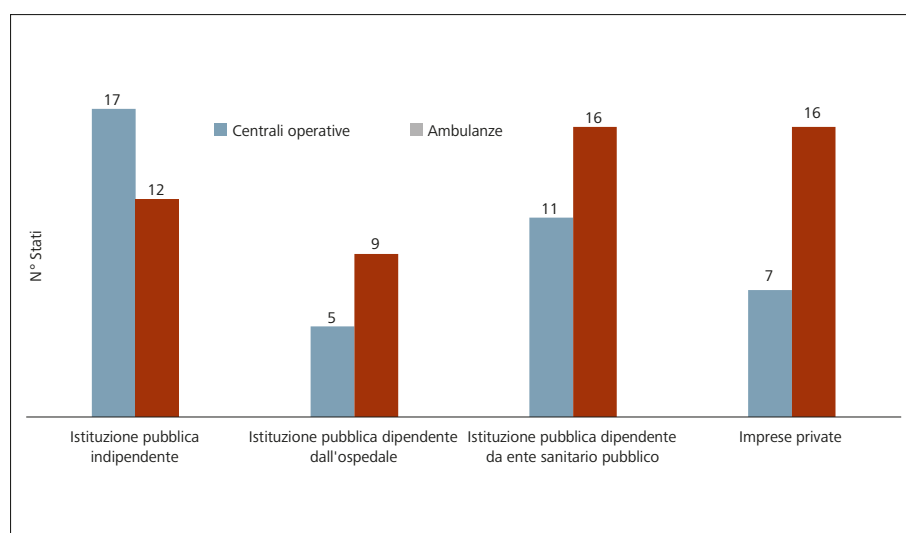


Figura 5. Istituzioni che erogano i servizi per l'emergenza pre-ospedaliera¹¹.

Tabella 1. Costi standard per i SUEM – Italia²¹.

	Costo unitario/h (€)	Costo unitario/anno h24 (€)
Costi diretti personale		
Medici specializzati	73	638.785
Infermieri dipendenti	30	262.321
Autisti dipendenti	23	202.520
Altri costi del personale	3	26.000
Mezzi di soccorso		
Ambulanze	4	34.000
Auto	3	26.000
Dotazioni tecnologiche		
Ambulanze servizio MSB	0,5	4.500
Ambulanze servizio MSA	0,8	7.000
Auto servizio MSA	0,7	6.000
Materiale sanitario	0,7	6.000
Costi di struttura	6	51.000

MSB=Mezzo Soccorso Base (BLS); MSA=Mezzo Soccorso Avanzato (ALS).

del medico sulla scena è rilevante per l'esito in una proporzione molto ridotta di casi rispetto all'atteso. Due studi condotti in Svezia su 1106 e 1381 pazienti rispettivamente, mostravano il primo che solo nel 5% delle chiamate di emergenza la presenza del medico si era rivelata cruciale (il 96-100% degli anni di vita guadagnati è stato ottenuto solo nel 2,5-7% dei pazienti studiati)³² e il secondo che solo nel 17% (n=239) dei casi era richiesto un intervento attivo del medico che solo in uno si era dimostrato salvavita³³.

Gli studi che hanno poi valutato il beneficio apportato dalla presenza del medico sulla scena han-

no concentrato l'attenzione sui traumi maggiori³⁴, sull'arresto cardiaco (AC)³⁵ e sull'intubazione della trachea (IT)³⁶. In tutte e tre le condizioni l'aumento di sopravvivenza correlato al trattamento effettuato dal medico era basato su un'evidenza condizionata dall'estrema variabilità della qualità e della forza dei singoli studi.

Nel 2010, una meta-analisi (46/1333 studi prevalentemente retrospettivi osservazionali) ha confrontato l'efficacia degli interventi ALS (medico e infermiere) e BLS (infermiere o paramedico) nei diversi scenari pre-ospedalieri. I risultati sull'efficacia degli interventi ALS è contraddittoria. Nell'AC, la rianimazione cardiopolmonare (RCP) e la defibrillazione precoce sono essenziali per la sopravvivenza che non è risultata migliorata dagli interventi ALS rispetto agli interventi BLS. Il trattamento trombolitico pre-ospedaliero effettuato da ALS ha ridotto la mortalità in pazienti con infarto miocardico mentre la maggior parte dei risultati della ricerca in ambito traumatologico sembra favorire l'intervento BLS in caso di ferite penetranti e quando l'ospedale è a breve distanza. Se l'assistenza extra-ospedaliera è offerta da un medico esperto, gli interventi possono essere di beneficio per i pazienti con lesioni multiple e gravi lesioni cerebrali mentre l'IT effettuata da personale non esperto (con o senza anestesia) è gravata da una maggiore mortalità e da una maggiore frequenza di complicanze³⁷.

Nel 2011, un'altra meta-analisi (18/1081 studi che includevano RCT, studi caso-controllo e prima-dopo, n=16.857) ha dimostrato che in 9/18 studi l'intervento ALS in pazienti traumatizzati non modificava la sopravvivenza rispetto all'intervento BLS (pooled OR 0,892; 95% CI 0,775-1,026) mentre questa risultava aumentata in 7659 pazienti con AC (pooled OR 1,468; 95% CI 1,257-1,715). Un sottogruppo di 6 trial in cui la RCP era condotta da ALS con medici ha mostrato un incremento di probabilità di sopravvivenza rispetto al BLS (OR 2,047; 95% CI 1,593-2,631)³⁸.

Tabella 2. Differenze organizzative tra il FGS e il AAS²⁴.

	Modello franco tedesco (FGS)	Modello anglo-americano (AAS)
N° pazienti	Più trattati sulla scena; meno trasferiti in H	Meno trattati sulla scena; più trasferiti in H
Provider trattamento	- Medici supportati da infermieri (supporto vitale avanzato) = equipaggio ALS - Soli infermieri (supporto vitale di base) = equipaggio BLS	- Infermieri o paramedici con addestramento avanzato (supporto vitale avanzato) = equipaggio ALS - Infermieri o paramedici con addestramento di base (supporto vitale di base) = equipaggio BLS
Strategia	Portare l'H al paziente: "stay and play" Trasporto in H dopo stabilizzazione	Portare il paziente in H: "scoop and run" Trasporto immediato in H
Destinazione pazienti	Trasporto diretto al DE o a reparti specialistici	Trasporto diretto al DE
Tipo organizzazione	SUEM parte del sistema sanitario nazionale	SUEM parte dei sistemi di sicurezza pubblici (pompieri, polizia, ecc.)

MSB=Mezzo Soccorso Base (BLS); MSA=Mezzo Soccorso Avanzato (ALS).

Una prima revisione pubblicata sulla Cochrane Library (3/1788 studi: 1 trial controllato prima-dopo, 1 RCT; 1 non controllato prima-dopo) ha dimostrato che vi sono prove assai scarse riguardo all'efficacia della presenza di un equipaggio ALS sulla scena anche nei Paesi a basso e medio reddito dove si registra un costante aumento di mortalità e disabilità per l'elevata incidenza di traumatismi della strada e dove, in risposta, sono stati adottati i modelli di SUEM con medico sull'ambulanza sviluppati in Paesi ad alto reddito³⁹.

Un'altra revisione pubblicata sulla Cochrane non è giunta a risultati conclusivi circa l'impatto sulla mortalità di uno specifico programma di training di medici e infermieri riguardante il supporto vitale avanzato per il trauma (advanced trauma life support - ATLS) per la mancanza di trial clinici randomizzati, controllati o controllati prima-dopo tra i 3109 studi considerati. Questo potrebbe dipendere sia dal fatto che i programmi ATLS sono educativi e non di processo ed è quindi difficile valutarne operativamente gli esiti, sia perché essendo il training su base individuale, è pressoché impossibile quantificare i pazienti trattati da personale che ha ricevuto il training ATLS. L'analisi dei 6 studi ritenuti potenzialmente eleggibili non ha comunque escluso che i programmi educativi possano migliorare l'approccio pre-ospedaliero al trauma (*no evidence of effect does not equal evidence of no effect*)⁴⁰.

Tuttavia, i dati di un trial clinico controllato (OPALS) condotto nel 2008 in Ontario su 2867 pazienti soccorsi dopo un traumatismo stradale ha mostrato che i trattati dagli equipaggi ALS (n=1494; ISS mediana=22; GCS (Glasgow Coma Scale)<9=22,1%) formati da 400 paramedici sottoposti a uno specifico programma di training di un anno (costo complessivo 15,8 milioni di dollari) quando paragonati ai trattati dagli equipaggi BLS (n=1373; ISS mediana=24; GCS<9=27,2%), non mostravano differenze significative in termini di sopravvivenza (81,1% vs 81,8%; p=0,65). Il confronto tra i due sottogruppi caratterizzati da GCS<9 evidenziava invece una sopravvivenza significativamente inferiore nei trattati da equipaggio ALS (50,9% vs 60,0%; p=0,02), anche se il rischio aggiustato di morte non risultava significativamente diverso (OR 1,2, 95% CI 0,9-1,7; p=0,16). Questi dati testimoniano che, indipendentemente dalla qualifica dell'operatore, la maggiore competenza e il trattamento sulla scena (IT, posizionamento di linee venose, somministrazione di fluidi e farmaci) non si traduce necessariamente in un evidente beneficio per il paziente, supportando il punto di vista di chi sostiene che il miglior approccio al trauma maggiore sia offerto in ospedale e non sulla scena dove gli interventi possono essere associati a una maggiore probabilità di complicanze che causano un ritardo nel trasferimento e un peggioramento della prognosi⁴¹.

Un altro braccio dello studio OPALS ha indagato l'eventuale incremento della sopravvivenza dopo AC pre-ospedaliero, pianificando in un trial clinico controllato prima-dopo un confronto tra gli esiti di

un programma già ottimizzato di sola defibrillazione precoce ($\leq 8'$) (12 mesi, n=1391) e quelli di un secondo programma in cui alla defibrillazione precoce era aggiunto un intervento di ALS con paramedici (IT e somministrazione di farmaci) (36 mesi, n=4247). I risultati hanno dimostrato che l'aggiunta di un programma di ALS non migliorava la quota di sopravvivenza (OR 1,1; 95% CI 0,8-1,5) che risultava invece significativamente migliorata se l'AC era testimoniato da un bystander (OR 4,4; 95% CI 3,1-6,4), se il bystander praticava una RCP (OR 3,7; 95% CI 2,5-5,4) e se era praticata una defibrillazione precoce in caso di AC (OR 3,4; 95% CI 1,4-8,4), sottolineando che la qualità e la rapidità dell'intervento sono i reali determinanti della sopravvivenza, non la qualifica dell'operatore^{42,43}.

Successivamente, un altro studio condotto negli USA nel 2015 ha messo in evidenza che in caso di AC pre-ospedaliero il gruppo dei pazienti trattati da equipaggi BLS (n=1643) sperimentava alla dimissione e a 90 giorni una sopravvivenza maggiore di quella del gruppo dei trattati da equipaggi ALS (n=31292) (13,1% vs 9,2%; differenza 4% 95% CI 2,3-5,7 e 8,0% vs 5,4%; differenza 2,6% 95% CI 1,2-4,0 rispettivamente). Inoltre, il trattamento effettuato da BLS era anche associato a un miglior esito neurologico se confrontato con quello effettuato da ALS (44,8% vs 21,8%; differenza 23,0% 95% CI 18,6-27,4). L'incremento di spesa tra BLS e ALS per sopravvissuto a 1 anno era di 154,33 dollari⁴⁴.

Al contrario, una meta-analisi condotta nel 2016 su 14 studi (11 osservazionali prospettici, 3 retrospettivi; n=126000) ha mostrato che la RCP effettuata da un equipaggio ALS è stata associata a risultati significativamente migliori rispetto a quella effettuata da un equipaggio BLS in termini di recupero spontaneo di circolo (ROSC) (36,2% vs 23,4%; pooled OR 1,89; 95% CI 1,36-2,63; p<0,001), sopravvivenza all'ammissione in ospedale (30,1% vs 19,2%; pooled OR 1,78; 95% CI 0,97-3,28; p=0,06) e alla dimissione (15,1% vs 8,4%; pooled OR 2,03; 95% CI 1,48-2,79; p<0,001)⁴⁵.

Nel 2018 un'analisi retrospettiva di dati raccolti prospetticamente condotta in USA ha confrontato gli esiti di un AC pre-ospedaliero in termini di ROSC, sopravvivenza e stato neurologico alla dimissione dall'ospedale in 35.065 pazienti confrontando 4 tipi di intervento: solo BLS, BLS + ALS precoce; BLS + ALS tardivo; solo ALS. L'equipaggio BLS (paramedici) riceveva un training di 150 h ed era abilitato al BLSDefib. mentre l'equipaggio ALS (paramedici) riceveva un training di 1220 h ed era abilitato a: defibrillazione manuale, IT, posizionamento di linee venose, somministrazione di farmaci vasoattivi e antiaritmici. Rispetto al solo BLS, l'intervento ALS precoce o da solo ha migliorato l'esito in termini di ROSC (OR 10,8; 95% CI 5,98-19,3; OR 8,87; 95% CI 4,94-15,9), di sopravvivenza alla dimissione (OR 2,80; 95% CI 1,12-6,97; OR 2,63; 95% CI 1,06-6,54), ma non in termini di stato neurologico. Al contrario, nessun effetto positivo era evidente con l'associazione BLS + ALS tardivo⁴⁶.

Riguardo all'IT effettuata sulla scena per ridurre i rischi legati al mancato controllo delle vie aeree e/o all'insufficienza respiratoria acuta soprattutto in caso di trauma cranico, una serie di studi ha concentrato l'attenzione sui vantaggi e sui rischi di questa manovra in rapporto al grado di esperienza degli esecutori. Una revisione pubblicata sulla Cochrane Library nel 2008 (3/452 studi, in due dei quali erano attivi i paramedici e in uno i medici) ha dimostrato che l'IT, quando condotta da paramedici, era conclusa con successo nel 57% e nel 90% dei casi rispetto al 94% dei casi quando condotta da medici. L'abilità dell'operatore può essere quindi un determinante chiave dell'efficacia della manovra, ma negli studi considerati la proporzione di successi vs insuccessi non era riportata⁴⁷.

Nel 2015, una meta-analisi su 4772 pazienti (6/1213 studi) ha mostrato che, nel complesso, non è stata osservata un'associazione significativa tra IT extra-ospedaliera e mortalità tra equipaggi ALS e BLS (OR 1,35; 95% CI 0,78-2,33; $p=0,279$). In studi in cui l'IT è stata eseguita da esecutori con esperienza limitata, l'IT pre-ospedaliera è stata associata a maggiori probabilità di morte (OR 2,33; 95% CI 1,61-3,38; $p<0,001$). Al contrario, i risultati ottenuti da "esperti" non hanno mostrato una maggiore mortalità in pazienti intubati in ambiente pre-ospedaliero (OR 0,75; 95% CI 0,52-1,08; $p=0,126$). La meta-analisi ha confermato che l'esperienza dell'esecutore è un importante fattore predittivo di mortalità ($p=0,009$)⁴⁸.

Una meta-analisi condotta su 21 studi (USA ed Europa, 35.838 pazienti) nel 2017 ha confrontato la proporzione di decessi in adulti traumatizzati sottoposti a IT extra-ospedaliera (ALS paramedici) con quella dei traumatizzati che avevano ricevuto l'IT nel dipartimento di emergenza (medici). A parità di tutte le altre variabili, la mediana di mortalità nei pazienti sottoposti a IT pre-ospedaliera era del 48% (range 8-94%), rispetto al 29% (range 6-67%) nei pazienti intubati in dipartimento di emergenza. La probabilità di una più bassa mortalità in quest'ultimo caso rimaneva significativa sia considerando la mortalità come dato crudo che dopo aggiustamento (OR 2,56; 95% CI 2,06-3,18 e 2,59; 95% CI 1,97-3,39 rispettivamente). Nei due studi europei, dove i medici eseguivano la maggior parte delle IT, non sono state evidenziate significative differenze nel tasso di mortalità tra i due gruppi (OR 1,74; 95% CI 0,64-4,73)⁴⁹.

Un'altra revisione sistematica (38/1838 studi prodotti tra il 2006 e il 2016) condotta nel 2017 ha evidenziato che l'IT sulla scena è stata eseguita da non medici nel 50% degli studi e da medici nel restante 50%. Il dato crudo della mediana della proporzione di successi complessivi risultava pari a 96,9% (61,6%-100%). La meta-analisi ha mostrato che la proporzione di successi di IT stimata era 95,3% (93,8%-96,5%). Il dato crudo della mediana della proporzione di successi dell'IT risultava statisticamente significativa tra non medici e medici [91,7% (61,6%-100%) vs 98,8% (78,1%-100%); $p=0,003$]⁵⁰.

Discussione

In Italia non sono stati finora prodotti studi finalizzati a confrontare l'andamento di mortalità e morbidità nell'emergenza pre-ospedaliera in rapporto alla presenza sulla scena di un medico o di un infermiere.

Nel nostro Paese, e in generale in Europa, è però oggi ampiamente accettato che gli equipaggi delle ambulanze con medico a bordo siano di utilità in specifici setting clinici quali, per esempio, il trauma maggiore, stimolandone così una diffusa implementazione. Ma a tutt'oggi non sono disponibili rigorose prove a supporto di questa policy. Al contrario, la letteratura sembra dimostrare che il primo passo per capire come gestire in modo corretto le emergenze sul territorio⁵¹ consista nell'individuare le competenze sovrapponibili del medico e dell'infermiere che possono essere quindi demandate a quest'ultimo. I medici di emergenza e gli anestesisti costituiscono infatti una risorsa preziosa nel contesto ospedaliero e non dovrebbero essere utilizzati in tutti i casi di emergenza pre-ospedaliera.

È ovvio che i medici di emergenza e gli anestesisti, appositamente addestrati, siano esperti nella gestione delle vie aeree, nella RCP, nel trattamento di pazienti gravemente traumatizzati e nel monitoraggio dei parametri vitali, poiché questo fa parte per anni della loro routine quotidiana. Questi professionisti hanno inoltre un'ampia esperienza clinica che consente loro, in particolari situazioni, di prendere anche decisioni diverse da quelle previste dalle procedure operative standard (POS) o dalle linee guida (LG)⁵².

In questo senso, l'approccio "stay and play" previsto in caso di soccorso gestito da un equipaggio ALS (medico), sembra più appropriato in situazioni che prevedono l'effettuazione sulla scena di procedure specialistiche avanzate quali la gestione delle vie aeree, il drenaggio toracico, il controllo delle emorragie anche con procedure invasive, la gestione dei fluidi e la terapia farmacologica^{53,54}.

Al contrario, gli infermieri o i paramedici degli equipaggi BLS, in grado di garantire il primo supporto di base in pre-ospedaliero inclusa la RCP, eseguono molto più spesso procedure standardizzate, contando molto di più su LG e POS che possono essere molto efficaci in altre situazioni cliniche quali l'AC^{55,56}, la diagnosi di infarto del miocardio con apposito elettrocardiografo, la somministrazione di glucosio ipertonico in caso di grave ipoglicemia, di nitroglicerina e/o morfina nel dolore precordiale o di altra natura, di naloxone nell'insufficienza respiratoria acuta da overdose, di sedativi in caso di crisi convulsive, di fluidi intravenosi in caso di sepsi grave⁵⁷⁻⁶⁵.

In sintesi, le prove di efficacia sottolineano che gli elementi determinanti per rendere realmente efficace un SUEM sono fondamentalmente due:

1. una procedura di dispatch ben strutturata e affidabile per identificare correttamente le competenze

necessarie per l'intervento più appropriato (ALS o BLS)⁶⁶.

2. il trasferimento delle competenze, frutto della naturale evoluzione su base formativa della pratica clinica dell'emergenza pre-ospedaliera⁶⁷ fondata sul moderno modello di leadership pluralistica (influenza combinata di multipli leader in specifiche situazioni organizzative)⁶⁸.

In questo nuovo approccio il concetto di competenza («insieme di atti complessi comprendenti lo sviluppo continuo di un set integrato di conoscenze, abilità, comportamenti e giudizi che consentono di svolgere efficacemente le attività richieste in una data funzione e in una data situazione secondo gli standard previsti») ⁶⁹ deriva da una specifica formazione («insieme di interventi educativi come corsi di formazione continua, interventi, programmi che coinvolgono attività interattive, finalizzati a far progredire o a aggiornare la conoscenza») ⁷⁰ che non è più per definizione esclusivo appannaggio di un ruolo tradizionalmente riconosciuto, ma il mezzo idoneo a identificare la figura cui è formalmente affidata all'interno dell'organizzazione la responsabilità di guidare e gestire le attività.

In Italia, protocolli orientati a distribuire gli interventi tra i due diversi tipi di equipaggio in base al dispatch e al trasferimento delle competenze sono stati messi in atto da tempo in alcune regioni anche se mancano studi mirati a valutare l'efficacia degli interventi condotti da equipaggi con medico a bordo rispetto a equipaggi con solo infermiere.

In sintesi

Pur nei limiti di una revisione narrativa, l'analisi della letteratura dimostra che non vi sono solide prove di efficacia a sostegno della tesi che interventi in emergenza basati sulla presenza sulla scena di un medico invece di altri professionisti esperti portino a una diminuzione della mortalità o della morbidità complessiva dei pazienti trattati.

È oggi ampiamente accettato che gli equipaggi delle ambulanze con medico a bordo siano di utilità in specifici setting clinici, ma anche in questo caso non sono disponibili rigorose prove a supporto di questa policy.

Il primo elemento-chiave per gestire in modo corretto le emergenze sul territorio consiste nell'individuare le competenze che il medico e l'infermiere condividono e che possono essere quindi gestite da quest'ultimo.

Il secondo elemento-chiave consiste nell'attuare il trasferimento delle competenze come frutto della naturale evoluzione su base formativa della pratica clinica dell'emergenza pre-ospedaliera.

Il terzo elemento-chiave consiste in una procedura di dispatch strutturata e affidabile per identificare correttamente le competenze necessarie per l'intervento più appropriato.

PARTE II: deontologia e diritto

Premessa

Considerazioni giuridiche sul ruolo della deontologia in relazione alle fonti e ai principi coinvolti nel presente ambito di analisi richiedono alcune premesse sul contesto di riferimento e sulle complessità del modello italiano dei rapporti tra diritto e deontologia.

Va preliminarmente precisato che in questa sede la deontologia non è intesa come mero insieme di principi di etica medica, ma come regole di disciplinaⁱ che, attraverso la positivizzazione nel CDM, assumono rilevanza giuridica. Tale rilevanza si esprime, per gli appartenenti alla categoria professionale, con lo strumento della responsabilità disciplinare e per "il resto del diritto" con la concretizzazione di clausole generali dell'ordinamento giuridico.

Partendo dal nucleo fondamentale dei principi di etica medica, così come formulati nelle versioni moderne del Giuramento di Ippocrateⁱⁱ, dal secondo dopoguerra gli strumenti deontologici hanno consolidato il loro ruolo di controllo sulla qualità dell'esercizio professionale e di protezione dei diritti della persona dai rischi legati all'attività medica. In tale contesto, gli ordinamenti giuridici hanno definito i rapporti tra diritto e deontologia riconoscendo forme di autonomia, più o meno ampia, a organismi professionali a base associativa, cui hanno conferito funzioni di tutela dell'interesse pubblico alla qualità e al corretto esercizio della professione. Ciò si è generalmente concretizzato nel compito di gestire gli albi, di controllare le qualifiche e la formazione dei professionisti, elaborando regole deontologiche e garantendone il rispetto, anche attraverso poteri sanzionatori. Parallelamente, gli stati hanno delimitato e disciplinato, almeno nelle linee essenziali, la struttura, i poteri, il funzionamento e la composizione di tali organismi, sottoponendoli al controllo di poteri pubblici e definendo legislativamente le sanzioni irrogabili.

In molti ordinamenti la deontologia è stata così inserita in una peculiare dimensione normativa e vincolante per gli iscritti agli albi di riferimento, che la pone all'intersezione tra le dimensioni giuridico-statale ed etico-professionale, da cui derivano specifiche complessità ed esigenze di coordinamento, diverse in ragione delle caratteristiche di ogni sistema giuridico e non sempre facili da ricostruire e bilanciare.

i. Art. 1 CDM (Definizioni): «Il Codice di deontologia medica [...] identifica le regole, ispirate ai principi di etica medica, che disciplinano l'esercizio professionale del medico»⁷¹.

ii. Cfr., per es., la c.d. Dichiarazione di Ginevra adottata nel 1948 dalla World Medical Association⁷².

Il ruolo della deontologia medica

Le reciproche interazioni e gli snodi più complessi dell'intersezione tra diritto e deontologia si sono amplificati alla luce del rinnovato ruolo della medicina (e del medico) dovuto agli sviluppi tecnico-scientifici e al contestuale mutamento culturale e giuridico, che hanno spinto la categoria professionale a precisare e ampliare i contenuti dei codici deontologici in tendenziale sintonia con l'emergere della riflessione bioetica e con altri strumenti giuridici elaborati a livello nazionale, europeo e internazionaleⁱⁱⁱ.

Sul piano sostanziale, l'evoluzione dei contenuti del CDM italiano – che, similmente ad altri codici deontologici europei, ha preso posizione su molte questioni sensibili e controverse, incrementando contestualmente, almeno sul piano formale, la tutela dei diritti fondamentali della persona assistita – ha permesso alla deontologia di ampliare le sue funzioni rispetto a quelle tradizionali delle deontologie professionali, assumendo un ruolo peculiare nell'articolato sistema di fonti che disciplinano l'attività medica e, in prospettiva ancora più ampia, il biodiritto.

L'analisi comparata mostra come le reciproche interazioni tra diritto e deontologia medica seguano modelli diversi, nei quali la fonte deontologica, in alcuni casi, integra quella giuridica, in altri ne anticipa la normativa colmando silenzi o ritardi del legislatore, in altri ancora risulta in contrasto con essa^{iv}.

L'apertura della deontologia "all'esterno", quindi a una dimensione non confinata alla regolamentazione dei rapporti interni alla categoria, ha inoltre ampliato significativamente le ipotesi in cui le sue norme vengono prese in considerazione da altre fonti di disciplina e nelle valutazioni giurisprudenziali, con particolare riferimento alla tutela e alla concretizzazione degli spazi di autonomia e responsabilità del medico^v.

Al valore sul piano delle sanzioni disciplinari si è così affiancata una crescente rilevanza delle norme deontologiche come parametri di valutazione della colpa professionale, sia civile sia penale^{75, vi}. Le regole del CDM possono, per esempio, svolgere un ruolo nella concretizzazione del dovere di diligenza oppure, qualora abbiano natura cautelare, come «elementi normativi delle fattispecie»^{75 (p. 279)} e, in particolare, come "discipline" la cui violazione è fonte di colpa

iii. Dai quali però la deontologia si differenzia per il diverso percorso culturale e metodologico che ne caratterizza la razionalizzazione in codici e per il ruolo delle istituzioni (ordinistiche) che ne sono espressione. Cfr., per es., Benciolini⁷³.

iv. Per un approfondimento in prospettiva comparata sui profili sia sostanziali sia formali dei rapporti tra diritto e deontologia e sui diversi fattori la cui combinazione definisce il contenuto e la portata dei CDM, si permetta il rinvio a Pulice⁸⁴, cui si rimanda anche per ulteriori riferimenti bibliografici.

v. Per alcuni esempi sulla giurisprudenza della Corte costituzionale, vedi oltre.

vi. In generale, sulla rilevanza esterna della deontologia, cfr. inoltre Quadri^{76, 77} e Iadecola⁷⁸.

penale ex art. 43 c.p.^{vii}. Possono inoltre avere una funzione tipizzante nell'interpretazione in concreto di principi e norme giuridiche, ma anche di altre forme di codificazione del sapere tecnico-scientifico.

I profili di rilevanza attualmente assunti dal CDM si inseriscono, quindi, in un contesto di rapporti con il diritto molto più articolato di quello originariamente legato al compito della categoria professionale di vigilare sull'iscrizione agli albi, sul decoro e l'indipendenza della professione.

Ne discende la necessità di definire quale possa essere il suo concreto ruolo nel sistema delle fonti del diritto e quali i poteri delle istituzioni preordinate alla sua elaborazione e applicazione.

Nell'ordinamento italiano, in assenza di una norma legislativa che espressamente definisca, come invece avviene in altri ordinamenti europei, la natura giuridica del CDM, la questione rimane controversa.

Prima della riforma del 2018⁸², infatti, le leggi istitutive degli Ordini non menzionavano nemmeno il CDM, né in generale né con specifico riferimento al potere sanzionatorio esercitabile sugli iscritti.

Dal punto di vista strettamente formale, il CDM italiano rimane ancora un regolamento interno alla categoria professionale. Né la dottrina né la giurisprudenza sono finora riuscite a chiarirne in maniera univoca la natura e la portata concreta come possibile fonte del diritto. Nonostante l'evoluzione dell'orientamento tradizionale della Corte di Cassazione, in base al quale le norme deontologiche erano meri «precetti extragiuridici», verso la diversa concezione delle stesse come «fonti normative integrative di precetto legislativo [...] interpretabili direttamente dalla corte di legittimità»^{viii}, nel 2013 è stato nuovamente negato il «carattere normativo» del codice deontologico^{ix}.

I richiami alla deontologia e all'autonomia regolamentare degli Ordini, inseriti nella legislazione del 2018, sono ancora lontani da una definizione dei rapporti formali tra il CDM e le altre fonti del diritto che in altri ordinamenti, pur non risolvendo tutti i problemi

vii. Art. 43: «il delitto [...] è colposo [...] quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline». Per il codice di deontologia medica, i dubbi interpretativi sulla possibilità di considerare le norme deontologiche come "discipline" e sulla loro natura cautelare sono stati ritenuti meno pregnanti in ragione della rilevanza esterna del CDM, delle sue specificità e della maggiore vincolatività delle sue norme rispetto ad altre regole provenienti da organismi tecnico-scientifici. Brusco⁷⁹, p. 57; Brusco⁸⁰, pp. 56 e ss e 63. Cfr. inoltre Caputo⁸¹, p. 144; Angioni⁷⁵; Iadecola⁷⁸, p. 555.

viii. Le Sezioni Unite sottolineano che l'orientamento tradizionale non avrebbe permesso alla Corte di svolgere la sua funzione nomofilattica nell'interpretazione della norma incriminatrice e che tale limite «non sembra ammissibile in presenza di un codice deontologico che può incidere, come ad esempio con la sanzione disciplinare della radiazione dall'albo, su diritti soggettivi sorti sulla base di norme di legge». (Cass. civ. Sez. Unite, 20-12-2007, n. 26810). Benché la sentenza riguardasse il codice deontologico forense, le similitudini tra i due modelli permettono di estendere il principio anche al CDM.

ix. Cass. civ. Sez. Unite, sentenza 25 giugno 2013, n. 15873. Anche in questo caso si trattava del codice deontologico forense. La sentenza è citata anche dalla Corte costituzionale, nella sentenza n. 180 del 2018 in materia di astensione degli avvocati nei processi con detenuti. Cfr. inoltre Cass., Sez. III, 29 settembre 2015, n. 19246.

interpretativi sollevati dalle molteplici intersezioni tra deontologia e diritto, conferiscono almeno un maggiore livello di certezza nella ricostruzione del quadro giuridico di riferimento⁸³. In Germania, per esempio, le leggi professionali di ogni Land prevedono l'adozione di un codice deontologico (*Berufsordnung*), che assume la forma – e quindi la stessa posizione nella gerarchia delle fonti – della fonte del diritto (*Satzung*) tipica della specifica tipologia di enti di diritto pubblico (*Körperschaften des öffentlichen Rechts*) cui appartengono anche gli Ordini professionali e cui sono conferite precise sfere di autonomia, disciplinate in maniera organica da diverse formanti giuridiche^x. Anche in Francia il legislatore impone l'adozione del codice deontologico attraverso una specifica fonte del diritto. Nell'ordinamento francese il CDM viene pubblicato sul *Journal Officiel* con la forma di una fonte regolamentare statale, in particolare un decreto del Primo Ministro per l'adozione del quale è obbligatorio il parere del Consiglio di Stato (*décret en Conseil d'Etat*)^{86,87}. Dal 2004, inoltre, il CDM è inserito nel *Code de la Santé Publique* (CSP)⁸⁸.

In Italia permane invece una scarsa attenzione del legislatore al ruolo della dimensione deontologica e del codice deontologico come fonte di regolamentazione dell'attività medica, del tutto incoerente rispetto alla loro rilevanza sul piano giurisprudenziale. Tale contraddizione espone il modello italiano a molteplici incertezze interpretative.

Per gli obiettivi del presente lavoro, va inoltre sottolineato come la definizione sul piano concreto del ruolo del CDM tra le fonti di disciplina dell'attività medica sia legata alla misura dell'effettività delle norme deontologiche, tanto nella loro conoscenza e applicazione quanto nel momento della loro violazione.

Trasparenza ed effettività sono certamente importanti per conferire credibilità alla deontologia sul piano sociale. Si tratta, a maggior ragione, di profili di rilevanza sostanziale dal punto di vista dei professionisti, per i quali il CDM dovrebbe porsi come strumento di guida nelle scelte etico-professionali. Le decisioni disciplinari, inoltre, integrano i contenuti del CDM, definendone i principi, i concetti, l'ampiezza e la relativa incidenza sui profili di responsabilità. Consapevolezza della concreta portata normativa del CDM, chiarezza sui doveri e prevedibilità delle conseguenze sul piano sanzionatorio sono quindi indispensabili per rendere il CDM una fonte idonea a perseguire gli scopi cui è preordinata^{xi}.

x. La legge professionale di ogni Land definisce anche, seppur in maniera generale, le tematiche sulle quali deve intervenire la *Berufsordnung*^{84,85}.

xi. Sul punto è intervenuto anche il Consiglio di Stato già con la sentenza n. 122 del 1997 affermando che non è sufficiente perché la norma deontologica «abbia esistenza reale ed effettiva, un mero catalogo di criteri deontologici astratti» essendo invece «necessario stabilire a quali doveri di comportamento quei criteri, se applicati alla concreta realtà dell'esercizio professionale diano luogo». Sull'importanza della definizione dei doveri disciplinari e del relativo procedimento, si è pronunciata anche la Corte di Giustizia dell'Unione Europea, ad esempio nel caso Kostas Konstantinides (C-475/11), sottolineando come la mancata chiarezza su questi aspetti possa costituire un ostacolo alla libera circolazione dei professionisti.

Effettività della normativa deontologica, adeguate garanzie e idonei rimedi a sostegno della sua applicazione sono, unitamente a contenuti in sintonia con i principi dell'ordinamento, elementi essenziali anche nella valutazione da parte del giurista del CDM, nel suo rapporto con altre fonti del diritto e con la molteplicità di esigenze di tutela che caratterizzano l'ambito medico.

La scelta degli Ordini professionali di come, con che ampiezza e per quali comportamenti esercitare il potere disciplinare rappresenta quindi un punto di osservazione privilegiato. Permette, infatti, di valutare la concreta operatività dello strumento posto all'incrocio tra la dimensione etico-professionale dei principi inseriti nel CDM e la dimensione giuridica delle funzioni di interesse pubblico affidate dallo Stato alla categoria professionale, anche attraverso il potere sanzionatorio.

In tale prospettiva, la decisione dell'OMCeO bolognese offre ulteriori, e più specifici, profili di analisi che investono i rapporti tra dimensione deontologica e dimensione giuridica da molteplici punti di vista e coinvolgono diversi principi fondamentali dell'ordinamento giuridico^{xii}.

Il potere disciplinare degli Ordini professionali

Un primo aspetto da analizzare attiene all'estensione del potere disciplinare degli Ordini professionali.

La giurisprudenza, pur in assenza di una definizione legislativa, ha fin da subito individuato la «ragion d'essere» degli ordini professionali «nel fatto che determinate professioni, a causa di inderogabili esigenze di tutela della collettività [...] richiedono la sottoposizione dei professionisti a un regime di responsabilità disciplinare sotto il profilo deontologico», sottolineando come ciò possa essere perseguito «affidando i relativi compiti alla stessa comunità professionale, obbligatoriamente costituita e rappresentata da appositi Ordini o Collegi, e sottoponendo gli Ordini stessi a vigilanza statale»^{xiii}. La conferma legislativa è intervenuta con la c.d. «legge Lorenzin»⁸² che definisce espressamente gli Ordini come «enti pubblici non economici» che «agiscono quali organi sussidiari dello Stato al fine di tutelare gli interessi pubblici, garantiti dall'ordinamento, connessi all'esercizio professionale», dotati di autonomia non solo patrimoniale e finanziaria, ma anche regolamentare e disciplinare^{xiv}.

È inoltre indubbio – e in linea di principio auspicabile – che il potere di vigilanza sugli iscritti affidato

xii. Le motivazioni del dispositivo reso il 30 novembre 2018 sono state depositate il 15 marzo 2019. Nelle more della loro comunicazione e in assenza di una loro forma di pubblicità, si rinvia a *Quotidiano Sanità* del 5 aprile 2019⁸⁹.

xiii. Cons. Stato, V sez, 23 maggio 1997, n. 527 e Corte Cass. Pen. Sez. VI, 1 aprile 2003, n. 28306.

xiv. Art. 4 legge n.3 del 2018 che modifica in tal senso l'art. 1 co 3, lett. a) e b) del D.Lgs.C.P.S. 13 Settembre 1946, n. 233, ratificato dalla legge 17 aprile 1956, n. 561.

dallo Stato alle istituzioni ordinistiche non sia esclusivamente limitato ai comportamenti assunti nell'esercizio dell'attività medica. Innanzitutto, come detto, la competenza disciplinare degli Ordini nasce come dovere di vigilanza sul più ampio e generico concetto di decoro e indipendenza della professione, senza alcun riferimento a principi ed esigenze di tutela legati all'attività medica né all'adozione di un codice deontologico.

Ciò non ha impedito al CDM di porsi come fonte di riferimento per la definizione dei doveri del medico e della relativa responsabilità disciplinare, anche a tutela dei diritti fondamentali, come poi recepito dal legislatore. In tale contesto, il primo articolo del CDM ("Definizioni") stabilisce, con formula forse più esplicita rispetto alla precedente versione del 2006, che il Codice «regola anche i comportamenti assunti al di fuori dell'esercizio professionale», aggiungendo però la precisazione «quando ritenuti rilevanti e incidenti sul decoro della professione».

Con riferimento all'estensione della potestà disciplinare dell'Ordine, il CDM (art. 68) prevede inoltre che il medico operante in strutture pubbliche o private vi sia soggetto «indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro»^{xv}. Il principio in base al quale le istituzioni ordinistiche esercitano il potere disciplinare sugli iscritti «in qualsiasi forma giuridica svolgano la loro attività professionale» è ribadito dalla giurisprudenza^{xvi} e, attualmente, anche dalla legge^{xvii}.

Nel caso di specie, però, la radiazione ha colpito un medico per la scelta assunta in qualità di assessore, quindi nell'esercizio di una carica politica, relativa alla proposta di una delibera adottata poi collegialmente da un organo (la Giunta) dell'ente Regione.

L'esercizio di tale potere da parte dell'Ordine si fonda, come descritto nella sezione relativa agli aspetti scientifici, sulla considerazione che il contenuto dell'atto sia in violazione del CDM e tale da mettere a rischio la salute dei cittadini. Non si tratta quindi solo della sanzione di una condotta attuata al di fuori dell'esercizio professionale, ma anche di un giudizio di contrarietà alla deontologia della partecipazione all'adozione di una specifica fonte del diritto (regionale in questo caso), per la quale l'ordinamento giuridico determina competenze, principi e rimedi.

L'estensione del potere disciplinare dell'Ordine si inserisce, quindi, anche nell'ambito di un conflitto tra norme deontologiche e norme statali, la cui analisi può offrire ulteriori spunti di riflessione.

xv. Anche l'art. 3 del CDM⁷⁵ richiama, con specifico riferimento al principio di non discriminazione nella tutela dei diritti fondamentali, i doveri del medico «quali che siano le condizioni istituzionali o sociali nelle quali opera».

xvi. Cfr., per es., CCEPS 15.12.14, n. 43 e, in riferimento a fatti commessi per servizio o per fatto di servizio da sanitari in rapporto di impiego, Id. 23.03.15, n.12 e 7.7.2017, n. 75 e Cass., III civ., 31.05.2006, n. 13004.

xvii. L. 11.01.2018 n. 3, art. 4.

Conflitto tra norme e tutela dei diritti fondamentali

Come anticipato, i conflitti tra CDM e fonti del diritto possono presentarsi a più livelli e non ne sono privi nemmeno gli ordinamenti nei quali la natura e il rango del codice deontologico sono legislativamente definiti^{xviii}. In ogni ordinamento, i conflitti emergono in direzioni diverse, nelle quali sia la deontologia sia il diritto possono comportare una tutela più ampia o maggiori ristrettezze ai diritti e agli spazi di autonomia, tanto del paziente quanto del medico.

Il dualismo, se ragionevolmente gestito, può portare a un proficuo sistema di reciproche influenze e integrazioni^{xix}, soprattutto in contesti nei quali il pluralismo normativo è inevitabile e l'apporto della componente tecnico-scientifica costituisce un irrinunciabile – e auspicabile – elemento di commistione della disciplina legislativa.

I profili maggiormente controversi possono invece permanere, da un lato, nella determinazione delle conseguenze sul piano della responsabilità del professionista che si trovi a dover scegliere tra due normative in contrasto tra loro e, dall'altro, nella limitazione dei diritti tutelati da una delle due discipline a causa dell'altra. Le resistenze della categoria professionale, in termini di rischio di sanzioni disciplinari, possono incidere, per esempio, direttamente o indirettamente, sulla portata e concreta attuazione di un diritto del paziente.

In questi casi, fermo restando il rispetto del pluralismo valoriale e dell'autonomia decisionale (del paziente e del medico) attraverso le clausole e gli strumenti predisposti dall'ordinamento, la soluzione dei conflitti non può non tenere conto della natura delle fonti coinvolte e del rispetto della relativa gerarchia.

Nell'ordinamento italiano non solo la questione è ancora controversa, ma anche nei casi in cui si riconosce una forma di rilevanza giuridica al CDM, l'ingresso delle sue norme nell'ordinamento generale è

xviii. Per rimanere agli esempi più recenti, anche il decreto ministeriale del 9 dicembre 2015 sull'appropriatezza prescrittiva aveva sollevato dibattiti per la contrarietà al CDM di alcune previsioni, sfociati – a differenza del caso analizzato – nell'impugnazione al TAR del decreto, poco prima dei correttivi introdotti rispetto ai profili di maggiore criticità⁸⁰. In prospettiva comparata, un caso significativo di contrasto tra deontologia e diritto è rappresentato dalla disciplina dell'assistenza al suicidio in Germania, che a seguito di una riforma del codice deontologico costituisce illecito disciplinare anche in quelle ipotesi che invece il legislatore esclude dal divieto penale. Cfr. il documento della *Bundesärztekammer*⁸¹. Nell'ordinamento tedesco, tuttavia, i codici deontologici dei *Länder* hanno natura giuridica e una definizione formale come fonti del diritto assente nell'ordinamento italiano.

xix. Così, per es., le previsioni del CDM in materia di fine vita avrebbero forse permesso di arginare le limitazioni dell'autonomia individuale previste dal ddl Calabrò e, nel silenzio del legislatore, hanno a lungo costituito, insieme alla giurisprudenza, le poche risposte normative in ambiti giuridicamente, professionalmente ed eticamente sensibili. Analogamente può dirsi per il ruolo della disciplina deontologica rispetto a quanto imposto dalla legge 40/2004 sulla PMA prima degli interventi demolitivi della Corte costituzionale.

mediato dal riferimento ad altre fonti, principi, clausole. In assenza di un'esplicita definizione legislativa del suo ruolo e della sua natura, il CDM assume infatti rilevanza giuridica in via interpretativa, integrando, a vari livelli, il diritto. Per non essere *contra legem*, le norme deontologiche devono quindi essere interpretate secondo i principi dell'ordinamento giuridico, *in primis* quelli costituzionali, ed essere in sintonia con essi.

La tutela dei diritti fondamentali, tra i quali quello alla salute nelle sue dimensioni individuale e collettiva, rappresenta sicuramente un interesse legittimo idoneo a fondare – anzi richiedere – una presa di posizione chiara delle istituzioni ordinistiche in ragione delle loro funzioni. Tale ruolo non è però privo di limiti, né caratterizzato da completa discrezionalità.

In assenza di una definizione certa e consolidata delle sfere di competenza e dei relativi limiti tra dimensione giuridico-statale e dimensione deontologico-professionale, l'apporto, pur necessario, delle prerogative degli Ordini in casi di conflitto dovrebbe essere interpretato in senso restrittivo, a tutela del principio democratico e dei diritti di tutti gli attori coinvolti rispetto a potenziali rischi di derive corporativistiche^{xx}.

L'adozione di una misura, soprattutto se particolarmente incisiva come la radiazione di un medico per l'adozione di un atto normativo nell'esercizio delle funzioni di assessore regionale, per essere giustificata deve non solo perseguire un obiettivo legittimo, ma essere anche idonea e necessaria a perseguirlo.

In materie significativamente caratterizzate dal dato tecnico-scientifico, le scelte normative, le relative valutazioni e l'operato dei diversi attori (sul piano istituzionale, giurisprudenziale e professionale) non possono inoltre prescindere da accreditate acquisizioni scientifiche. Ciò, com'è noto, vale tanto per la discrezionalità del legislatore^{xxi} quanto per la responsabilità del singolo professionista^{xxii}. Non può quindi che valere anche per le istituzioni ordinistiche nell'esercizio delle attività regolamentari, amministrative e disciplinari cui sono preposte.

xx. La complessità di tali rapporti in assenza di un'adeguata definizione e la gravità delle possibili conseguenze sul piano delle relazioni tra i diversi attori istituzionali coinvolti emergono chiaramente non solo dai dibattiti sollevati e dal ricorso alla Consulta presentato dalla Regione Emilia-Romagna⁹², ma anche dall'indagine penale avviata dalla Procura di Bologna contro nove componenti della commissione disciplinare dell'OMCeO di Bologna con l'ipotesi di reato, al momento provvisoria, di abuso d'ufficio⁹³, cui è seguita la reazione dell'OMCeO di Bologna⁹⁴.

xxi. La letteratura relativa ai limiti che le acquisizioni scientifiche e sperimentali pongono alla discrezionalità legislativa è molto vasta, soprattutto alla luce degli orientamenti della Corte costituzionale. Per un approfondimento sulla varietà di questioni sollevate dalle norme a contenuto tecnico scientifico, in prospettiva sia nazionale sia di diritto dell'UE, si veda, per es., Iannuzzi⁹⁵. Cfr., inoltre, Casonato⁹⁶ e Penasa^{97,98}.

xxii. Sul piano sia deontologico sia giuridico. Si pensi, per es., all'art. 6, ma soprattutto all'art. 13 del CDM e alla complessa normativa sulla rilevanza di forme codificate del sapere scientifico nella determinazione della responsabilità del professionista. Per un raffronto con la deontologia medica cfr. Rossi⁹⁹. In generale cfr. tra i molti, Caputo⁸¹, Brusco^{79,80}.

Non basarsi sullo stato delle conoscenze a disposizione non solo è incoerente con quanto imposto dallo stesso codice deontologico nell'agire medico quotidiano, ma porta la dimensione deontologica a discostarsi dagli elementi che le permettono di avere forme di rilevanza concreta per l'ordinamento giuridico nonostante l'assenza di una definizione legislativa dei suoi rapporti formali con il sistema delle fonti.

Secondo la Corte costituzionale, infatti, l'autonomia e la responsabilità che possono divenire la «regola di fondo» della pratica dell'arte medica^{xxiii} sono quelle «del medico che, sempre con il consenso del paziente, opera le scelte professionali basandosi sullo stato delle conoscenze a disposizione». Coerentemente, il ruolo riconosciuto ai «poteri di vigilanza sull'osservanza delle regole di deontologia professionale, attribuiti agli organi della professione» a tutela (unitamente ai rimedi predisposti dall'ordinamento) dei diritti della persona malata è legato alla considerazione che «(l')autonomia del medico nelle scelte professionali e l'obbligo di tener conto dello stato delle evidenze scientifiche e sperimentali, sotto la propria responsabilità» (p.to 4) configurano il punto di incrocio dei principi a fondamento dell'attività medica. Solo in tale prospettiva la deontologia può essere presa in considerazione dal diritto come fonte di natura tecnico-professionale e come fonte di indirizzo, garanzia e controllo del ruolo riconosciuto all'autonomia e responsabilità del medico quali punti di riferimento nella valutazione della legittimità della disciplina legislativa.

Anche la rilevanza di alcune norme del CDM come norme cautelari, che, definendo le modalità di azione per «sventare la lesione del bene protetto», offrono una «mediazione interpretativa importante» e tipizzante al principio di determinatezza degli illeciti, è fondata sullo «stretto ancoraggio» di tali norme «a standard di professionalità elevati, da commisurare sulle evidenze scientifiche disponibili»⁸¹ (pp. 145, 147).

Un'azione delle istituzioni ordinistiche non fondata su un'appropriata considerazione del dato scientifico potrebbe quindi risultare difficilmente giustificabile, soprattutto a fronte dei meccanismi di valutazione e adeguamento dinamico alle sperimentate acquisizioni tecnico-scientifiche previsti invece dalla normativa contestata.

La delibera, infatti, oltre a basarsi su diverse norme di rango primario, anche in riferimento al ruolo e alle competenze della professione infermieristica, è stata adottata «alla luce dei positivi risultati conseguiti nelle esperienze oggetto di ricognizione e confronto tecnico». La normativa prevede inoltre una rivalutazione del protocollo (p.to 5) e che «le linee guida siano oggetto di revisione almeno biennialmente, previo coinvolgimento delle istituzioni scientifiche e delle rappresentanze degli utenti e dei pazienti» (p.to 6). Con riferimento alle

xxiii. Tanto che in alcuni casi non spetta di norma al legislatore «stabilire direttamente e specificamente quali siano le pratiche terapeutiche ammesse, con quali limiti e a quali condizioni». Corte cost., sent. 282 del 2002, p.to 4 del Considerato in diritto.

competenze del medico, va infine sottolineato come la delibera preveda che i protocolli «presentino un livello di dettaglio tale da eliminare ogni componente discrezionale-valutativa dell'intervento in capo all'operatore sanitario non medico», precisando che «qualunque intervento complesso o che presenti margini di incertezza esecutiva sia rimesso alla valutazione del personale medico» (p.to 4 lett. d). Non pare quindi che l'attribuzione di compiti al personale infermieristico sia tale da escludere l'apporto delle specifiche competenze del medico, né la relativa responsabilità, a garanzia dei diritti delle persone assistite.

Anche qualora si fosse in presenza di una regolamentazione comportante un accertato rischio per la salute dei cittadini, l'ordinamento giuridico prevede specifici strumenti di tutela, differenziati in ragione della natura e del rango della normativa adottata, tra i quali l'impugnazione di un atto dinanzi all'autorità competente.

Nel caso di specie, invece, dal punto di vista della tutela della salute dei cittadini, la radiazione di un medico per quanto deciso in qualità di assessore, senza l'impugnazione della delibera che si suppone lesiva di tale diritto, non ha alcuna diretta influenza sulla disciplina adottata, che rimane così in vigore con tutte le conseguenze ritenute tanto contrarie alla deontologia medica e alla tutela di diritti fondamentali da giustificare la massima sanzione disciplinare^{xxiv}.

Non va certamente dimenticato che azione disciplinare e rimedio giurisdizionale avverso la delibera sono due procedimenti indipendenti, entrambi facoltativi e senza alcun vincolo di pregiudizialità. Tuttavia, nella valutazione della coerenza, ragionevolezza e proporzionalità della posizione assunta da un'istituzione ordinistica, non può non evidenziarsi come si tratti di un intervento che, lungi dall'essere idoneo e adeguato a tutelare direttamente, e in maniera concreta, il diritto che si ritiene messo in pericolo, colpisce di fatto solo il singolo medico in quanto iscritto all'ordine professionale, per scelte adottate nell'esercizio di una carica politica, fino a precludergli la possibilità di continuare a svolgere la propria professione.

Sarebbe forse più aderente agli scopi e alle funzioni degli ordini professionali un esercizio dei poteri loro conferiti, incluso il ruolo consultivo, di indirizzo, regolamentare e di controllo nelle materie afferenti alla professione medica a tutela di interessi pubblici (*in primis* la salute individuale e collettiva), che sfrutti pienamente le occasioni di dialogo e reciproca

influenza tra dimensione giuridica e dimensione deontologica. Nei casi di conflitto, ciò si esplica anche attraverso il ricorso ai rimedi giurisdizionali, che permettono il confronto – ma anche il reciproco controllo – tra le diverse autorità coinvolte nelle scelte di regolamentazione dell'attività medica, senza rifugiarsi unicamente nell'esercizio autoreferenziale di poteri di controllo interni alla categoria professionale.

In tale ulteriore prospettiva, l'impatto delle decisioni disciplinari su diritti soggettivi sorti sulla base di norme di legge merita alcune considerazioni specifiche.

Decisione disciplinare e scelta sanzionatoria

Benché, come sottolineato anche dalle Sezioni Unite della Corte di Cassazione fin dalle prime pronunce in materia^{xxv}, il fondamento del potere disciplinare dell'Ordine professionale debba essere individuato nella sua speciale posizione di supremazia nei confronti degli iscritti all'albo, il suo esercizio è sottoposto tanto ai limiti desumibili dai principi dell'ordinamento giuridico e alla loro evoluzione quanto ai condizionamenti che derivano dalla complessità dell'attività professionale e dalla molteplicità di fonti, competenze, posizioni giuridiche e forme di responsabilità che si intersecano nella sua regolamentazione.

La stessa CCEPS, nel citato caso riguardante la sospensione di alcuni medici per aver attuato i protocolli incriminati (2016), riconosce che nella valutazione degli addebiti in capo all'incolpato debba essere «tenuto conto della natura dell'atto dal quale l'infrazione disciplinare ha tratto origine». L'intervenuta prescrizione, assorbendo ogni altro motivo di ricorso, ha fatto perdere l'occasione di prendere posizione su un punto di importanza centrale per la definizione delle rispettive sfere di competenza tra istituzioni ordinistiche e autorità pubbliche statali e della conseguente estensione dei poteri disciplinari degli ordini professionali. Non pare tuttavia possa negarsi, almeno in termini generali, la rilevanza del contesto e dei vincoli derivanti dai ruoli ricoperti dall'incolpato nella valutazione degli addebiti contestati. Per la natura politica della carica ricoperta, tale considerazione dovrebbe essere estesa anche a casi, come quello della radiazione di un medico assessore, in cui il comportamento incriminato non sia l'attuazione di un atto normativo, bensì la sua proposta a un organo, la Giunta regionale, cui spetta la responsabilità collegiale della sua adozione e che, inoltre, «esercita attività di promozione, di iniziativa e di amministrazione, in coerenza con l'indirizzo politico ed amministrativo determinato dall'Assemblea legislativa»^{xxvi}.

xxiv. Pare superfluo ricordare come anche la carica di assessore e l'esercizio delle relative funzioni, salvo diversa valutazione politica degli organi della Regione o salvo accertamento di una delle cause di decadenza o di una delle forme di responsabilità previste dall'ordinamento, permane indipendentemente dalle vicende che interessano l'iscrizione a un ordine professionale della persona che la riveste. Le diverse forme di responsabilità e il relativo accertamento sono infatti autonomi. Alcune forme di coordinamento sono legislativamente previste con riferimento al diritto penale, ma in casi diversi da quello in oggetto e riguardanti prevalentemente l'efficacia del giudicato penale per quanto attiene all'accertamento dei fatti e il legame tra il compimento di determinati reati penali e l'apertura del procedimento disciplinare.

xxv. Cass., Sez. un., 14 marzo 1961, n. 579.

xxvi. Art. 46 dello Statuto della Regione Emilia-Romagna, Legge Regionale 31 marzo 2005, n. 13, che ribadisce anche il principio di collegialità per quanto riguarda il funzionamento della Giunta (art. 45). Tale principio va inoltre «riletto» alla luce dell'elezione diretta del Presidente, della sua competenza a determinare la politica della Giunta, della sua prerogativa a nominare e revocare i componenti della stessa¹⁰⁰.

Da questo punto di vista, va ricordato, inoltre, che l'esercizio della carica di assessore si inserisce in un complesso e articolato sistema di responsabilità (civile, penale, amministrativa, contabile, individuale e collegiale, ecc.), separazione tra funzioni di indirizzo politico e funzioni gestionali, relativi rimedi e competenze giurisdizionali^{xxvii}.

Non è questa la sede per approfondire l'ampiezza e i limiti della responsabilità degli assessori, cui non si applica la previsione per i consiglieri di cui all'art. 122 co. 4 della Costituzione^{xxviii}. Basti però ricordare, sul piano dei principi generali costituzionalmente sanciti, che l'assunzione o l'esercizio di un'attività funzionale al perseguimento di interessi pubblici implica l'individuazione di doveri ulteriori e più specifici di quelli generalmente richiesti alla generalità dei cittadini^{xxix}.

In tale contesto va sottolineato come la richiamata legge Lorenzin⁸² abbia introdotto nell'originaria normativa professionale^{xxx} il principio in base al quale nell'irrogare sanzioni disciplinari gli Ordini devono tenere conto «degli obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale»^{xxxi}.

Questa norma esplicita quindi per la prima volta un vincolo preciso per la categoria professionale nella valutazione degli addebiti disciplinari e si tratta di una precisazione non di poco conto se si considera la scarsa definizione legislativa dei rapporti tra dimensione giuridico-statale e dimensione deontologico-professionale che tuttora caratterizza l'ordinamento italiano^{xxxii}.

Lo stesso comma specifica, inoltre, che l'irrogazione delle sanzioni debba avvenire «secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito». Il

concetto di sanzioni «opportunamente graduate», oltre a essere un principio fondamentale dell'ordinamento giuridico, è ripreso in altre parti della legge nella definizione dei compiti delle istituzioni ordinistiche.

È quindi sulla base di detti criteri che l'Ordine deve decidere e che una sua decisione può essere valutata.

Senza voler aprire considerazioni legate all'interpretazione della «volontarietà» come atteggiamento mentale volto alla proposta dell'atto (evidentemente presente nel caso di specie) o come volontarietà da considerarsi anche in riferimento alla rappresentazione e accettazione del rischio per la salute che la delibera avrebbe potuto creare (come visto, non accertato scientificamente), è indubbio che per la massima sanzione irrogabile debbano essere appropriatamente valutati tanto l'elemento della gravità quanto quello della reiterazione.

Nonostante i limiti che senza un pieno accesso alle motivazioni incontra una valutazione nel concreto, in assenza di dati scientifici a supporto del rischio per la salute, pare anche in termini generali difficilmente argomentabile un livello di gravità della condotta tale da giustificare la radiazione, pur a fronte dell'obiettivo, pienamente legittimo, di tutela dei diritti fondamentali. La reiterazione, inoltre, non sussiste. Se a ciò si aggiungono le considerazioni svolte con riferimento alla natura della carica ricoperta e dei conseguenti «obblighi a carico degli iscritti, derivanti dalla normativa nazionale» di cui l'Ordine deve tenere conto, la decisione disciplinare adottata risulterebbe quanto meno poco proporzionata.

Proporzionalità, ma anche opportunità, della radiazione in un caso del genere sono ancora più problematiche alla luce delle richiamate incertezze sulla natura della fonte deontologica e sui rapporti e reciproci limiti di competenze tra dimensione giuridico-statale e istituzioni ordinistiche.

È importante inoltre riflettere sull'impatto che, di là dal singolo caso, un'estensione tale del potere sanzionatorio delle istituzioni ordinistiche potrebbe comportare sulle scelte del singolo. Ci si deve in particolare chiedere se tale potere possa arrivare, anche in assenza di un accertato impatto negativo della condotta sui diritti fondamentali, fino a comportare che una persona sia esposta, nell'esercizio di una carica pubblica, al rischio di ulteriori e più gravose conseguenze (inclusa la radiazione) per il fatto di essere iscritto a un albo. Rischio che, per scelte analoghe, non correrebbe nel ricoprire la stessa carica un cittadino non vincolato a tale iscrizione.

Si tratta anzitutto di un potere sanzionatorio suscettibile di condizionare, in termini che possono essere sia positivi sia negativi, l'esercizio della carica in questione e le scelte normative proposte. In tale riflessione non si può inoltre non tener conto che l'obbligo di iscrizione a un Ordine professionale come ente pubblico, anche volendo limitare lo sguardo al solo contesto europeo, non è prevista in tutti gli ordinamenti giuridici.

xxvii. Nonostante la trattazione più specifica del settore degli enti locali e della responsabilità amministrativo-contabile, per un approfondimento delle varie tipologie di responsabilità ascrivibili a soggetti pubblici cfr. Brandolini^{101,102}.

xxviii. Art. 122, co. 4 Cost.: «I consiglieri regionali non possono essere chiamati a rispondere delle opinioni espresse e dei voti dati nell'esercizio delle loro funzioni».

xxix. Si pensi, per es., ai doveri di fedeltà e imparzialità, funzionali agli obiettivi di una buona amministrazione, cui è collegato anche il principio dell'equilibrio e della «sana gestione finanziaria». Brandolini¹⁰², p. 5 ss.

xxx. D.Lgs. C.P.S. 13 Settembre 1946, n. 233, capi I, II e III.

xxxii. Art. 4 Legge 11 gennaio 2018, n. 3. La norma prevede tra le fonti degli obblighi a carico degli iscritti di cui tenere conto, anche le «disposizioni contenute nei contratti e nelle convenzioni nazionali di lavoro». Nonostante la forma giuridica dell'attività professionale svolta sia irrilevante per la competenza disciplinare degli ordini, tale disposizione deve essere presa in considerazione nella commisurazione della sanzione in casi come quello della sospensione di medici in servizio presso l'azienda sanitaria per l'attuazione dei protocolli.

xxxii. Sul piano deontologico, merita di essere segnalata in questa prospettiva, la recente presa di posizione del Consiglio Nazionale FNOPI che nel nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, approvato il 12 aprile 2019, ha inserito un articolo espressamente dedicato ai rapporti tra «Ordini professionali e altri ruoli pubblici» in base al quale «l'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico-istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni» (art. 52). Per un primo commento cfr. *Quotidiano Sanità* del 13 aprile 2019¹⁰³.

In particolare, è necessario ricordare che la legittimità dell'obbligo dell'iscrizione negli albi professionali riconosciuta dalla Corte costituzionale italiana^{xxxiii} costituisce un limite alla libertà di non associarsi^{xxxiv}. Benché si tratti di un ambito di analisi diverso, pare in ogni caso utile tenere presente che nelle considerazioni del caso in oggetto ci si sta muovendo in un contesto già caratterizzato dalla compressione di un diritto previsto dalla Costituzione, ammessa a tutela di altri interessi costituzionalmente garantiti, ma in base a un giudizio di bilanciamento che comporta uno scrutinio di proporzionalità.

Le criticità del procedimento disciplinare

Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dalla carente regolamentazione del procedimento disciplinare nel quale vengono assunte decisioni potenzialmente molto incisive sui diritti del professionista. Nonostante alcune norme inserite nella recente "legge Lorenzin"⁸² – in particolare, la separazione della funzione istruttoria da quella giudicante «a garanzia del diritto di difesa, dell'autonomia e della terzietà del giudizio disciplinare» – in attesa di regolamenti attuativi, le linee essenziali della normativa sul procedimento non sono state oggetto di modifiche sostanziali dagli anni '50. Garanzie e limiti dello strumento disciplinare rimangono quindi profili ancora controversi, soprattutto se letti alla luce dell'evoluzione dei principi del giusto processo, così come tutelati dalla Costituzione e dalla giurisprudenza della Corte EDU^{xxxv}. Non ci sono, per esempio, norme che disciplinino in maniera adeguata l'obbligo di motivazione anche in riferimento alle tempistiche della sua comunicazione all'incolpato, né forme di pubblicazione delle decisioni (soprattutto per il primo grado di giudizio) che ne permettano una completa conoscibilità e trasparenza.

Il contenuto delle decisioni e la stessa iniziativa di aprire un procedimento rimangono ancorate a modalità di esercizio "interno" che rendono difficile, anche per gli iscritti, ricostruire in maniera adeguata le scelte sanzionatorie dei singoli ordini, gli ambiti di intervento e l'estensione del potere disciplinare rispetto alle proprie condotte.

Il procedimento disciplinare italiano è inoltre lontano dalle esperienze di altri ordinamenti europei che hanno nel tempo inserito alcuni accorgimenti, tra i quali, per esempio, la pubblicità delle udienze, la pubblicazione delle decisioni e delle re-

lative motivazioni, la presenza di un magistrato o di un giurista fin dal primo grado di giudizio a tutela della correttezza giuridica e dell'indipendenza delle commissioni rispetto a interessi meramente interni alla categoria, una più precisa definizione degli aspetti procedurali, delle tutele dell'incolpato e degli strumenti di ricorso^{xxxvi}.

Il superamento delle richiamate criticità è quindi una precondizione irrinunciabile per costruire un modello di rapporti tra diritto e deontologia, tra Stato e categoria professionale più coerente e ragionevole. L'assenza di certezze sulla natura del codice deontologico, la scarsa trasparenza e conoscibilità dell'impiego dello strumento disciplinare, la dubbia effettività della deontologia rendono difficilmente giustificabili le prerogative degli Ordini professionali e l'estensione che in alcuni casi possono assumere. Solo se supportato da un adeguato e coerente sistema di tutele e di raccordo con altre sfere di intervento del diritto, il potere disciplinare può infatti valorizzare la portata pratica e gli obiettivi del CDM, svincolandoli da rischi di autoreferenzialità.

Conclusioni

Le decisioni assunte dall'OMCeO bolognese, descritte nella cronistoria, pongono due distinti quesiti: le prove scientifiche devono avere un ruolo nella programmazione sanitaria in materia di emergenza pre-ospedaliera? Quale ruolo giocano invece le incertezze relative ai rapporti e ai limiti di competenze tra dimensione giuridico-statale e istituzioni ordinistiche quando queste ultime assumono decisioni sanzionatorie?

Nell'articolo 6 del CDM si legge: «il medico fonda l'esercizio delle proprie competenze tecnico-professionali sui principi di efficacia e di appropriatezza, aggiornandoli alle conoscenze scientifiche disponibili e mediante una costante verifica e revisione dei propri atti ...». Per quanto riguarda il primo quesito, l'OMCeO di Bologna, nell'ambito delle sue considerazioni riguardo al cosiddetto task shifting, avrebbe dovuto chiedere di conoscere su quali prove si basavano le scelte contenute nella delibera regionale contestata, per poi confrontarle in modo sistematico con quelle necessarie a sostenere le proprie conclusioni, e cioè che la sicurezza dei cittadini è garantita solo se ad agire nell'emergenza pre-ospedaliera è sempre e soltanto il medico.

Anche se trial clinici mirati sarebbero necessari per rispondere in modo esaustivo al primo quesito sopra enunciato, la revisione della letteratura disponibile offerta in questo articolo confuta l'assunto del rischio derivante da una gestione infermieristica dell'emergenza pre-ospedaliera e sottolinea la rilevanza del ruolo del medico sulla scena prevalentemente nei casi di trauma maggiore o quando è necessaria una gestione invasiva delle vie aeree. Al

xxxiii. Cfr., per es., Corte cost., sentenze n. 69 del 1962 e nn. 11 e 98 del 1968.

xxxiv. L'art. 18 della Costituzione garantisce infatti la libertà di associazione sia sotto l'aspetto positivo sia sotto quello negativo, come libertà di non associarsi.

xxxv. Anche in ambito di procedimento disciplinare la Corte ha per esempio condannato la segretezza in quanto contraria al principio del giusto processo di cui all'art. 6 CEDU già a partire dagli anni '90 in alcune sentenze riguardanti l'ordinamento francese (cfr. i casi *Diennet c. France* e *Gautrin et autres c. France* del 1998).

xxxvi. Si veda la nota iv.

contrario, le variabili rilevanti che condizionano realmente la qualità degli esiti dei trattamenti in emergenza pre-ospedaliera consistono nell'individuazione delle competenze che il medico condivide con l'infermiere, che possono essere quindi gestite da quest'ultimo, e una procedura di dispatch affidabile per assicurare di volta in volta l'intervento (medico o infermieristico) più appropriato in ogni situazione.

È possibile concludere che le prove di efficacia non siano rientrate tra gli elementi ritenuti necessari dall'OMCeO bolognese ai fini di una valutazione dell'efficacia del SUEM di quella città. Questa conclusione rimanda però inevitabilmente a un altro quesito: cosa è allora davvero necessario per definire la programmazione sanitaria in materia di emergenza pre-ospedaliera?

Delineato il quadro delle criticità poste in termini scientifici dal caso analizzato, è necessario chiedersi quale possa essere il ruolo della deontologia medica nelle sfide e nei dibattiti attuali.

In questo senso è necessario distinguere le potenzialità di tale fonte dalle lacune che tuttora permeano il modello italiano. La disciplina deontologica è infatti in grado di coniugare, da un lato, la qualità, la correttezza e le competenze del medico a tutela dei diritti fondamentali della persona e, dall'altro, principi etico-professionali attenti al caso concreto, la centralità delle accreditate conoscenze scientifiche e l'uso appropriato delle risorse. Si tratta di un apporto irrinunciabile per il diritto, soprattutto in ambiti significativamente connotati dallo sviluppo tecnico-scientifico e dalla variabilità del caso concreto, nei quali né la fonte legislativa, per sua natura generale e astratta, né altre fonti di codificazione della scienza e della tecnica sono sufficienti.

Il caso analizzato mette però in luce i rischi che possono derivare da una disciplina inadeguata o non del tutto coerente, allontanando la deontologia sia dalle sintonie con i principi costituzionali che ne fondano l'intrinseca rilevanza giuridica, sia dalla sua capacità di farsi carico delle nuove sfide di tutela e delle complessità dell'attività medica. Pare quindi fondamentale adeguare i profili formali dei rapporti tra diritto e deontologia alla richiamata rilevanza che il CDM ha assunto sul piano sostanziale, tanto normativo quanto giurisprudenziale.

Senza tutti gli elementi indicati, il riferimento alla deontologia come strumento per riformare il ruolo del medico rimane, nella migliore delle ipotesi, una ricostruzione teorica priva di rilevanza sul piano pratico. Insistere su questo profilo, anche attraverso l'uso dello strumento disciplinare senza prima avviare una riflessione congiunta sul modello dei rapporti tra CDM e altre fonti del diritto, può risultare inoltre fuorviante rispetto agli scopi e all'evoluzione della professione medica e alle stesse potenzialità del codice deontologico.

Authorship: G.Gristina ha curato la raccolta dei dati di letteratura scientifica e la stesura della parte I; Elisabetta Pulice ha curato la riflessione giuridica e la stesura della parte II.

Conflitto di interessi: gli autori dichiarano l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Quotidiano Sanità. Ambulanze con soli infermieri. Radiato dall'Ordine dei medici di Bologna l'assessore Venturi. Giallo su assenza Pizza alla riunione. 1 dicembre 2018. <https://bit.ly/2ryW6lT> (ultimo accesso 04/04/2019).
2. Quotidiano Sanità. Bologna. È polemica sulla decisione dell'Ordine di sospendere 4 medici che hanno dato il via libera alle ambulanze con i soli infermieri a bordo. Pizza: "Ecco perché l'abbiamo fatto". 29 febbraio 2016. <https://bit.ly/2E0NonV> (ultimo accesso 04/04/2019).
3. Quotidiano Sanità. Ambulanze con solo infermieri. Ecco perché sono stati sospesi i 9 medici che avevano dato le istruzioni operative al personale infermieristico. Le motivazioni dell'Ordine di Bologna: "Hanno avallato principi contrari al Codice deontologico". 31 ottobre 2016. <https://bit.ly/2FBKzLM> (ultimo accesso 04/04/2019).
4. BOLOGNATODAY. Redazione. Ambulanze senza medico, ora è psicosi-chiamate. 14 dicembre 2018. <https://bit.ly/2R0IhXA> (ultimo accesso 04/04/2019).
5. Codice di Deontologia Medica Ed. 2014 - Titolo II Doveri e Competenze del Medico - Art. 3 Doveri Generali e Competenze del Medico. <https://bit.ly/2INQ3QC> (ultimo accesso 04/04/2019).
6. Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence-based public health an evolving concept. *Am J Prev Med* 2004; 27: 417-21.
7. Bocci M. Sanità, dalla Toscana alla Lombardia sulle ambulanze vince il soccorso degli infermieri. 1 dicembre 2018. Rep:Repubblica.it <https://bit.ly/2AOl6db> (ultimo accesso 15/01/2019).
8. Quotidiano Sanità. Ambulanze senza medico. Il caso Chiavenna: ecco com'è andata realmente. 14 dicembre 2018. <https://bit.ly/2GjUVRA> (ultimo accesso 04/04/2019).
9. European Society for Emergency Medicine EUSEM. Policy statements. <https://bit.ly/2B5kPDF> (ultimo accesso 08/01/2019).
10. Moore L. Measuring quality and effectiveness of prehospital SUEM. *Prehosp Emerg Care* 1999; 3: 325-31.
11. World Health Organization. Regional Office for Europe & European Union. (2008). Emergency medical services systems in the European Union: report of an assessment project co-ordinated by the World Health Organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. <https://bit.ly/2Tno68p> (ultimo accesso 04/04/2019).
12. National Highway Traffic Safety Administration. National Emergency Medical Services Education Standards-Paramedic Instructional Guidelines. Washington, DC: National Highway Traffic Safety Administration. [Online] <https://bit.ly/2UcSvuU> (ultimo accesso 04/04/2019).
13. Krüger AJ, Skogvoll E, Castrén M, Kurola J, Lossius HM; The ScanDoc Phase 1a Study Group. Scandinavian pre-hospital physician-manned Emergency Medical Services-same concept across borders? *Resuscitation* 2010; 81: 427-33.
14. Raucci V. Infermieri da soli nelle ambulanze. Ecco Regione per Regione norme ed organizzazione. 6 dicembre 2018. <https://bit.ly/2HFLljb> (ultimo accesso 04/04/2019).
15. Arnold JL, Della Corte F. International emergency medicine: recent trends and future challenges. *Eur J Emerg Med* 2003; 10: 180-8.

16. Wallis LA, Guly HR. Improving care in accident and emergency departments. *BMJ* 2001; 323: 39-42.
17. Report of the Physician Hospital Care Committee. Improving access to emergency care: Addressing system issues. Ontario Hospital Association, 2006. <https://bit.ly/1eqsLuz> (ultimo accesso 04/04/2019).
18. Legge 27/12/2006 N. 296 Gazzetta Ufficiale N. 299 del 27/12/2006 Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge finanziaria 2007) Art. 1 comma 796. <https://bit.ly/2GkJ5Fh> (ultimo accesso 04/04/2019).
19. Quotidiano Sanità. Ticket Pronto Soccorso: quanto si paga regione per regione. 7 giugno 2015. <https://bit.ly/2TzHDIW> (ultimo accesso 04/04/2019).
20. Quotidiano Sanità. "Caos ticket". Ogni Regione fa per sé. Farmaci, visite e analisi, pronto soccorso: più di 3 miliardi l'anno di spesa. Ma il conto cambia a seconda di dove si abita. E la riforma non arriva. 7 giugno 2015. <https://bit.ly/2UzoqRG> (ultimo accesso 04/04/2019).
21. I quaderni FIASO. Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli. Gennaio 2015. Laboratorio Servizi emergenza territoriale 118. <https://bit.ly/2SibJhu> (ultimo accesso 04/04/2019).
22. Nathens AB, Brunet FP, Maier RV. Development of trauma systems and effect on euros after injury. *Lancet* 2004; 363: 1794-801.
23. Lerner BE, Maio RF, Garrison HG, Spaite DW, Nichol G. Economic value of out-of-hospital emergency care: a structured literature review. *Ann Emerg Med* 2006; 47: 515-24.
24. Dick WF. Anglo-american vs. franco-german emergency medical services system. *Prehosp Disaster Med* 2003; 18: 29-37.
25. Suserud BO. A new profession in the pre-hospital care field - the ambulance nurse. *Nurs Crit Care* 2005; 10: 269-71.
26. Williams R. The role of nurses in ambulance services. *Emerg Nurse* 2012; 20: 20-2.
27. Lieberman M, Roudsari BS. Prehospital trauma care: what do we really know? *Curr Opin Crit Care* 2007; 13: 691-6.
28. Smith RM, Conn AKT. Prehospital care: scoop and run or stay and play? *Injury* 2009; 40 Suppl 4: 23-6.
29. Smith RM, Conn AKT. Prehospital care. Scoop and run or stay and play? *Injury* 2009; 40 (Suppl 4): S23-S6.
30. Herlitz J, Bang A, Gunnarsson J, et al. Factors associated with survival to hospital discharge among patients hospitalised alive after out of hospital cardiac arrest: change in euro over 20 years in the community of Göteborg, Sweden. *Heart* 2003; 89: 25-30.
31. Horsted TI, Rasmussen LS, Lippert FK, Nielsen SL. Euro of out-of hospital cardiac arrest: why do physicians withhold resuscitation attempts? *Resuscitation* 2004; 63: 287-93.
32. Lossius HM, Soreide E, Hotvedt R, et al. Prehospital advanced life support provided by specially trained physicians: is there a benefit in terms of life years gained? *Acta Anaesthesiol Scand* 2002; 46: 771-8.
33. Haner A, Örnänge P, Khorram-Manesh A. The role of physician-staffed ambulances: the euro of a pilot study. *Journal of Acute Disease* 2015; 4: 63-7.
34. Botker M, Bakke S, Christensen E. A systematic review of controlled studies: do physicians increase survival with prehospital treatment? *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2009; 17: 12-20.
35. Hagihara A, Hasegawa M, Abe T, Nagata T, Nabeshima Y. Physician presence in an ambulance car is associated with increased survival in out-of-hospital cardiac arrest: a prospective cohort analysis. *PLoS One* 2014; 9: e84424.
36. Wirtz DD, Ortiz C, Newman DH, Zhitomirsky I. Unrecognized misplacement of endotracheal tubes by ground prehospital providers. *Prehosp Emerg Care* 2007; 11: 213-8.
37. Ryyänen OP, Iirola T, Reitala J, Pälve H, Malmivaara A. Is advanced life support better than basic life support in prehospital care? A systematic review. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med* 2010; 18: 62.
38. Bakalos G, Mamali M, Komninos C, et al. Advanced life support versus basic life support in the pre-hospital setting: a meta-analysis. *Resuscitation* 2011; 82: 1130-7.
39. Jayaraman S, Sethi D, Wong R. Advanced training in trauma life support for ambulance crews. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 21: CD003109.
40. Jayaraman S, Sethi D, Chinnock P, Wong R. Advanced trauma life support training for hospital staff (review). *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 8: CD004173.
41. Stiell IG, Nesbitt LP, Pickett W, et al. The OPALS Major Trauma Study: impact of advanced life-support on survival and morbidity. *CMAJ* 2008; 178: 1141-52.
42. Stiell IG, Wells GA, Field B, et al. Advanced cardiac life support in out-of-hospital cardiac arrest. *N Engl J Med* 2004; 351: 647-56.
43. Deakin CD. The chain of survival: not all links are equal. *Resuscitation* 2018; 126: 80-2.
44. Sanghavi P, Jena AB, Newhouse JP, Zaslavsky AM. Euros after out-of-hospital cardiac arrest treated by basic vs advanced life support. *JAMA Intern Med* 2015; 175: 196-204.
45. Böttiger BW, Bernhard M, Knapp J, Nagele P. Influence of SUEM-physician presence on survival after out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: systematic review and meta-analysis. *Critical Care* 2016; 20: 4.
46. Kurza MC, Schmicker RH, Leroux B, et al. Advanced vs. basic life support in the treatment of out-of-hospital cardiopulmonary arrest in the resuscitation euros consortium. *Resuscitation* 2018; 128: 132-7.
47. Lecky F, Bryden D, Little R, Tong N, Moulton C. Emergency intubation for acutely ill and injured patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2008; 2: CD001429.
48. Bossers SM, Schwarte LA, Loer SA, Twisk JVR, Boer C, Schober P. Experience in prehospital endotracheal intubation significantly influences mortality of patients with severe traumatic brain injury: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2015; 10: e0141034.
49. Fevang E, Perkins Z, Lockey D, Jeppesen E, Lossius HM. A systematic review and meta-analysis comparing mortality in pre-hospital tracheal intubation to emergency department intubation in trauma patients. *Critical Care* 2017; 21: 192-205.
50. Crewdson K, Lockey DJ, Roislien J, Lossius HM, Rehn M. The success of pre-hospital tracheal intubation by different pre-hospital providers: a systematic literature review and meta-analysis. *Critical Care* 2017; 21: 31-41.
51. van Schuppen H, Bierens J. Understanding the prehospital physician controversy. Step 1: comparing competencies of ambulance nurses and prehospital physicians. *Eur J Emerg Med* 2011; 18: 322-7.
52. van Schuppen H, Bierens J. Understanding the prehospital physician controversy. Step 2: analysis of on-scene treatment by ambulance nurses and helicopter emergency medical service physicians. *Eur J Emerg Med* 2015; 22: 384-90.
53. Böttiger BW, Bernhard M, Knapp J, Nagele P. Influence of SUEM-physician presence on survival after out-of-hospital cardiopulmonary resuscitation: systematic review and meta-analysis. *Critical Care* 2016; 20: 4.

54. Roudsari BS, Nathens AB, Cameron P, et al. International comparison of prehospital trauma care systSUEM. *Injury, Int J Care Injured* 2007; 38: 993-1000.
55. Kobayashi D, Kitamura T, Kiyohara K, et al. Cardiopulmonary resuscitation performed by off-duty medical professionals versus laypersons and survival from out-of-hospital cardiac arrest among adult patients. *Resuscitation* 2019; 135: 66-72.
56. Dyson K, Bray JE, Smith K, Bernard S, Straney L, Finn J. Paramedic Exposure to out-of-hospital cardiac arrest resuscitation is associated with patient survival. *Circ Cardiovasc Qual Euros* 2016; 9: 154-60.
57. Hirano Y, Abe T, Tanaka H. Efficacy of the presence of an emergency physician in prehospital major trauma care: a nationwide cohort study in Japan. *Am J Emerg Med* 2018; pii: S0735-6757(18)30922-7.
58. Bieler D, Franke A, Lefering R, et al. Does the presence of an emergency physician influence pre-hospital time, pre-hospital interventions and the mortality of severely injured patients? A matched-pair analysis based on the trauma registry of the German Trauma Society (TraumaRegister DGU®). *Injury* 2017; 48: 32-40.
59. Tataris KL, Mercer MP, Govindarajan P. Prehospital aspirin administration for acute coronary syndrome (ACS) in USA: an SUEM quality assessment using the NSUEMIS 2011 database. *Emerg Med J* 2015; 32: 876-81.
60. Cantwell K, Burgess S, Patrick I, et al. Improvement in the prehospital recognition of tension pneumothorax: the effect of a change to paramedic guidelines and education. *Injury* 2014; 45: 71-6.
61. Brokmann JC, Rossaint R, Hirsch F, et al. Analgesia by telemedically supported paramedics compared with physician-administered analgesia: a prospective, interventional, multicentre trial. *Eur J Pain* 2016; 20: 1176-84.
62. Heinelt M, Drennan IR, Kim J, et al. Prehospital identification of underlying coronary artery disease by community paramedics. *Prehosp Emerg Care* 2015; 19: 548-53.
63. Wermeling DP. Review of naloxone safety for opioid overdose: practical considerations for new technology and expanded public access. *Ther Adv Drug Saf* 2015; 6: 20-31.
64. Silbergleit R, Lowenstein D, Durkalski V, Conwit R. Neurological Emergency Treatment Trials (NETT) Investigators. RAMPART (Rapid Anticonvulsant Medication Prior to Arrival Trial): a double-blind randomized clinical trial of the efficacy of intramuscular midazolam versus intravenous lorazepam in the prehospital treatment of status epilepticus by paramedics. *Epilepsia* 2011; 52 (suppl. 8): 45-7.
65. Lane DJ, Wunsch H, Saskin R, et al. Association between early intravenous fluids provided by paramedics and subsequent in-hospital mortality among patients with sepsis. *JAMA Network Open* 2018; 1: e185845.
66. Timmermann A, Russo SG, Hollmann MW. Paramedic versus emergency physician emergency medical service: role of the anaesthesiologist and the European versus the Anglo-American concept. *Curr Opin Anesthesiol* 2008; 21: 222-7.
67. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systSUEM in an interdependent world. *Lancet* 2010; 376: 1923-58.
68. Denis JL, Langley A, Sergi V. Leadership in the plural. *Acad Manag Ann* 2012; 6: 211-83.
69. CIHC [Canadian Interprofessional Health Collaborative]. (2010). A national interprofessional competency framework. <https://bit.ly/2fDB4xa> (ultimo accesso 04/04/2019).
70. Clausen C, Cummins K, Dionne K. Educational interventions to enhance competencies for interprofessional collaboration among nurse and physician managers: an integrative review. *J Interprof Care* 2017; 31: 685-95.
71. Codice di Deontologia Medica Ed. 2014. Titolo I. Contenuti e finalità - Art. 1 Definizione. <https://bit.ly/2INQ3QC> (ultimo accesso 04/03/2019).
72. WMA Declaration of Geneva. <https://bit.ly/2yosyvo> (ultimo accesso 04/03/2019).
73. Benciolini P. La deontologia dai galatei ai codici deontologici. *La Professione. Medicina, Scienza, Etica e Società* 2010; 261.
74. Pulice E. Deontologia e diritto. Modelli comparati, criticità e prospettive in ambito biomedico. Napoli, tesi di dottorato in corso di pubblicazione.
75. Angioni F. Il nuovo codice di deontologia medica. *Criminalia* 2007; 277-89.
76. Quadri E. Il codice deontologico medico ed i rapporti tra etica e diritto. *Responsabilità Civile e Previdenza* 2002; 925.
77. Quadri E. Codice di deontologia medica. In: Alpa G, Zatti P (a cura di). *Codici deontologici e autonomia privata*. Milano: Giuffrè, 2006; p. 74.
78. Iadecola G. Le norme della deontologia medica: rilevanza giuridica ed autonomia di disciplina. *Riv It Med Leg* 2007; 29: 551.
79. Brusco C. Linee guida, protocolli e regole deontologiche. Le modifiche introdotte dal c.d. decreto Balduzzi. *Dir Pen Cont* 2013; 4: 51-71.
80. Brusco C. La responsabilità sanitaria civile e penale. Orientamenti giurisprudenziali e dottrinali dopo la legge Gelli-Bianco. Torino: Giappichelli, 2018.
81. Caputo. Colpa penale del medico e sicurezza delle cure. Torino: Giappichelli, 2017.
82. Legge 11 gennaio 2018, n. 3, c.d. "legge Lorenzin". <https://bit.ly/2D72s20> (ultimo accesso 04/03/2019).
83. Pulice E. La deontologia come fonte del diritto. La codificazione dell'etica medica in Francia, Germania e Italia. *Diritto Pubblico Comparato ed Europeo* 2017; 3.
84. Ratzel R, Lippert H-D, Prütting J. *Kommentar zur Musterberufsordnung der deutschen Ärzte (MBO)*. Berlin-Heidelberg: Springer, 2018.
85. Ries H-P, Schnieder K-H, Papendorf B, Großbölting R. *Arztrecht*. Berlin-Heidelberg: Springer 2012; pp. 87 e ss.
86. Terrier E. *Déontologie médicale et droit*. Bordeaux: Les Etudes Hospitalières edition, 2003.
87. Moret-Bailly J. *Les déontologies*. Aix-en-Provence: PU Aix-Marseille, 2001.
88. Cabrol V. La codification de la déontologie médicale. *Revue Générale de Droit Médical* 2005; 16: 103-23.
89. Quotidiano Sanità. Radiazione Venturi. Ecco le motivazioni della Commissione disciplinare dell'OMCeO Bologna. 5 aprile 2019. <https://bit.ly/2UiDPoT> (ultimo accesso 10/04/2019).
90. Quotidiano Sanità. Sezione allegati. <https://bit.ly/2XnAruK> (ultimo accesso 04/03/2019).
91. Bundesärztekammer, Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB): Hinweise und Erläuterungen für die ärztliche Praxis. *Dtsch Arztebl* 2017; 114 (7).
92. Quotidiano Sanità. Radiazione Venturi. La Regione Emilia-Romagna fa ricorso alla Consulta. 31 gennaio 2019. <https://bit.ly/2Dh4Umy> (ultimo accesso 10/04/2019).
93. Quotidiano Sanità. Radiazione Venturi. Indagati 9 membri della Commissione disciplinare dell'Ordine di Bologna. Ipotesi abuso d'ufficio in concorso. 29 marzo 2019. <https://bit.ly/2Gtl9PP> (ultimo accesso 10/04/2019).

94. Quotidiano Sanità. Caso Venturi. OMCeO Bologna chiede verifica legittimità operato della Procura di Bologna che indaga sui 9 consiglieri che hanno votato la radiazione. 15 aprile 2019. <https://bit.ly/2Gp9a5D> (ultimo accesso 15/04/2019).
95. Iannuzzi A. Il diritto capovolto. Regolazione a contenuto tecnico-scientifico e Costituzione. Napoli: Editoriale Scientifica, 2018.
96. Casonato C. La scienza come parametro interposto di costituzionalità. Rivista AIC 2016; 2.
97. Penasa S. Nuove dimensioni della ragionevolezza? La ragionevolezza scientifica come parametro della discrezionalità legislativa in ambito medico-scientifico. Spunti dalla sentenza n. 162 del 2014 della Corte costituzionale. Forum di Quaderni Costituzionali - Rassegna 2014; 6.
98. Penasa S. La legge della scienza: nuovi paradigmi di disciplina dell'attività medico-scientifica. Uno studio comparato in materia di procreazione medicalmente assistita. Napoli: Editoriale Scientifica, 2015.
99. Rossi RC. I risvolti deontologici della Legge Gelli. In: Gelli F, Hazan M, Zorzit D (a cura di). La nuova responsabilità sanitaria e la sua assicurazione. Commento sistematico alla legge 8 marzo 2017, n. 24 (c.d. Legge Gelli). Milano: Giuffrè, 2017.
100. Caretti P, Tarli Barbieri G. Diritto Regionale. Torino: Giappichelli, 2016; p. 234.
101. Brandolini E. La responsabilità del sindaco, dei consiglieri e degli assessori. Padova: CEDAM, 2007.
102. Brandolini E. La responsabilità degli amministratori locali. Giurisprudenza di condanna e di assoluzione. Milano: Giuffrè, 2012.
103. Quotidiano Sanità. Gli infermieri approvano il nuovo Codice deontologico: "Nasce l'infermiere manager e coprotagonista del Governo clinico". Non sanzionabili gli atti degli infermieri compiuti nell'ambito di incarichi politico istituzionali. 13 aprile 2019. <https://bit.ly/2VNsKxF> (ultimo accesso 13/04/2019).