



ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA



Prot. n. 2957/GP/pm

Bologna, 13 dicembre 2017

Gent.ma Dott.ssa
Roberta Chersevani
Presidente Comitato Centrale
FNOMCEO

Ai Sigg.ri Presidenti degli
Ordini dei Medici Chirurghi
e degli Odontoiatri d'Italia
LORO SEDI

Egregi Colleghi,

ritengo utile e doveroso condividere i principi deontologici così come enucleati dalla Commissione Centrale Esercenti le Professioni Sanitarie nelle allegate pronunce-tipo, relative a fattispecie che hanno posto la problematica del diretto coinvolgimento del medico nelle operazioni di diagnosi, prescrizione e cura quali atti valutativi non delegabili, così come fissati dal nostro Codice Deontologico, avuto anche riguardo al principio della sicurezza delle cure.

Entrambe le pronunce – identiche nei presupposti motivazionali e differenti unicamente nella irrogabilità della sanzione, essendosi in una applicata la improcedibilità per prescrizione - ritengono che i protocolli operativi oggetto di giudizio risultino in contrasto con il codice deontologico, anche se trovano supporto in un atto deliberativo regionale formalmente legittimo, con ciò sancendo, ancora una volta, la piena autonomia del piano deontologico rispetto a quello gestionale amministrativo.

Altra applicazione del citato principio lo si individua nella ribadita influenza del rapporto di impiego e del vincolo della subordinazione del medico strutturato rispetto alla dovuta osservanza del codice deontologico e la soggezione alla potestà disciplinare dell'ordine.

Cordiali saluti

Il Presidente
Dott. Giancarlo Pizzi

Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie

Decisione n. 72 anno 2017

RICORSO n. 11.317/2016

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, composta dai Signori:

Cons. Antonio Pasca	Presidente
Dott. Giuseppe Celotto	componente
Dott. Eugenio Corcioni	componente
Dott. Mauro Ucci	componente
Dott. Vito Gaudiano	componente
Dott. Cosimo Nume	componente
Dott. Cesare Ferrari	componente

con l'assistenza del Segretario, dott. Antonio Federici;

visti gli atti;

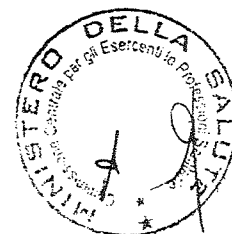
uditi gli Avv.ti Sandulli, Cimino e Bovina con il ricorrente e l'Avv. Santoli per l'Ordine, con il presidente dott. Pizza;

sentita la relazione del componente relatore, dott. Giuseppe Celotto;

ha pronunciato nell'adunanza del 7 luglio 2017 la seguente

DECISIONE

sul ricorso proposto dal dott. [redacted] domiciliato presso lo studio dell'Avv. Aldo Sandulli, in Roma, via Fulceri Paulucci de' Calboli 9, avverso la delibera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna del 18 marzo 2016, con la quale gli è stata irrogata la sanzione disciplinare della sospensione dall'esercizio della professione per mesi sei.



IN FATTO

In data 28 maggio 2015 la Sezione Regionale dello SNAMI segnalava a diversi Ordini provinciali dei Medici della Regione Emilia Romagna che alcune aziende sanitarie locali del territorio avrebbero consentito ai medici dell'emergenza sanitaria, sulla base di procedure operative formalizzate in appositi documenti, di delegare azioni di stretta pertinenza medica a personale non medico, nello specifico infermieristico.

Il riferimento era a delle linee guida per la gestione infermieristica del dolore toracico elaborate nel 2006 e fatte proprie dal Servizio Sanitario Regionale in quanto recepite dalla Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – Dipartimento Emergenza/Urgenza - prot. n. 152803 del 17.10.2007.

Il Sindacato esponente faceva presente che alla redazione del documento avevano partecipato diversi medici di ruolo del settore dell'emergenza territoriale, tra i quali il ricorrente, il quale aveva concorso anche alla loro applicazione.

Il 14 ottobre 2015 l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, dopo aver proceduto alla audizione dell'interessato, apriva un procedimento disciplinare a carico dell'istante contestandogli la violazione di diverse disposizioni del Codice deontologico vigente al momento dei fatti (anno 2006); in particolare si trattava degli artt. 3, comma 3 e 4, 13, comma 1, 4 e 5, 14, comma 1, per essere intervenuto nella approvazione ed applicazione delle istruzioni in questione del Dipartimento UOC 118 Bologna.



Il procedimento era definito con la decisione della Commissione Medica nella seduta del 26 febbraio 2016, all'esito del quale veniva comminata al ricorrente la sanzione della sospensione dall'esercizio della professione come in atti.

Al riguardo la Commissione motivava la decisione ritenendo che nella fattispecie sarebbero stati elusi i limiti posti dai rispettivi codici deontologici e dalla legislazione per demarcare la linea di confine della autonomia delle professioni sanitarie.

Nello specifico riteneva che il codice di deontologia medica riservasse alla diretta responsabilità del medico la diagnosi, prescrizione e somministrazione farmacologica, funzioni queste non delegabili al personale infermieristico e che, comunque, avrebbero dovuto effettuarsi sotto il diretto controllo del medico.

Inoltre la Commissione valutava tali atti in contrasto con il dovere di garanzia della sicurezza delle procedure a tutela del paziente (soprattutto in relazione agli aspetti valutativi).

Pertanto, riteneva in tali condotte violate diverse disposizioni del codice deontologico del 2006 (vigente all'epoca dei fatti):

art. 13, comma 1, in materia di prescrizione e trattamento terapeutico (*“La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico”*);

art. 14, comma 1, in materia di sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico (*“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure”*).

Inoltre la fattispecie, a giudizio della Commissione, concretava la violazione di altre disposizioni, questa volta del Codice deontologico del 2014:

art. 3, comma 3 e 4, in materia di doveri e competenze del medico (*“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. Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice”*);

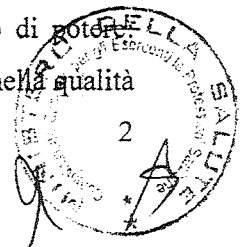
art. 13, commi 1, 4 e 5, in materia di prescrizione ai fini di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione (*“La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico (...). L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nell'averifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti. Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici”*);

art. 14, comma 1, in materia di prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure (*“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico...”*).

La decisione, adottata il 26 febbraio 2016, era comunicata il 28 giugno 2016.

Con il ricorso emarginato il ricorrente impugnava detto provvedimento per:

carenza assoluta di potestà disciplinare in capo all'Ordine. Usurpazione e sviamento di potestà
l'Ordine difetterebbe di competenza a sanzionare la condotta trattandosi di atti adottati nella qualità



di dirigente pubblico della struttura sanitaria, al cui potere disciplinare già sarebbe sottoposto; inoltre, avrebbe ommesso di impugnare innanzi il giudice amministrativo l'atto ritenuto in contrasto con il sistema legale delle riserve professionali;

prescrizione dell'azione disciplinare per essere stata esercitata in perenzione del quinquennio (i fatti risalirebbero al 2006 e non sarebbe postulabile nella specie la continuità della condotta);

violazione degli artt. 39 e 47 d.P.R. n. 221/1950. Nullità della decisione per omessa indicazione dei fatti addebitati: i fatti sarebbero stati allegati dall'Ordine in maniera del tutto generica ed in maniera tale da non consentire all'incolpato di enuclearne le circostanze;

violazione degli artt. 3, 13 e 14 CDM. Violazione dell'art. 1, l. n. 42/1999; dell'art. 1 l. n. 251/2000; dell'art. 32, prg. 7, Direttiva UE 36/2005; dell'art. 10 d.P.R. 27.3.1992 e dei relativi accordi esecutivi. Assoluto rispetto del sistema delle riserve professionali nel Protocollo sulla "Gestione infermieristica del dolore toracico", in quanto il Protocollo non sarebbe, come supposto dall'Ordine, finalizzato al contenimento dei costi, ma, per caratteristiche tecniche ed assenza di finalità di contenimento dei costi, non inciderebbe sulle riserve professionali mediche e risponderebbe alle riserve professionali infermieristiche in relazioni alle specifiche competenze in ambito di emergenza-urgenza:

carezza dell'elemento soggettivo. Manifesta sproporzione e incongruenza della sanzione: il ricorrente avrebbe agito nell'esclusivo interesse pubblico in assenza di dolo o colpa.

IN DIRITTO

In via pregiudiziale deve essere esaminata l'eccezione, sollevata dalla parte ricorrente, relativa alla carenza assoluta di potere disciplinare in capo all'Ordine dei Medici.

Sostiene la parte attorea che, mentre sul piano soggettivo la potestà disciplinare dell'Ordine può riguardare anche mancanze commesse nel servizio pubblico in esecuzione di un rapporto di lavoro, per quanto concerne il piano oggettivo la censurabilità della condotta in termini deontologici, non può estendersi a quanto riferibile in via esclusiva allo svolgimento delle funzioni dirigenziali nell'esercizio di poteri che attengono il rapporto di impiego con l'istituzione pubblica.

L'eccezione non è fondata.

A norma dell'art. 68 del Codice di deontologia il medico operante nelle strutture sanitarie pubbliche e private è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro.

g



L'iscrizione all'Albo professionale avviene sulla base di una volontaria adesione e l'appartenenza all'Ordine ne determina l'accettazione da parte dell'iscritto della disciplina e del conseguente esercizio del potere disciplinare (CCEPS 15/12/2014, n. 43).

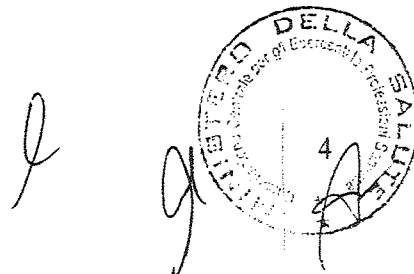
È pacifica nella recente giurisprudenza della Commissione la competenza ordinistica ad esercitare la potestà disciplinare nei confronti dei sanitari con rapporto d'impiego, anche quando i fatti addebitati siano stati commessi in servizio e per fatto di servizio (*"Il medico che presta la propria opera in rapporto di impiego o di convenzione nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private è comunque soggetto, anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale, alla potestà disciplinare dell'Ordine sotto l'aspetto deontologico e del decoro della professione medica"*, CCEPS 27/10/2008, n. 78; conf. id 23/03/2015, n. 12).

Nello stesso senso si è pronunciata la Suprema Corte, secondo cui la competenza dell'Ordine professionale ad irrogare sanzioni disciplinari per comportamenti contrari alla deontologia medica non viene meno nei confronti del professionista che, regolarmente iscritto all'albo, sia contemporaneamente dipendente della p.a. (*"Il potere disciplinare spettante al Consiglio dell'Ordine nei confronti del professionista ... non si riferisce solo alla professione espletata secondo un modello organizzativo autonomo ... con la conseguenza che, nei confronti degli iscritti che siano pubblici dipendenti, detto potere può essere legittimamente esercitato anche con riguardo a violazioni di norme deontologiche inerenti l'esercizio di attività legata allo status del professionista e svolta nell'ambito del rapporto di lavoro..."* Cass. civ., sez. III, 31-05-2006, n. 13004; conf. Cass. civ., sez. III, 18-05-2000, n. 6469).

Nella specie, ritenuta la neutralità della natura autonoma o subordinata del rapporto in virtù del quale il medico ha operato (ovvero, della qualifica dell'incolpato come prestatore d'opera professionale in regime di autonomia, subordinazione o parasubordinazione), essendo incontestata tra le parti l'iscrizione dell'istante all'albo di appartenenza, ricorre la condizione che consente al corrispondente Ordine professionale di esercitare il potere disciplinare (CCEPS 15/12/2014, n. 43).

Agli Ordini professionali sono attribuiti poteri finalizzati ad assicurare la conformità delle condotte degli iscritti a norme e principi per il corretto svolgimento delle professioni sanitarie posti nell'interesse pubblico.

Agli Ordini, in particolare, è riconosciuta la prerogativa di giudicare sulla legittimità delle condotte dei propri iscritti e certamente non può essere trascurato il profilo relativo al ruolo consultivo attribuito agli Ordini professionali nelle materie afferenti alla categoria di riferimento e nelle scelte che coinvolgano i rispettivi interessi.



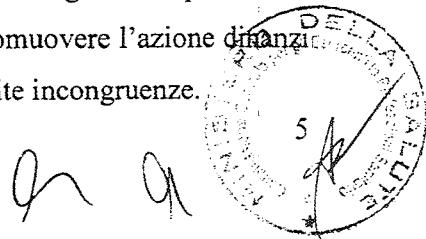
Se, per un verso, sotto il profilo dianzi considerato, va riconosciuta la potestà disciplinare dell'Ordine competente, d'altro canto va tenuto conto della natura dell'atto dal quale l'infrazione disciplinare contestata ha tratto origine, al fine di non sottovalutare che gli addebiti mossi a carico del ricorrente, in effetti, riguardano la definizione di un atto di organizzazione della Azienda sanitaria, la quale lo ha reso operativo con il provvedimento n. 152803 del 17.10.2007.

Che l'infrazione contestata al sanitario sia riconducibile tanto alla condotta in sé del ricorrente, quanto alla determinazione aziendale, emerge dallo stesso provvedimento sanzionatorio, il quale, nel perimetrare la vicenda (in particolare laddove asserisce che si tratterebbe della creazione di un assetto organizzativo per l'erogazione del servizio di emergenza-urgenza risultante da un fattore programmato), imputa appunto anche all'atto della Azienda sanitaria il dedotto effetto elusivo della normativa, in quanto, con le disposizioni censurate, avrebbe alterato l'equilibrio ed il coordinamento esistente tra le fonti (normativa e deontologica).

È tuttavia pacifico che il rimedio giurisdizionale avverso il provvedimento amministrativo adottato dalla ASL non risulta configurabile in termini di pregiudizialità rispetto all'iniziativa disciplinare intrapresa dall'Ordine, ponendosi tale impugnativa come facoltativa e non obbligatoria.

Del resto, i due procedimenti sono tra loro strutturalmente e teleologicamente indipendenti – caratteristica, questa, che influisce sull'autonomia anche dei rispettivi provvedimenti da essi scaturenti – in quanto trovano fondamento su due *ratio* sostanzialmente diverse: l'una, quella del procedimento amministrativo, mirante a garantire il soggetto titolare di un interesse protetto avverso atti e comportamenti *contra jus* rispettivamente illegittimi o illeciti posti in essere dalla pubblica amministrazione; l'altra, inerente al procedimento disciplinare, che tutela il prestigio e il decoro di una categoria di professionisti attraverso una serie di regole deontologiche, fondate piuttosto su principi di correttezza e irreprensibilità della condotta dei relativi componenti. Giova altresì evidenziare che il giudizio amministrativo e il relativo esito non costituiscono un antecedente logico-giuridico necessario della decisione dell'organo disciplinare, essendo differenti il presupposto (violazione di regole professionali e deontologiche da parte dell'iscritto, anziché violazione di diritti soggettivi e interessi legittimi ovvero di disposizioni legislative da parte dell'Amministrazione) e l'interesse tutelato.

Se non può essere trascurata la circostanza in base alla quale, nel caso in esame, il pregiudizio lamentato dall'Ordine deriva non soltanto dalla condotta del ricorrente, ma dall'atto della Azienda sanitaria nel quale le risultanze dell'apporto del ricorrente sono state trasfuse, rileva anche che del provvedimento amministrativo risulta, allo stato degli atti, la legittimità e la vigenza in quanto non contestato, essendo rimasto l'Ordine inerte a fronte della possibilità di promuovere l'azione ^{dianzi} all'Autorità Giurisdizionale Amministrativa, in considerazione delle asserite incongruenze.



Poiché non costa agli atti del presente giudizio che l'Ordine, legittimato alla impugnativa in quanto ente esponenziale degli interessi della categoria (cfr., ex plurimis, C. Stato, sez. V, 01-07-2002, n. 3586, T.a.r. Lazio, sez. III, 17-11-2015, n. 13020; App. Milano, 05-05-2004), abbia provveduto a far valere in sede giurisdizionale, o in altra sede competente, la ritenuta invalidità del provvedimento, allo stato, l'atto n. 152803/2007, sorretto dalla presunzione di validità e legittimità, dispiega tutti i suoi effetti.

La Commissione rileva che i protocolli operativi e le linee guida per gli interventi di emergenza ed urgenza (cd. servizio 118) sono adottati sulla base dei criteri stabili dalla Regione (C. Stato, sez. III, 21-10-2013, n. 5099), nonché sulla base del Piano Sanitario Regionale, adottato tuttavia non già con Legge Regionale, bensì con mera Delibera di Giunta Regionale.

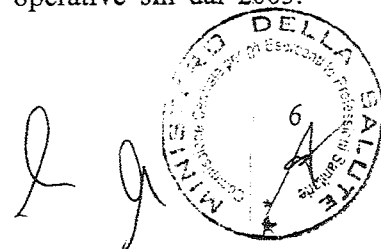
Le determinazioni della ASL relative ai protocolli operativi di cui trattasi, pur trovando supporto nell'atto deliberativo regionale, si pongono in contrasto con il codice deontologico, la cui natura giuridica può assimilarsi alla tipologia degli atti di *soft law*, consistendo nel recepimento e nella cristallizzazione di criteri comportamentali e di protocolli terapeutici consolidati ed assistiti dall'*opinio juris seu necessitatis*, nonché dalla adesione al sodalizio professionale con implicita accettazione delle funzioni e dei poteri di vigilanza e di controllo sull'esercizio dell'attività dell'iscritto.

Come già rilevato, il rapporto di impiego e l'esercizio dell'attività professionale coesistono in posizione parallela, nel senso che il vincolo della subordinazione derivante dal rapporto di pubblico impiego non esclude, ma anzi presuppone, la continuità della prestazione professionale soggetta ai vincoli di natura deontologica e alla vigilanza dell'Ordine professionale di appartenenza.

Premesso tutto quanto sopra, rileva tuttavia la Commissione che risulta fondata la dedotta eccezione di prescrizione del potere disciplinare.

Ed invero, in punto di tempestività dell'azione disciplinare, questa Commissione osserva che, dalle risultanze in atti, la decorrenza del termine di prescrizione è intervenuta in un momento antecedente al promovimento dell'azione disciplinare. La condotta attribuita all'incolpato, oggetto di contestazione, consistendo nella fattiva partecipazione all'elaborazione delle linee guida e ai protocolli operativi per gli interventi di emergenza ed urgenza, si inquadra agevolmente nella fattispecie dell'atto istantaneo con effetti permanenti.

Le due istruzioni operative sulla "gestione infermieristica del dolore toracico" e sulla "gestione infermieristica dei pazienti con intossicazione acuta da oppiacei" sono state approvate nell'anno 2007 e divulgate nell'anno 2008 – recependo, peraltro, indicazioni già operative sin dal 2003.



L'apertura del procedimento disciplinare è intervenuta nell'anno 2015, risultando pertanto decorso il termine quinquennale di prescrizione statuito dall'art. 51 del D.P.R. 221/1950.

Il carattere assorbente e dirimente del motivo di cui sopra esime la Commissione dal compito di disaminare le ulteriori ragioni di impugnativa e, in particolare, di entrare nel merito di valutazioni tecniche.

Per quanto sopra, con assorbimento di tutte le altre questioni, il ricorso va accolto, con conseguente annullamento della sanzione irrogata.

P. Q. M.

LA COMMISSIONE CENTRALE PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

accoglie il ricorso per decorrenza del termine prescrizione e, per l'effetto, annulla l'irrogata sanzione.

Roma, li 7 luglio 2017



IL PRESIDENTE

IL RELATORE

IL SEGRETARIO

Depositata in Segreteria il 28 NOV. 2017

IL SEGRETARIO

Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie

Decisione n. 75 anno 2017

RICORSO n. 11.320/2016

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, composta dai Signori:

Cons. Antonio Pasca	Presidente
Dott. Giuseppe Celotto	componente
Dott. Eugenio Corcioni	componente
Dott. Mauro Ucci	componente
Dott. Vito Gaudiano	componente
Dott. Cosimo Nume	componente
Dott. Cesare Ferrari	componente

con l'assistenza del Segretario, dott. Antonio Federici;

visti gli atti;

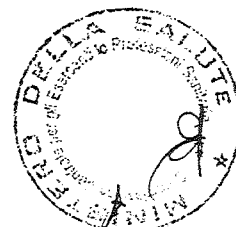
uditi gli Avv.ti Sandulli, Cimino e Bovina con il ricorrente e l'Avv. Santoli per l'Ordine, con il presidente dott. Pizza;

sentita la relazione del componente relatore, dott. Giuseppe Celotto;

ha pronunciato nell'adunanza del 7 luglio 2017 la seguente

DECISIONE

sul ricorso proposto dal dott. _____ domiciliato presso lo studio dell'Avv. Aldo Sandulli, in Roma, via Fulceri Paulucci de' Calboli 9, avverso la delibera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna del 18 marzo 2016, con la quale gli è stata irrogata la sanzione disciplinare della sospensione dall'esercizio della professione per mesi sei.



IN FATTO

In data 28 maggio 2015 la Sezione Regionale dello SNAMI segnalava a diversi Ordini provinciali dei Medici della Regione Emilia Romagna che alcune aziende sanitarie locali del territorio avrebbero consentito ai medici dell'emergenza sanitaria, sulla base di procedure operative formalizzate in appositi documenti, di delegare azioni di stretta pertinenza medica a personale non medico, nello specifico infermieristico.

Il riferimento era a delle linee guida per la gestione infermieristica del dolore toracico elaborate nel 2006 e fatte proprie dal Servizio Sanitario Regionale in quanto recepite dalla Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – Dipartimento Emergenza/Urgenza - prot. n. 152803 del 17.10.2007.

Il Sindacato esponente faceva presente che alla redazione del documento avevano partecipato diversi medici di ruolo del settore dell'emergenza territoriale, tra i quali il ricorrente, il quale aveva concorso anche alla loro applicazione.

Il 14 ottobre 2015 l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, dopo aver proceduto alla audizione dell'interessato, apriva un procedimento disciplinare a carico dell'istante contestandogli la violazione di diverse disposizioni del Codice deontologico vigente al momento dei fatti (anno 2006); in particolare si trattava degli artt. 3, comma 3 e 4, 13, comma 1, 4 e 5, 14, comma 1, per essere intervenuto nella approvazione ed applicazione delle istruzioni in questione del Dipartimento UOC 118 Bologna.

Il procedimento era definito con la decisione della Commissione Medica nella seduta del 26 febbraio 2016, all'esito del quale veniva comminata al ricorrente la sanzione della sospensione dall'esercizio della professione come in atti.

Al riguardo la Commissione motivava la decisione ritenendo che nella fattispecie sarebbero stati elusi i limiti posti dai rispettivi codici deontologici e dalla legislazione per demarcare la linea di confine della autonomia delle professioni sanitarie.

Nello specifico riteneva che il codice di deontologia medica riservasse alla diretta responsabilità del medico la diagnosi, prescrizione e somministrazione farmacologica, funzioni queste non delegabili al personale infermieristico e che, comunque, avrebbero dovuto effettuarsi sotto il diretto controllo del medico.

Inoltre la Commissione valutava tali atti in contrasto con il dovere di garanzia della sicurezza delle procedure a tutela del paziente (soprattutto in relazione agli aspetti valutativi).

Pertanto, riteneva in tali condotte violate diverse disposizioni del codice deontologico del 2009 (vigente all'epoca dei fatti):



art. 13, comma 1, in materia di prescrizione e trattamento terapeutico (*“La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico”*);

art. 14, comma 1, in materia di sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico (*“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure”*).

Inoltre la fattispecie, a giudizio della Commissione, concretava la violazione di altre disposizioni, questa volta del Codice deontologico del 2014:

art. 3, comma 3 e 4, in materia di doveri e competenze del medico (*“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. Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice”*);

art. 13, commi 1, 4 e 5, in materia di prescrizione ai fini di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione (*“La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico (...). L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nell'averifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti. Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici”*);

art. 14, comma 1, in materia di prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure (*“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico...”*).

La decisione, adottata il 26 febbraio 2016, era comunicata il 28 giugno 2016.

Con il ricorso emarginato il ricorrente impugnava detto provvedimento per:

carenza assoluta di potestà disciplinare in capo all'Ordine. Usurpazione e sviamento di potere. L'Ordine difetterebbe di competenza a sanzionare la condotta trattandosi di atti adottati nella qualità



di dirigente pubblico della struttura sanitaria, al cui potere disciplinare già sarebbe sottoposto; inoltre, avrebbe omissis di impugnare innanzi il giudice amministrativo l'atto ritenuto in contrasto con il sistema legale delle riserve professionali;

prescrizione dell'azione disciplinare per essere stata esercitata in perenzione del quinquennio (i fatti risalirebbero al 2006 e non sarebbe postulabile nella specie la continuità della condotta);

violazione degli artt. 39 e 47 d.P.R. n. 221/1950. Nullità della decisione per omessa indicazione dei fatti addebitati: i fatti sarebbero stati allegati dall'Ordine in maniera del tutto generica ed in maniera tale da non consentire all'incolpato di enuclearne le circostanze;

violazione degli artt. 3, 13 e 14 CDM. Violazione dell'art. 1, l. n. 42/1999; dell'art. 1 l. n. 251/2000; dell'art. 32, prg. 7, Direttiva UE 36/2005; dell'art. 10 d.P.R. 27.3.1992 e dei relativi accordi esecutivi. Assoluto rispetto del sistema delle riserve professionali nel Protocollo sulla "Gestione infermieristica del dolore toracico", in quanto il Protocollo non sarebbe, come supposto dall'Ordine, finalizzato al contenimento dei costi, ma, per caratteristiche tecniche ed assenza di finalità di contenimento dei costi, non inciderebbe sulle riserve professionali mediche e risponderebbe alle riserve professionali infermieristiche in relazioni alle specifiche competenze in ambito di emergenza-urgenza:

carenza dell'elemento soggettivo. Manifesta sproporzione e incongruenza della sanzione: il ricorrente avrebbe agito nell'esclusivo interesse pubblico in assenza di dolo o colpa.

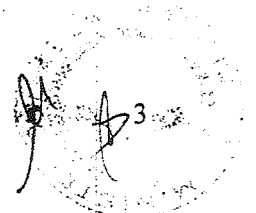
IN DIRITTO

In via pregiudiziale deve essere esaminata l'eccezione, sollevata dalla parte ricorrente, relativa alla carenza assoluta di potere disciplinare in capo all'Ordine dei Medici.

Sostiene la parte attorea che, mentre sul piano soggettivo la potestà disciplinare dell'Ordine può riguardare anche mancanze commesse nel servizio pubblico in esecuzione di un rapporto di lavoro, per quanto concerne il piano oggettivo la censurabilità della condotta in termini deontologici, non può estendersi a quanto riferibile in via esclusiva allo svolgimento delle funzioni dirigenziali nell'esercizio di poteri che attengono il rapporto di impiego con l'istituzione pubblica.

L'eccezione non è fondata.

A norma dell'art. 68 del Codice di deontologia il medico operante nelle strutture sanitarie pubbliche e private è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro.



L'iscrizione all'Albo professionale avviene sulla base di una volontaria adesione e l'appartenenza all'Ordine ne determina l'accettazione da parte dell'iscritto della disciplina e del conseguente esercizio del potere disciplinare (CCEPS 15/12/2014, n. 43).

È pacifica nella recente giurisprudenza della Commissione la competenza ordinistica ad esercitare la potestà disciplinare nei confronti dei sanitari con rapporto d'impiego, anche quando i fatti addebitati siano stati commessi in servizio e per fatto di servizio (*"Il medico che presta la propria opera in rapporto di impiego o di convenzione nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private è comunque soggetto, anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale, alla potestà disciplinare dell'Ordine sotto l'aspetto deontologico e del decoro della professione medica"*, CCEPS 27/10/2008, n. 78; conf. id 23/03/2015, n. 12).

Nello stesso senso si è pronunciata la Suprema Corte, secondo cui la competenza dell'Ordine professionale ad irrogare sanzioni disciplinari per comportamenti contrari alla deontologia medica non viene meno nei confronti del professionista che, regolarmente iscritto all'albo, sia contemporaneamente dipendente della p.a. (*"Il potere disciplinare spettante al Consiglio dell'Ordine nei confronti del professionista ... non si riferisce solo alla professione espletata secondo un modello organizzativo autonomo ... con la conseguenza che, nei confronti degli iscritti che siano pubblici dipendenti, detto potere può essere legittimamente esercitato anche con riguardo a violazioni di norme deontologiche inerenti l'esercizio di attività legata allo status del professionista e svolta nell'ambito del rapporto di lavoro..."* Cass. civ., sez. III, 31-05-2006, n. 13004; conf. Cass. civ., sez. III, 18-05-2000, n. 6469).

Nella specie, ritenuta la neutralità della natura autonoma o subordinata del rapporto in virtù del quale il medico ha operato (ovvero, della qualifica dell'incolpato come prestatore d'opera professionale in regime di autonomia, subordinazione o parasubordinazione), essendo incontestata tra le parti l'iscrizione dell'istante all'albo di appartenenza, ricorre la condizione che consente al corrispondente Ordine professionale di esercitare il potere disciplinare (CCEPS 15/12/2014, n. 43).

Agli Ordini professionali sono attribuiti poteri finalizzati ad assicurare la conformità delle condotte degli iscritti a norme e principi per il corretto svolgimento delle professioni sanitarie posti nell'interesse pubblico.

Agli Ordini, in particolare, è riconosciuta la prerogativa di giudicare sulla legittimità delle condotte dei propri iscritti e certamente non può essere trascurato il profilo relativo al ruolo consultivo attribuito agli Ordini professionali nelle materie afferenti alla categoria di riferimento e nelle scelte che coinvolgano i rispettivi interessi.



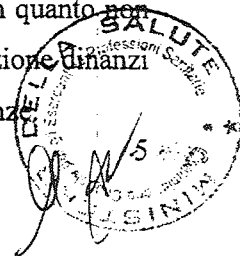
Se, per un verso, sotto il profilo dianzi considerato, va riconosciuta la potestà disciplinare dell'Ordine competente, d'altro canto va tenuto conto della natura dell'atto dal quale l'infrazione disciplinare contestata ha tratto origine, al fine di non sottovalutare che gli addebiti mossi a carico del ricorrente, in effetti, riguardano la definizione di un atto di organizzazione della Azienda sanitaria, la quale lo ha reso operativo con il provvedimento n. 152803 del 17.10.2007.

Che l'infrazione contestata al sanitario sia riconducibile tanto alla condotta in sé del ricorrente, quanto alla determinazione aziendale, emerge dallo stesso provvedimento sanzionatorio, il quale, nel perimetrare la vicenda (in particolare laddove asserisce che si tratterebbe della creazione di un assetto organizzativo per l'erogazione del servizio di emergenza-urgenza risultante da un fattore programmato), imputa appunto anche all'atto della Azienda sanitaria il dedotto effetto elusivo della normativa, in quanto, con le disposizioni censurate, avrebbe alterato l'equilibrio ed il coordinamento esistente tra le fonti (normativa e deontologica).

È tuttavia pacifico che il rimedio giurisdizionale avverso il provvedimento amministrativo adottato dalla ASL non risulta configurabile in termini di pregiudizialità rispetto all'iniziativa disciplinare intrapresa dall'Ordine, ponendosi tale impugnativa come facoltativa e non obbligatoria.

Del resto, i due procedimenti sono tra loro strutturalmente e teleologicamente indipendenti – caratteristica, questa, che influisce sull'autonomia anche dei rispettivi provvedimenti da essi scaturenti – in quanto trovano fondamento su due *ratio* sostanzialmente diverse: l'una, quella del procedimento amministrativo, mirante a garantire il soggetto titolare di un interesse protetto avverso atti e comportamenti *contra jus* rispettivamente illegittimi o illeciti posti in essere dalla pubblica amministrazione; l'altra, inerente al procedimento disciplinare, che tutela il prestigio e il decoro di una categoria di professionisti attraverso una serie di regole deontologiche, fondate piuttosto su principi di correttezza e irreprensibilità della condotta dei relativi componenti. Giova altresì evidenziare che il giudizio amministrativo e il relativo esito non costituiscono un antecedente logico-giuridico necessario della decisione dell'organo disciplinare, essendo differenti il presupposto (violazione di regole professionali e deontologiche da parte dell'iscritto, anziché violazione di diritti soggettivi e interessi legittimi ovvero di disposizioni legislative da parte dell'Amministrazione) e l'interesse tutelato.

Se non può essere trascurata la circostanza in base alla quale, nel caso in esame, il pregiudizio lamentato dall'Ordine deriva non soltanto dalla condotta del ricorrente, ma dall'atto della Azienda sanitaria nel quale le risultanze dell'apporto del ricorrente sono state trasfuse, rileva anche che del provvedimento amministrativo risulta, allo stato degli atti, la legittimità e la vigenza in quanto non contestato, essendo rimasto l'Ordine inerte a fronte della possibilità di promuovere l'azione dinanzi all'Autorità Giurisdizionale Amministrativa, in considerazione delle asserite incongruenze.



Poiché non costa agli atti del presente giudizio che l'Ordine, legittimato alla impugnativa in quanto ente esponenziale degli interessi della categoria (cfr., ex plurimus, C. Stato, sez. V, 01-07-2002, n. 3586, T.a.r. Lazio, sez. III, 17-11-2015, n. 13020; App. Milano, 05-05-2004), abbia provveduto a far valere in sede giurisdizionale, o in altra sede competente, la ritenuta invalidità del provvedimento, allo stato, l'atto n. 152803/2007, sorretto dalla presunzione di validità e legittimità, dispiega tutti i suoi effetti.

La Commissione rileva che i protocolli operativi e le linee guida per gli interventi di emergenza ed urgenza (cd. servizio 118) sono adottati sulla base dei criteri stabili dalla Regione (C. Stato, sez. III, 21-10-2013, n. 5099), nonché sulla base del Piano Sanitario Regionale, adottato tuttavia non già con Legge Regionale, bensì con mera Delibera di Giunta Regionale.

Le determinazioni della ASL relative ai protocolli operativi di cui trattasi, pur trovando supporto nell'atto deliberativo regionale, si pongono in contrasto con il codice deontologico, la cui natura giuridica può assimilarsi alla tipologia degli atti di *soft law*, consistendo nel recepimento e nella cristallizzazione di criteri comportamentali e di protocolli terapeutici consolidati ed assistiti dall'*opinio juris seu necessitatis*, nonché dalla adesione al sodalizio professionale con implicita accettazione delle funzioni e dei poteri di vigilanza e di controllo sull'esercizio dell'attività dell'iscritto.

Come già rilevato, il rapporto di impiego e l'esercizio dell'attività professionale coesistono in posizione parallela, nel senso che il vincolo della subordinazione derivante dal rapporto di pubblico impiego non esclude, ma anzi presuppone, la continuità della prestazione professionale soggetta ai vincoli di natura deontologica e alla vigilanza dell'Ordine professionale di appartenenza.

Premesso tutto quanto sopra, rileva tuttavia la Commissione che risulta fondata la dedotta eccezione di prescrizione del potere disciplinare.

Ed invero, in punto di tempestività dell'azione disciplinare, questa Commissione osserva che, dalle risultanze in atti, la decorrenza del termine di prescrizione è intervenuta in un momento antecedente al promovimento dell'azione disciplinare. La condotta attribuita all'incolpato, oggetto di contestazione, consistendo nella fattiva partecipazione all'elaborazione delle linee guida e ai protocolli operativi per gli interventi di emergenza ed urgenza, si inquadra agevolmente nella fattispecie dell'atto istantaneo con effetti permanenti.

Le due istruzioni operative sulla "gestione infermieristica del dolore toracico" e sulla "gestione infermieristica dei pazienti con intossicazione acuta da oppiacei" sono state approvate nell'anno 2007 e divulgate nell'anno 2008 – recependo, peraltro, indicazioni già operative sin dal 2003



L'apertura del procedimento disciplinare è intervenuta nell'anno 2015, risultando pertanto decorso il termine quinquennale di prescrizione statuito dall'art. 51 del D.P.R. 221/1950.

Il carattere assorbente e dirimente del motivo di cui sopra esime la Commissione dal compito di disaminare le ulteriori ragioni di impugnativa e, in particolare, di entrare nel merito di valutazioni tecniche.

Per quanto sopra, con assorbimento di tutte le altre questioni, il ricorso va accolto, con conseguente annullamento della sanzione irrogata.

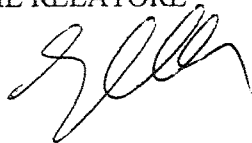
P. Q. M.

LA COMMISSIONE CENTRALE PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

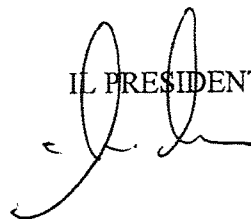
accoglie il ricorso per decorrenza del termine prescrizione e, per l'effetto, annulla l'irrogata sanzione.

Roma, li 7 luglio 2017

IL RELATORE



IL PRESIDENTE

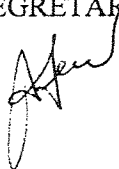


IL SEGRETARIO



Depositata in Segreteria il 28 NOV. 2017

IL SEGRETARIO



Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie

Decisione n. 77 anno 2017

RICORSO n. 11.322/2016

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, composta dai Signori:

Cons. Antonio Pasca	Presidente
Dott. Giuseppe Celotto	componente
Dott. Eugenio Corcioni	componente
Dott. Mauro Ucci	componente
Dott. Vito Gaudiano	componente
Dott. Cosimo Nume	componente
Dott. Cesare Ferrari	componente

con l'assistenza del Segretario, dott. Antonio Federici;

visti gli atti;

uditi gli Avv.ti Sandulli, Cimino e Bovina con il ricorrente e l'Avv. Santoli per l'Ordine, con il presidente dott. Pizza;

sentita la relazione del componente relatore, dott. Giuseppe Celotto;

ha pronunciato nell'adunanza del 7 luglio 2017 la seguente

DECISIONE

sul ricorso proposto dal dott. _____ domiciliato presso lo studio dell'Avv. Aldo Sandulli, in Roma, via Fulceri Paulucci de' Calboli 9, avverso la delibera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna del 18 marzo 2016, con la quale gli è stata irrogata la sanzione disciplinare della sospensione dall'esercizio della professione per mesi sei.



IN FATTO

In data 28 maggio 2015 la Sezione Regionale dello SNAMI segnalava a diversi Ordini provinciali dei Medici della Regione Emilia Romagna che alcune aziende sanitarie locali del territorio avrebbero consentito ai medici dell'emergenza sanitaria, sulla base di procedure operative formalizzate in appositi documenti, di delegare azioni di stretta pertinenza medica a personale non medico, nello specifico infermieristico.

Il riferimento era a delle linee guida per la gestione infermieristica del dolore toracico elaborate nel 2006 e fatte proprie dal Servizio Sanitario Regionale in quanto recepite dalla Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – Dipartimento Emergenza/Urgenza - prot. n. 152803 del 17.10.2007.

Il Sindacato esponente faceva presente che alla redazione del documento avevano partecipato diversi medici di ruolo del settore dell'emergenza territoriale, tra i quali il ricorrente, il quale aveva concorso anche alla loro applicazione.

Il 14 ottobre 2015 l'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, dopo aver proceduto alla audizione dell'interessato, apriva un procedimento disciplinare a carico dell'istante contestandogli la violazione di diverse disposizioni del Codice deontologico vigente al momento dei fatti (anno 2006); in particolare si trattava degli artt. 3, comma 3 e 4, 13, commi 1, 4 e 5, 14, comma 1, per essere intervenuto nella approvazione ed applicazione delle istruzioni in questione del Dipartimento UOC 118 Bologna.

Il procedimento era definito con la decisione della Commissione Medica nella seduta del 26 febbraio 2016, all'esito del quale veniva comminata al ricorrente la sanzione della sospensione dall'esercizio della professione come in atti.

Al riguardo la Commissione motivava la decisione ritenendo che nella fattispecie sarebbero stati elusi i limiti posti dai rispettivi codici deontologici e dalla legislazione per demarcare la linea di confine della autonomia delle professioni sanitarie.

Nello specifico riteneva che il codice di deontologia medica riservasse alla diretta responsabilità del medico la diagnosi, prescrizione e somministrazione farmacologica, funzioni queste non delegabili al personale infermieristico e che, comunque, avrebbero dovuto effettuarsi sotto il diretto controllo del medico.

Inoltre la Commissione valutava tali atti in contrasto con il dovere di garanzia della sicurezza delle procedure a tutela del paziente (soprattutto in relazione agli aspetti valutativi).

Pertanto, riteneva in tali condotte violate diverse disposizioni del codice deontologico del 2006 (vigente all'epoca dei fatti):



art. 13, comma 1, in materia di prescrizione e trattamento terapeutico (*“La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico”*);

art. 14, comma 1, in materia di sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico (*“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure”*).

Inoltre la fattispecie, a giudizio della Commissione, concretava la violazione di altre disposizioni, questa volta del Codice deontologico del 2014:

art. 3, comma 3 e 4, in materia di doveri e competenze del medico (*“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. Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice”*);

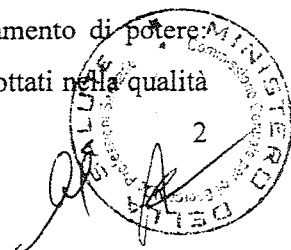
art. 13, commi 1, 4 e 5, in materia di prescrizione ai fini di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione (*“La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico (...). L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nell'averifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti. Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici”*);

art. 14, comma 1, in materia di prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure (*“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico...”*).

La decisione, adottata il 26 febbraio 2016, era comunicata il 28 giugno 2016.

Con il ricorso emarginato il ricorrente impugnava detto provvedimento per:

carezza assoluta di potestà disciplinare in capo all'Ordine. Usurpazione e sviamento di potere. L'Ordine difetterebbe di competenza a sanzionare la condotta trattandosi di atti adottati nella qualità



di dirigente pubblico della struttura sanitaria, al cui potere disciplinare già sarebbe sottoposto; inoltre, avrebbe omesso di impugnare innanzi il giudice amministrativo l'atto ritenuto in contrasto con il sistema legale delle riserve professionali;

prescrizione dell'azione disciplinare per essere stata esercitata in perenzione del quinquennio (i fatti risalirebbero al 2006 e non sarebbe postulabile nella specie la continuità della condotta);

violazione degli artt. 39 e 47 d.P.R. n. 221/1950. Nullità della decisione per omessa indicazione dei fatti addebitati: i fatti sarebbero stati allegati dall'Ordine in maniera del tutto generica ed in maniera tale da non consentire all'incolpato di enuclearne le circostanze;

violazione degli artt. 3, 13 e 14 CDM. Violazione dell'art. 1, l. n. 42/1999; dell'art. 1 l. n. 251/2000; dell'art. 32, prg. 7, Direttiva UE 36/2005; dell'art. 10 d.P.R. 27.3.1992 e dei relativi accordi esecutivi. Assoluto rispetto del sistema delle riserve professionali nel Protocollo sulla "Gestione infermieristica del dolore toracico", in quanto il Protocollo non sarebbe, come supposto dall'Ordine, finalizzato al contenimento dei costi, ma, per caratteristiche tecniche ed assenza di finalità di contenimento dei costi, non inciderebbe sulle riserve professionali mediche e risponderebbe alle riserve professionali infermieristiche in relazioni alle specifiche competenze in ambito di emergenza-urgenza:

carenza dell'elemento soggettivo. Manifesta sproporzione e incongruenza della sanzione: il ricorrente avrebbe agito nell'esclusivo interesse pubblico in assenza di dolo o colpa.

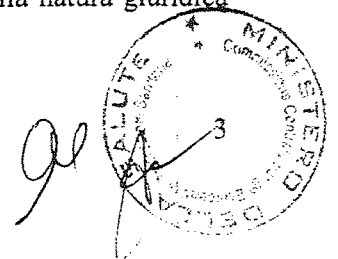
IN DIRITTO

In via pregiudiziale deve essere esaminata l'eccezione, sollevata dalla parte ricorrente, relativa alla carenza assoluta di potere disciplinare in capo all'Ordine dei Medici.

Sostiene la parte attorea che, mentre sul piano soggettivo la potestà disciplinare dell'Ordine può riguardare anche mancanze commesse nel servizio pubblico in esecuzione di un rapporto di lavoro, per quanto concerne il piano oggettivo la censurabilità della condotta in termini deontologici, non può estendersi a quanto riferibile in via esclusiva allo svolgimento delle funzioni dirigenziali nell'esercizio di poteri che attengono il rapporto di impiego con l'istituzione pubblica.

L'eccezione non è fondata.

A norma dell'art. 68 del Codice di deontologia il medico operante nelle strutture sanitarie pubbliche e private è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro.



L'iscrizione all'Albo professionale avviene sulla base di una volontaria adesione e l'appartenenza all'Ordine ne determina l'accettazione da parte dell'iscritto della disciplina e del conseguente esercizio del potere disciplinare (CCEPS 15/12/2014, n. 43).

È pacifica nella recente giurisprudenza della Commissione la competenza ordinistica ad esercitare la potestà disciplinare nei confronti dei sanitari con rapporto d'impiego, anche quando i fatti addebitati siano stati commessi in servizio e per fatto di servizio (*"Il medico che presta la propria opera in rapporto di impiego o di convenzione nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private è comunque soggetto, anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale, alla potestà disciplinare dell'Ordine sotto l'aspetto deontologico e del decoro della professione medica"*, CCEPS 27/10/2008, n. 78; conf. id 23/03/2015, n. 12).

Nello stesso senso si è pronunciata la Suprema Corte, secondo cui la competenza dell'Ordine professionale ad irrogare sanzioni disciplinari per comportamenti contrari alla deontologia medica non viene meno nei confronti del professionista che, regolarmente iscritto all'albo, sia contemporaneamente dipendente della p.a. (*"Il potere disciplinare spettante al Consiglio dell'Ordine nei confronti del professionista ... non si riferisce solo alla professione espletata secondo un modello organizzativo autonomo ... con la conseguenza che, nei confronti degli iscritti che siano pubblici dipendenti, detto potere può essere legittimamente esercitato anche con riguardo a violazioni di norme deontologiche inerenti l'esercizio di attività legata allo status del professionista e svolta nell'ambito del rapporto di lavoro..."* Cass. civ., sez. III, 31-05-2006, n. 13004; conf. Cass. civ., sez. III, 18-05-2000, n. 6469).

Nella specie, ritenuta la neutralità della natura autonoma o subordinata del rapporto in virtù del quale il medico ha operato (ovvero, della qualifica dell'incolpato come prestatore d'opera professionale in regime di autonomia, subordinazione o parasubordinazione), essendo incontestata tra le parti l'iscrizione dell'istante all'albo di appartenenza, ricorre la condizione che consente al corrispondente Ordine professionale di esercitare il potere disciplinare (CCEPS 15/12/2014, n. 43).

Agli Ordini professionali sono attribuiti poteri finalizzati ad assicurare la conformità delle condotte degli iscritti a norme e principi per il corretto svolgimento delle professioni sanitarie posti nell'interesse pubblico.

Agli Ordini, in particolare, è riconosciuta la prerogativa di giudicare sulla legittimità delle condotte dei propri iscritti e certamente non può essere trascurato il profilo relativo al ruolo consultivo attribuito agli Ordini professionali nelle materie afferenti alla categoria di riferimento e nelle scelte che coinvolgano i rispettivi interessi.



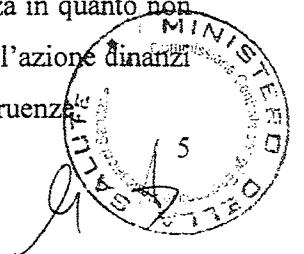
Se, per un verso, sotto il profilo dianzi considerato, va riconosciuta la potestà disciplinare dell'Ordine competente, d'altro canto va tenuto conto della natura dell'atto dal quale l'infrazione disciplinare contestata ha tratto origine, al fine di non sottovalutare che gli addebiti mossi a carico del ricorrente, in effetti, riguardano la definizione di un atto di organizzazione della Azienda sanitaria, la quale lo ha reso operativo con il provvedimento n. 152803 del 17.10.2007.

Che l'infrazione contestata al sanitario sia riconducibile tanto alla condotta in sé del ricorrente, quanto alla determinazione aziendale, emerge dallo stesso provvedimento sanzionatorio, il quale, nel perimetrare la vicenda (in particolare laddove asserisce che si tratterebbe della creazione di un assetto organizzativo per l'erogazione del servizio di emergenza-urgenza risultante da un fattore programmato), imputa appunto anche all'atto della Azienda sanitaria il dedotto effetto elusivo della normativa, in quanto, con le disposizioni censurate, avrebbe alterato l'equilibrio ed il coordinamento esistente tra le fonti (normativa e deontologica).

È tuttavia pacifico che il rimedio giurisdizionale avverso il provvedimento amministrativo adottato dalla ASL non risulta configurabile in termini di pregiudizialità rispetto all'iniziativa disciplinare intrapresa dall'Ordine, ponendosi tale impugnativa come facoltativa e non obbligatoria.

Del resto, i due procedimenti sono tra loro strutturalmente e teleologicamente indipendenti – caratteristica, questa, che influisce sull'autonomia anche dei rispettivi provvedimenti da essi scaturenti – in quanto trovano fondamento su due *ratio* sostanzialmente diverse: l'una, quella del procedimento amministrativo, mirante a garantire il soggetto titolare di un interesse protetto avverso atti e comportamenti *contra jus* rispettivamente illegittimi o illeciti posti in essere dalla pubblica amministrazione; l'altra, inerente al procedimento disciplinare, che tutela il prestigio e il decoro di una categoria di professionisti attraverso una serie di regole deontologiche, fondate piuttosto su principi di correttezza e irreprensibilità della condotta dei relativi componenti. Giova altresì evidenziare che il giudizio amministrativo e il relativo esito non costituiscono un antecedente logico-giuridico necessario della decisione dell'organo disciplinare, essendo differenti il presupposto (violazione di regole professionali e deontologiche da parte dell'iscritto, anziché violazione di diritti soggettivi e interessi legittimi ovvero di disposizioni legislative da parte dell'Amministrazione) e l'interesse tutelato.

Se non può essere trascurata la circostanza in base alla quale, nel caso in esame, il pregiudizio lamentato dall'Ordine deriva non soltanto dalla condotta del ricorrente, ma dall'atto della Azienda sanitaria nel quale le risultanze dell'apporto del ricorrente sono state trasfuse, rileva anche che del provvedimento amministrativo risulta, allo stato degli atti, la legittimità e la vigenza in quanto non contestato, essendo rimasto l'Ordine inerte a fronte della possibilità di promuovere l'azione dinanzi all'Autorità Giurisdizionale Amministrativa, in considerazione delle asserite incongruenze



Poiché non costa agli atti del presente giudizio che l'Ordine, legittimato alla impugnativa in quanto ente esponenziale degli interessi della categoria (cfr., ex plurimis, C. Stato, sez. V, 01-07-2002, n. 3586, T.a.r. Lazio, sez. III, 17-11-2015, n. 13020; App. Milano, 05-05-2004), abbia provveduto a far valere in sede giurisdizionale, o in altra sede competente, la ritenuta invalidità del provvedimento, allo stato, l'atto n. 152803/2007, sorretto dalla presunzione di validità e legittimità, dispiega tutti i suoi effetti.

La Commissione rileva che i protocolli operativi e le linee guida per gli interventi di emergenza ed urgenza (cd. servizio 118) sono adottati sulla base dei criteri stabili dalla Regione (C. Stato, sez. III, 21-10-2013, n. 5099), nonché sulla base del Piano Sanitario Regionale, adottato tuttavia non già con Legge Regionale, bensì con mera Delibera di Giunta Regionale.

Le determinazioni della ASL relative ai protocolli operativi di cui trattasi, pur trovando supporto nell'atto deliberativo regionale, si pongono in contrasto con il codice deontologico, la cui natura giuridica può assimilarsi alla tipologia degli atti di *soft law*, consistendo nel recepimento e nella cristallizzazione di criteri comportamentali e di protocolli terapeutici consolidati ed assistiti dall'*opinio juris seu necessitatis*, nonché dalla adesione al sodalizio professionale con implicita accettazione delle funzioni e dei poteri di vigilanza e di controllo sull'esercizio dell'attività dell'iscritto.

Come già rilevato, il rapporto di impiego e l'esercizio dell'attività professionale coesistono in posizione parallela, nel senso che il vincolo della subordinazione derivante dal rapporto di pubblico impiego non esclude, ma anzi presuppone, la continuità della prestazione professionale soggetta ai vincoli di natura deontologica e alla vigilanza dell'Ordine professionale di appartenenza.

Premesso tutto quanto sopra, rileva tuttavia la Commissione che risulta fondata la dedotta eccezione di prescrizione del potere disciplinare.

Ed invero, in punto di tempestività dell'azione disciplinare, questa Commissione osserva che, dalle risultanze in atti, la decorrenza del termine di prescrizione è intervenuta in un momento antecedente al promovimento dell'azione disciplinare. La condotta attribuita all'incolpato, oggetto di contestazione, consistendo nella fattiva partecipazione all'elaborazione delle linee guida e ai protocolli operativi per gli interventi di emergenza ed urgenza, si inquadra agevolmente nella fattispecie dell'atto istantaneo con effetti permanenti.

Le due istruzioni operative sulla "gestione infermieristica del dolore toracico" e sulla "gestione infermieristica dei pazienti con intossicazione acuta da oppiacei" sono state approvate nell'anno 2007 e divulgate nell'anno 2008 – recependo, peraltro, indicazioni già operative sin dal 2003



L'apertura del procedimento disciplinare è intervenuta nell'anno 2015, risultando pertanto decorso il termine quinquennale di prescrizione statuito dall'art. 51 del D.P.R. 221/1950.

Il carattere assorbente e dirimente del motivo di cui sopra esime la Commissione dal compito di disaminare le ulteriori ragioni di impugnativa e, in particolare, di entrare nel merito di valutazioni tecniche.

Per quanto sopra, con assorbimento di tutte le altre questioni, il ricorso va accolto, con conseguente annullamento della sanzione irrogata.

P. Q. M.

LA COMMISSIONE CENTRALE PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

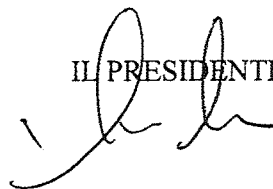
accoglie il ricorso per decorrenza del termine prescrizionale e, per l'effetto, annulla l'irrogata sanzione.

Roma, li 7 luglio 2017

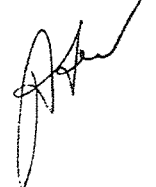
IL RELATORE



IL PRESIDENTE

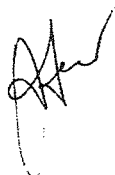


IL SEGRETARIO



Depositata in Segreteria il **28 NOV. 2017**

IL SEGRETARIO



Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie

Decisione n. 80 anno 2017

RICORSO n. 11.330/2016

IN NOME DEL POPOLO ITALIANO

La Commissione Centrale per gli Esercenti le Professioni Sanitarie, composta dai Signori:

Cons. Antonio Pasca	Presidente
Dott. Giuseppe Celotto	componente
Dott. Eugenio Corcioni	componente
Dott. Mauro Ucci	componente
Dott. Vito Gaudiano	componente
Dott. Cosimo Nume	componente
Dott. Cesare Ferrari	componente

con l'assistenza del Segretario, dott. Antonio Federici;

visti gli atti;

uditi gli Avv.ti Sandulli, Cimino e Bovina con il ricorrente e l'Avv. Santoli per l'Ordine, con il presidente dott. Pizza;

sentita la relazione del componente relatore, dott. Giuseppe Celotto;

ha pronunciato nell'adunanza del 7 luglio 2017 la seguente

DECISIONE

sul ricorso proposto dal dott. [redacted], domiciliato presso lo studio dell'Avv. Mauro Masiello, in Brindisi, via Amena 12, avverso la delibera dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Bologna del 19 febbraio 2016, con la quale è stata irrogata la sanzione disciplinare della sospensione dall'esercizio della professione per mesi tre.



IN FATTO

In data 28 maggio 2015 la Sezione Regionale dello SNAMI segnalava a diversi Ordini provinciali dei Medici della Regione Emilia Romagna che alcune aziende sanitarie locali del territorio avrebbero consentito ai medici dell'emergenza sanitaria, sulla base di procedure operative formalizzate in appositi documenti, di delegare azioni di stretta pertinenza medica a personale non medico, nello specifico infermieristico.

Il riferimento era a delle linee guida per la gestione infermieristica del dolore toracico elaborate nel 2006 e fatte proprie dal Servizio Sanitario Regionale in quanto recepite dalla Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna – Dipartimento Emergenza/Urgenza - prot. n. 152803 del 17.10.2007, alla cui revisione di cui al provvedimento UOC 118 Dipartimento Emergenza ed Urgenza I.O. n. 26 del 02/01/2015 il dott. [redacted] aveva partecipato.

Il Sindacato esponente faceva presente che alla redazione, prima, e revisione, dopo, del documento avevano partecipato diversi medici di ruolo del settore dell'emergenza territoriale, tra i quali il ricorrente, il quale aveva concorso anche alla loro applicazione.

L'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna, dopo aver proceduto alla audizione dell'interessato, apriva un procedimento disciplinare a carico dell'istante contestandogli la violazione di diverse disposizioni del Codice deontologico; in particolare si trattava degli artt. 3, comma 3 e 4, 13, comma 1, 4 e 5, 14, comma 1, per essere intervenuto nella approvazione ed applicazione delle istruzioni in questione del Dipartimento UOC 118 Bologna.

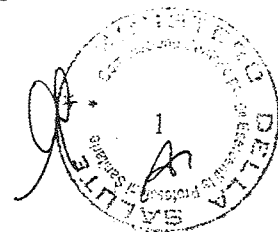
Il procedimento era definito con la decisione indicata in premessa con la quale veniva comminata al ricorrente la sanzione della sospensione dall'esercizio della professione per mesi tre.

Al riguardo la Commissione motivava la decisione ritenendo che nella fattispecie sarebbero stati elusi i limiti posti dai rispettivi codici deontologici e dalla legislazione per demarcare la linea di confine della autonomia delle professioni sanitarie.

Nello specifico riteneva che il codice di deontologia medica riservasse alla diretta responsabilità del medico la diagnosi, prescrizione e somministrazione farmacologica, funzioni queste non delegabili al personale infermieristico e che, comunque, avrebbero dovuto effettuarsi sotto il diretto controllo del medico.

Inoltre la Commissione valutava tali atti in contrasto con il dovere di garanzia della sicurezza delle procedure a tutela del paziente, soprattutto in relazione agli aspetti valutativi.

Pertanto, riteneva in tali condotte violate diverse disposizioni del codice deontologico del 2006 vigente all'epoca dei fatti:



art. 13, comma 1, in materia di prescrizione e trattamento terapeutico (“La prescrizione di un accertamento diagnostico e/o di una terapia impegna la diretta responsabilità professionale ed etica del medico e non può che far seguito a una diagnosi circostanziata o, quantomeno, a un fondato sospetto diagnostico”);

art. 14, comma 1, in materia di sicurezza del paziente e prevenzione del rischio clinico (“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e contribuire all'adeguamento dell'organizzazione sanitaria, alla prevenzione e gestione del rischio clinico anche attraverso la rilevazione, segnalazione e valutazione degli errori al fine del miglioramento della qualità delle cure”).

Inoltre la fattispecie, a giudizio della Commissione, concretava la violazione di altre disposizioni, questa volta del Codice deontologico del 2014:

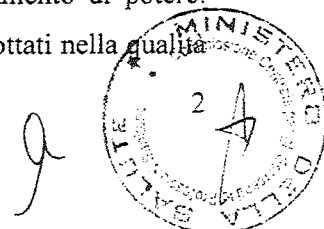
art. 3, comma 3 e 4, in materia di doveri e competenze del medico (“La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità. Tali attività, legittimate dall'abilitazione dello Stato e dall'iscrizione agli Ordini professionali nei rispettivi Albi, sono altresì definite dal Codice”);

art. 13, commi 1, 4 e 5, in materia di prescrizione ai fini di prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione (“La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico, impegna la sua autonomia e responsabilità e deve far seguito a una diagnosi circostanziata o a un fondato sospetto diagnostico... L'adozione di protocolli diagnostico-terapeutici o di percorsi clinico-assistenziali impegna la diretta responsabilità del medico nella verifica della tollerabilità e dell'efficacia sui soggetti coinvolti. Il medico è tenuto a un'adeguata conoscenza della natura e degli effetti dei farmaci prescritti, delle loro indicazioni, controindicazioni, interazioni e reazioni individuali prevedibili e delle modalità di impiego appropriato, efficace e sicuro dei mezzi diagnostico-terapeutici”);

art. 14, comma 1, in materia di prevenzione e gestione di eventi avversi e sicurezza delle cure (“Il medico opera al fine di garantire le più idonee condizioni di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti, promuovendo a tale scopo l'adeguamento dell'organizzazione delle attività e dei comportamenti professionali e contribuendo alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico...”).

Con il ricorso emarginato il ricorrente impugnava detto provvedimento per:

carezza assoluta di potestà disciplinare in capo all'Ordine. Usurpazione e sviamento di potere: l'Ordine difetterebbe di competenza a sanzionare la condotta trattandosi di atti adottati nella qualità



di dirigente pubblico della struttura sanitaria, al cui potere disciplinare già sarebbe sottoposto; in più avrebbe omesso di impugnare innanzi il giudice amministrativo l'atto ritenuto in contrasto con il sistema legale delle riserve professionali;

prescrizione dell'azione disciplinare per essere stata esercitata in perenzione del quinquennio: i fatti risalirebbero al 2006 e non sarebbe postulabile nella specie la continuità della condotta;

violazione degli artt. 39 e 47 d.P.R. n. 221/1950. Nullità della decisione per omessa indicazione dei fatti addebitati: i fatti sarebbero stati allegati dall'Ordine in maniera del tutto generica ed in maniera tale da non consentire all'incolpato di enuclearne le circostanze;

violazione degli artt. 3, 13 e 14 CDM. Violazione dell'art. 1, l. n. 42/1999; dell'art. 1 l. n. 251/2000; dell'art. 32, prg. 7, Direttiva UE 36/2005; dell'art. 10 d.P.R. 27.3.1992 e dei relativi accordi esecutivi. Assoluto rispetto del sistema delle riserve professionali nel Protocollo sulla "Gestione infermieristica del dolore toracico", in quanto il Protocollo non sarebbe, come supposto dall'Ordine, finalizzato al contenimento dei costi, ma, per caratteristiche tecniche ed assenza di finalità di contenimento dei costi, non inciderebbe sulle riserve professionali mediche e risponderebbe alle riserve professionali infermieristiche in relazioni alle specifiche competenze in ambito di emergenza-urgenza;

carenza dell'elemento soggettivo. Manifesta sproporzione e incongruenza della sanzione poiché il ricorrente avrebbe agito nell'esclusivo interesse pubblico in assenza di dolo o colpa.

IN DIRITTO

In via pregiudiziale deve essere esaminata l'eccezione, sollevata dalla parte ricorrente, relativa alla carenza assoluta di potere disciplinare in capo all'Ordine dei Medici.

Sostiene la parte attorea che, mentre sul piano soggettivo la potestà disciplinare dell'Ordine può riguardare anche mancanze commesse nel servizio pubblico in esecuzione di un rapporto di lavoro, per quanto concerne il piano oggettivo la censurabilità della condotta in termini deontologici, non può estendersi a quanto riferibile in via esclusiva allo svolgimento delle funzioni dirigenziali nell'esercizio di poteri che attengono il rapporto di impiego con l'istituzione pubblica.

L'eccezione non è fondata.

A norma dell'art. 68 del Codice di deontologia il medico operante nelle strutture sanitarie pubbliche e private è soggetto alla potestà disciplinare dell'Ordine indipendentemente dalla natura giuridica del rapporto di lavoro.

9



L'iscrizione all'Albo professionale avviene sulla base di una volontaria adesione e l'appartenenza all'Ordine ne determina l'accettazione da parte dell'iscritto della disciplina e del conseguente esercizio del potere disciplinare (CCEPS 15/12/2014, n. 43).

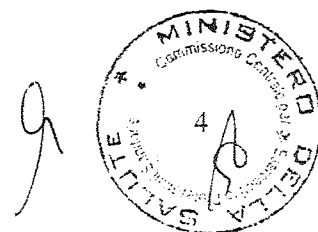
È pacifica nella recente giurisprudenza della Commissione la competenza ordinistica ad esercitare la potestà disciplinare nei confronti dei sanitari con rapporto d'impiego, anche quando i fatti addebitati siano stati commessi in servizio e per fatto di servizio (*"Il medico che presta la propria opera in rapporto di impiego o di convenzione nell'ambito di strutture sanitarie pubbliche o private è comunque soggetto, anche in adempimento degli obblighi connessi al rapporto di impiego o convenzionale, alla potestà disciplinare dell'Ordine sotto l'aspetto deontologico e del decoro della professione medica"*, CCEPS 27/10/2008, n. 78; conf. id 23/03/2015, n. 12).

Nello stesso senso si è pronunciata la Suprema Corte, secondo cui la competenza dell'Ordine professionale ad irrogare sanzioni disciplinari per comportamenti contrari alla deontologia medica non viene meno nei confronti del professionista che, regolarmente iscritto all'albo, sia contemporaneamente dipendente della p.a. (*"Il potere disciplinare spettante al Consiglio dell'Ordine nei confronti del professionista ... non si riferisce solo alla professione espletata secondo un modello organizzativo autonomo ... con la conseguenza che, nei confronti degli iscritti che siano pubblici dipendenti, detto potere può essere legittimamente esercitato anche con riguardo a violazioni di norme deontologiche inerenti l'esercizio di attività legata allo status del professionista e svolta nell'ambito del rapporto di lavoro..."* Cass. civ., sez. III, 31-05-2006, n. 13004; conf. Cass. civ., sez. III, 18-05-2000, n. 6469).

Nella specie, ritenuta la neutralità della natura autonoma o subordinata del rapporto in virtù del quale il medico ha operato (ovvero, della qualifica dell'incolpato come prestatore d'opera professionale in regime di autonomia, subordinazione o parasubordinazione), essendo incontestata tra le parti l'iscrizione dell'istante all'albo di appartenenza, ricorre la condizione che consente al corrispondente Ordine professionale di esercitare il potere disciplinare (CCEPS 15/12/2014, n. 43).

Agli Ordini professionali sono attribuiti poteri finalizzati ad assicurare la conformità delle condotte degli iscritti a norme e principi per il corretto svolgimento delle professioni sanitarie posti nell'interesse pubblico.

Agli Ordini, in particolare, è riconosciuta la prerogativa di giudicare sulla legittimità delle condotte dei propri iscritti e certamente non può essere trascurato il profilo relativo al ruolo consultivo attribuito agli Ordini professionali nelle materie afferenti alla categoria di riferimento e nelle scelte che coinvolgano i rispettivi interessi.



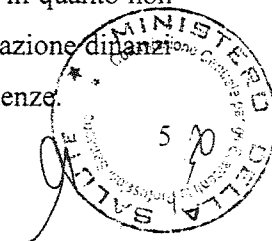
Se, per un verso, sotto il profilo dianzi considerato, va riconosciuta la potestà disciplinare dell'Ordine competente, d'altro canto va tenuto conto della natura dell'atto dal quale l'infrazione disciplinare contestata ha tratto origine, al fine di non sottovalutare che gli addebiti mossi a carico del ricorrente, in effetti, riguardano la definizione di un atto di organizzazione della Azienda sanitaria, la quale lo ha reso operativo con il provvedimento n. 152803 del 17.10.2007.

Che l'infrazione contestata al sanitario sia riconducibile tanto alla condotta in sé del ricorrente, quanto alla determinazione aziendale, emerge dallo stesso provvedimento sanzionatorio, il quale, nel perimetrare la vicenda (in particolare laddove asserisce che si tratterebbe della creazione di un assetto organizzativo per l'erogazione del servizio di emergenza-urgenza risultante da un fattore programmato), imputa appunto anche all'atto della Azienda sanitaria il dedotto effetto elusivo della normativa, in quanto, con le disposizioni censurate, avrebbe alterato l'equilibrio ed il coordinamento esistente tra le fonti (normativa e deontologica).

È tuttavia pacifico che il rimedio giurisdizionale avverso il provvedimento amministrativo adottato dalla ASL non risulta configurabile in termini di pregiudizialità rispetto all'iniziativa disciplinare intrapresa dall'Ordine, ponendosi tale impugnativa come facoltativa e non obbligatoria.

Del resto, i due procedimenti sono tra loro strutturalmente e teleologicamente indipendenti – caratteristica, questa, che influisce sull'autonomia anche dei rispettivi provvedimenti da essi scaturenti – in quanto trovano fondamento su due *ratio* sostanzialmente diverse: l'una, quella del procedimento amministrativo, mirante a garantire il soggetto titolare di un interesse protetto avverso atti e comportamenti *contra jus* rispettivamente illegittimi o illeciti posti in essere dalla pubblica amministrazione; l'altra, inerente al procedimento disciplinare, che tutela il prestigio e il decoro di una categoria di professionisti attraverso una serie di regole deontologiche, fondate piuttosto su principi di correttezza e irreprensibilità della condotta dei relativi componenti. Giova altresì evidenziare che il giudizio amministrativo e il relativo esito non costituiscono un antecedente logico-giuridico necessario della decisione dell'organo disciplinare, essendo differenti il presupposto (violazione di regole professionali e deontologiche da parte dell'iscritto, anziché violazione di diritti soggettivi e interessi legittimi ovvero di disposizioni legislative da parte dell'Amministrazione) e l'interesse tutelato.

Se non può essere trascurata la circostanza in base alla quale, nel caso in esame, il pregiudizio lamentato dall'Ordine deriva non soltanto dalla condotta del ricorrente, ma dall'atto della Azienda sanitaria nel quale le risultanze dell'apporto del ricorrente sono state trasfuse, rileva anche che del provvedimento amministrativo risulta, allo stato degli atti, la legittimità e la vigenza in quanto non contestato, essendo rimasto l'Ordine inerte a fronte della possibilità di promuovere l'azione dinanzi all'Autorità Giurisdizionale Amministrativa, in considerazione delle asserite incongruenze.



Poiché non costa agli atti del presente giudizio che l'Ordine, legittimato alla impugnativa in quanto ente esponenziale degli interessi della categoria (cfr., ex plurimus, C. Stato, sez. V, 01-07-2002, n. 3586, T.a.r. Lazio, sez. III, 17-11-2015, n. 13020; App. Milano, 05-05-2004), abbia provveduto a far valere in sede giurisdizionale, o in altra sede competente, la ritenuta invalidità del provvedimento, allo stato, l'atto n. 152803/2007, sorretto dalla presunzione di validità e legittimità, dispiega tutti i suoi effetti.

La Commissione rileva che i protocolli operativi e le linee guida per gli interventi di emergenza ed urgenza (cd. servizio 118) sono adottati sulla base dei criteri stabili dalla Regione (C. Stato, sez. III, 21-10-2013, n. 5099), nonché sulla base del Piano Sanitario Regionale, adottato tuttavia non già con Legge Regionale, bensì con mera Delibera di Giunta Regionale.

Le determinazioni della ASL relative ai protocolli operativi di cui trattasi, pur trovando supporto nell'atto deliberativo regionale, si pongono in contrasto con il codice deontologico, la cui natura giuridica può assimilarsi alla tipologia degli atti di *soft law*, consistendo nel recepimento e nella cristallizzazione di criteri comportamentali e di protocolli terapeutici consolidati ed assistiti dall'*opinio juris seu necessitatis*, nonché dalla adesione al sodalizio professionale con implicita accettazione delle funzioni e dei poteri di vigilanza e di controllo sull'esercizio dell'attività dell'iscritto.

Come già rilevato, il rapporto di impiego e l'esercizio dell'attività professionale coesistono in posizione parallela, nel senso che il vincolo della subordinazione derivante dal rapporto di pubblico impiego non esclude, ma anzi presuppone, la continuità della prestazione professionale soggetta ai vincoli di natura deontologica e alla vigilanza dell'Ordine professionale di appartenenza.

Premesso tutto quanto sopra, rileva la Commissione che nel caso di specie risulta infondata anche la dedotta eccezione di prescrizione del potere disciplinare.

Ed invero, in punto di tempestività dell'azione disciplinare, questa Commissione osserva che, dalle risultanze in atti, risulta rispettato il termine quinquennale di prescrizione statuito dall'art. 51 del D.P.R. 221/1950, atteso che nella specie, la condotta oggetto di contestazione è stata posta in essere nell'anno 2015.

La condotta attribuita all'incolpato, oggetto di contestazione, consistendo nella fattiva partecipazione alla revisione delle linee guida e ai protocolli operativi per gli interventi di emergenza ed urgenza, si inquadra agevolmente nella fattispecie dell'atto istantaneo con effetti permanenti.

Non ricorre, pertanto, l'ipotesi di prescrizione del potere disciplinare, che risulta esercitato tempestivamente.



Rileva, tuttavia, la Commissione che la condotta posta in essere dal dott. [redacted] pur se in violazione delle regole fissate nel Codice deontologico, appare caratterizzata da una particolare tenuità, trattandosi di contributo alla mera revisione di Linee guida e protocolli già in essere da un quinquennio.

Per quanto sopra, il ricorso va accolto in parte sotto tale profilo, con conseguente riduzione della sanzione irrogata, la quale deve essere contenuta nella sanzione dell'avvertimento.

P. Q. M.

LA COMMISSIONE CENTRALE PER GLI ESERCENTI LE PROFESSIONI SANITARIE

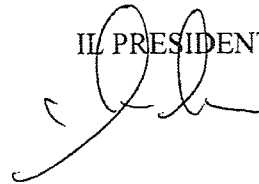
accoglie in parte il ricorso e, per l'effetto, riduce la pena inflitta all'avvertimento.

Roma, li 7 luglio 2017

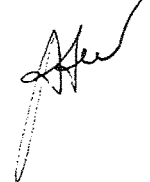
IL RELATORE



IL PRESIDENTE



IL SEGRETARIO



Depositata in Segreteria il

28 NOV. 2017

IL SEGRETARIO

