

Al Responsabile del Servizio
Assistenza Ospedaliera
Maria Teresa Montella
Direzione Generale Sanità e
Politiche Sociali e per
l'Integrazione
Regione Emilia-Romagna

In riferimento alla nota PG 0878167 del 17 dicembre u.s, pervenuta via e-mail in pari data, in merito ai quesiti posti e sulla scorta della normativa vigente, si rappresenta quanto segue.

I quesiti proposti sulla base delle premesse riportate nella nota sopra citata, premesse peraltro supportate anche da recenti documenti interdisciplinari diffusi come "policy statement" dalle due principali Società scientifiche italiane dell'area dell'emergenza-urgenza (SIMEU e IRC), vertono su quanto siano aderenti all'attuale normativa le procedure in essere nel sistema 118 della Regione Emilia-Romagna, nonché le procedure del sistema di emergenza complessivamente inteso, che prevedano da parte di personale infermieristico il trattamento con farmaci o con manovre di emergenza nelle situazioni di cui sopra, e che tengano conto di:

- sostenibilità del sistema, inteso come numerosità degli eventi attesi e della conseguente possibilità delle diverse figure dedicate ai trattamenti *advanced* di mantenere le competenze acquisite;
- specifici percorsi formativi accreditati del personale infermieristico;
- addestramento continuativo, anche tramite ricorso a tecniche di simulazione avanzata;
- audit periodico sui casi clinici e su problematiche specifiche;
- disponibilità di continuo contatto con i medici di riferimento, del sistema 118 o delle articolazioni organizzative ospedaliere di riferimento/appartenenza;
- omogeneità dei contenuti e degli aspetti formali (approvazione dei diversi livelli) su tutto il territorio regionale;
- approvazione del direttore della CO 118 e del direttore della emergenza territoriale oltre che del Direttore Sanitario aziendale.

L'integrazione e interazione professionale si basa anche sulla gestione unitaria della documentazione, sulla valutazione dell'impatto economico delle decisioni, sulla definizione delle responsabilità, nonché sulla predisposizione di percorsi assistenziali appropriati per tipologie di intervento. Questo è un notevole cambiamento culturale ed istituzionale che si è reso necessario, vale a dire la capacità d'integrarsi e d'interagire, l'essere in grado di lavorare efficacemente con gli altri per garantire prestazioni sicure, appropriate e di qualità elevata, con una visione d'insieme ispirata e motivata dalla *safety and clinical governance aziendale*, dove il termine "clinical", di origine anglosassone, identifica tutte le professioni sanitarie e non solo quella medica.

È ormai consolidato da tempo anche in giurisprudenza che la posizione di garanzia, che consiste nella situazione tipica della titolarità di un obbligo penalmente rilevante alla stregua dell'art. 40 c.p. "*non impedire un evento che si ha l'obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo*", non è propria solo del medico, ma attiene a tutti i professionisti della

salute¹, perché tale obbligo ricade su ogni persona a cui l'ordinamento abbia posto in capo il dovere d'impedire eventi lesivi a carico di beni altrui, a causa dell'incapacità dei rispettivi titolari di proteggerli autonomamente. In virtù di tale dovere, il c.d. garante può essere chiamato a rispondere della lesione di detti beni, ove la stessa sia conseguita al mancato esercizio, da parte sua, di una condotta idonea ad impedirla.

Il lavoro in équipe rappresenta quanto attualmente il SSN ed i SSR richiedono, perché è la *medicina moderna* che lo impone e sono i nuovi contesti organizzativi che, per essere in grado di erogare prestazioni sempre più complesse e di alta specializzazione ai cittadini, devono necessariamente fondare l'assistenza su *team* interprofessionali e, spesso, anche interdisciplinari.

L'infermiere, lungi dall'essere anche ai sensi delle previsioni codicistiche un mero "produttore" di attività esecutive impartitegli, essendo ormai da tempo affermato il concetto di "autonoma" capacità/facoltà decisionale sul cosa si ritiene (autocoscienza dei limiti delle proprie competenze) *di dovere e saper fare* in sicurezza per la tutela della salute del paziente, è altresì concepito come un professionista che agisce all'interno del gruppo di lavoro, detentore di un'*autonomia nella partecipazione*.²

Allo scopo, si ritiene opportuno richiamare brevemente il regime normativo che ordina la professione infermieristica, che trova fonte:

1) nell'art. 1 della legge n. 42/1999 che, al comma 2, recita: "*Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali*".

Ai sensi dell'art. 1, la disciplina della professione infermieristica è, pertanto, integrata:

- a) dalle disposizioni di cui al D.M. 14 settembre 1994, n. 739, che ha dato attuazione al sopra citato art. 1;
- b) dall'ordinamento didattico dei corsi di laurea della professione e dei corsi di formazione post-base;
- c) dalle disposizioni del Codice deontologico emanato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI;

2) e nell'art. 1 della legge n. 251/2000 che così recita: "*1. Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle*

¹ "...Gli operatori medici o paramedici di una struttura sanitaria sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti affidati, a diversi livelli, alle loro cure o attenzioni e in particolare sono portatori di una posizione di garanzia che va sotto il nome di "*posizione di protezione*" la quale è contrassegnata dal dovere giuridico, incombente al soggetto, di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsivoglia pericolo atto a minacciarne l'integrità. Le cosiddette posizioni di garanzia, che sono inequivoche espressioni di solidarietà, hanno oggi un indubbio retroterra, un innegabile punto di riferimento in quella norma - art. 2 della Carta Costituzionale - che, ispirandosi al principio personalistico o del rispetto della persona umana nella sua totalità esige, nel riconoscere i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo sia nelle formazioni sociali in cui si svolge la sua personalità, l'adempimento dei doveri di solidarietà politica, economica e sociale..." (Cassazione Penale, sentenza 9638/2000; Cassazione IV Penale sentenza 11/3/2005, n. 9739; Cassazione Sez. IV Penale sentenza 20/6/2011, n. 24573).

² "...Nell'attività medico-chirurgica, in tema di colpa professionale, qualora ricorra l'ipotesi di cooperazione multidisciplinare, anche se svolta non contestualmente, ogni sanitario, oltre che al rispetto dei canoni di diligenza e prudenza connessi alle specifiche mansioni svolte, è tenuto ad osservare gli obblighi ad ognuno derivanti dalla convergenza di tutte le attività verso il fine comune ed unico, ovvero la tutela della salute e della sicurezza di pazienti e operatori. Ne consegue che ogni sanitario non può esimersi dal conoscere e valutare l'attività precedente o contestuale svolta da un altro collega, sia pure con diverso ruolo professionale e/o specialista in altra disciplina, e dal controllarne la correttezza, ponendo rimedio, se del caso, ad errori altrui che *siano evidenti e non settoriali*, rilevabili ed emendabili con l'ausilio delle comuni conoscenze scientifiche del professionista medio..." (Cassazione Penale, Sezione IV, Sent. n. 43958 del 17/11/2009).

norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza. 2. Lo Stato e le regioni promuovono, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea. 3. Il Ministero della sanità, previo parere della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, emana linee guida per: a) l'attribuzione in tutte le aziende sanitarie della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni; b) la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata”.

Alla luce della normativa vigente, pertanto, emerge chiaramente che:

- a) la professione infermieristica è autonoma (ex art. 1, L. 42/1999 ed ex art. 1, primo comma, L. 251/2000), essendo stata abrogata la definizione di “*professione sanitaria ausiliaria*” ex art. 1, primo comma;
- b) l'oggetto della professione è costituito dalle “*attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva*” (art. 1, primo comma, L. 251/2000);
- c) le funzioni proprie della professione sono definite “*dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza*” (art. 1, primo comma, L. 251/2000);
- d) ulteriori funzioni possono essere stabilite dallo Stato e dalle Regioni “*nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative*”.

È di tutta evidenza come i criteri per la determinazione delle competenze proprie della professione infermieristica siano sostanzialmente individuati:

- a) nel criterio guida - introdotto dall'art. 1, primo comma, L. 251/2000 - che stabilisce lo svolgimento delle “*attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva*”;
- b) nei criteri-limite - previsti dall'art. 1, L. 42/1999 e dall'art. 1, primo comma, L. 251/2000 - costituiti dai profili professionali, dall'ordinamento universitario e formativo post-base e dai codici deontologici delle professioni sanitarie.

Va sottolineato che i criteri di cui alla lettera b) configurano rinvii mobili, privi di contenuto proprio, ma destinati a recepire quanto già contemplato o in futuro stabilito dalle disposizioni, normative ed amministrative, preordinate a definire i profili professionali, gli ordinamenti universitari e formativi, nonché le regole deontologiche.

Tale ultima notazione merita un'attenta considerazione in quanto consente di apprezzare la portata della previsione di cui all'art. 1, secondo comma, L. 251/2000, là dove attribuisce espressamente allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere, nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione ed amministrative, “*la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute, al processo di aziendalizzazione nel Servizio sanitario nazionale, all'integrazione dell'organizzazione del lavoro della sanità in Italia con quelle degli altri Stati dell'Unione europea*”.

In altri termini, dal quadro normativo passato brevemente in rassegna emerge come la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo infermieristici ad opera dell'attività, legislativa ed amministrativa, dello Stato e delle Regioni deve essere realizzata nel rispetto della competenza propria della professione, che s'identifica con le “*attività dirette*”

alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva" (art. 1, primo comma, L. 251/2000) e dell'evoluzione dei percorsi definiti dalle Istituzioni universitarie e formative per la professione infermieristica.

Per quanto attiene al rapporto con le competenze della professione medica, l'analisi della disciplina normativa appena richiamata mostra come la relazione tra le competenze proprie della professione medica e quelle della professione infermieristica tragga origine nella previsione dell'art. 1 della legge n. 42/1999, che stabilisce che *"il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici *"fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali"*.

Pertanto, l'assunto secondo il quale le competenze proprie della professione infermieristica devono trovare il loro limite (negativo) nelle competenze del medico non è sempre vero, non solo e non tanto perché privo di riscontro normativo, sia *de iure condito* (visto quanto stabilito dall'art. 1, secondo comma, della legge 251/2000), sia *de iure condendo* (considerato il recepimento in atto della Direttiva 2013/55/UE), ma perché l'esercizio della Medicina mal si attaglia a mansionari ed a rigide definizioni di "atto medico" e "atto infermieristico".

In altri termini, quando l'art. 1 della legge n. 251/2000 stabilisce che all'infermiere competono le *"attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva"*, le prestazioni che possono essere attribuite alla categoria, ai sensi del primo e del secondo comma del predetto art. 1, dallo Stato e dalle Regioni nell'esercizio dei rispettivi poteri, legislativi ed amministrativi, incontrano il loro limite (non nelle competenze riservate alla professione medica, ma, piuttosto) nel giudizio di coerenza e rispondenza tra siffatte prestazioni, i profili professionali ed il percorso formativo, universitario e post-base, seguito dall'infermiere in conformità del principio di professionalità specifica ex art. 33, quinto comma, Cost.³

Il dettato normativo stabilisce che le competenze del *"personale sanitario infermieristico, tecnico e della riabilitazione"* – ossia delle categorie professionali indicate all'art. 6, secondo comma, D.Lgs. n. 502/1992 a cui rinvia l'art. 1, secondo comma, L. 42/1999 - devono essere stabilite *"fatte salve"* le competenze previste per la professione medica, nonché *"nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali"*.

Nell'ordinamento nazionale, nulla osta a che determinate prestazioni possano essere svolte da diverse categorie professionali e, anzi, secondo la Corte costituzionale, l'attribuzione ad una categoria non pregiudica né implica che la stessa possa essere svolta da altre (si veda, *ex plurimis*, la sentenza n. 29 del 1990).

Nel nostro ordinamento, le prestazioni vengono riservate ad una o all'altra categoria non per tutelare l'interesse degli iscritti, bensì l'affidamento della collettività al fatto di fruire di una prestazione resa da parte di coloro che posseggono i requisiti necessari per renderla nel modo migliore ed in maniera sicura (si veda, per tutte, Corte di Giustizia europea, 19 maggio 2009, cause riunite c-171/07 e 172/07). Ne discende che nulla osta a che una determinata prestazione, originariamente attribuita a una specifica categoria professionale possa, successivamente, essere riservata anche ad altre che abbiano elevato il percorso professionale abilitante ad un livello adeguato a garantire le necessarie competenze a tutela

³ «La norma dell'art. 33 Cost. reca in sé un principio di professionalità specifica. Essa, cioè, richiede che l'esercizio di attività professionali rivolte al pubblico avvenga in base a conoscenze sufficientemente approfondite ed ad un correlato sistema di controlli preventivi e successivi di tali conoscenze, per tutelare l'affidamento della collettività in ordine alle capacità di professionisti le cui prestazioni incidono in modo particolare su valori fondamentali della persona: salute, sicurezza, diritti di difesa, etc.» (Cons. Stato, parere n. 448/2001). Cfr., per tutte, Corte cost. 26 giugno 1990, n. 29, in *Giust. Civ.*, 1990, 98.

della collettività. Poiché secondo l'insegnamento della Corte costituzionale, "in linea di principio, le leggi non si dichiarano costituzionalmente illegittime perché è possibile darne interpretazioni incostituzionali (e qualche giudice ritenga di darne), ma perché è impossibile darne interpretazioni costituzionali" (così, *ex plurimis*, sentenze n. 90/1999; n. 65/1999 e n. 356/1996), non si può fare a meno di giungere alla conclusione prospettata, vale a dire che, ai sensi dell'art. 1, secondo comma, L. 42/1999, nulla osta a che alla professione infermieristica possano essere attribuite competenze di quella medica a condizione che il medico possa continuare ad esercitarle e che l'estensione delle competenze all'infermiere trovi giustificazione nella formazione da quest'ultimo acquisita secondo l'ordinamento universitario e formativo post-base.

Venendo al particolare ambito dell'emergenza-urgenza, con il D.P.R. 27 marzo 1992 è stato approvato l'atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza. All'art. 10 esso prevede che "*il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi, nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio*".

In attuazione di tale atto di indirizzo, il D.M. Sanità recante l'Atto d'intesa fra lo Stato e le Regioni di approvazione delle "Linee guida sul sistema dell'emergenza sanitaria" (pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 114 del 17/05/1996), differenzia il livello di intervento di emergenza sulla base della tipologia di richiesta e prevede modalità di svolgimento con la presenza di personale infermieristico dotato di preparazione idonea parametrata al tipo di intervento.

In sostanza, il sistema dell'emergenza-urgenza attribuisce al personale infermieristico qualificato uno specifico ruolo d'intervento che, a seconda dei contesti, può esplicarsi nell'esecuzione di atti assistenziali e curativi salvavita, sulla base di protocolli operativi condivisi con la componente medica.

D'altro canto, secondo le linee guida del 2001 il triage - attività delicatissima, il cui esercizio richiede l'acquisizione ed il mantenimento di specifiche competenze - deve essere svolto da un infermiere "sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso e in grado di considerare i segni e i sintomi del paziente per identificare condizioni potenzialmente pericolose per la vita e determinare un codice di gravità per ciascun paziente al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica". In fondo, che altro è se non un'attività d'inquadramento diagnostico, seppure non esplicitata in una formulazione diagnostica, ma in una rilevazione di segni e di sintomi? A tutt'oggi, anche nel sito del Ministero della Salute, si legge che "...Il triage è svolto da personale infermieristico esperto e specificatamente formato che, valutando i segni ed i sintomi del paziente, identifica le condizioni potenzialmente pericolose per la vita ed attribuisce un codice di gravità al fine di stabilire le priorità di accesso alla visita medica...", perché la funzione di triage non presuppone una diagnosi medica, bensì si caratterizza per essere un processo mediante il quale si opera una "selezione dei pazienti con scelta delle priorità".

La questione, peraltro, va riletta anche alla luce della riforma del Titolo V della Costituzione, novellato con la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3: con il testo vigente dell'articolo 117 Cost., l'enunciazione delle materie di competenza esclusiva - in ambito sanitario - mantiene allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali, che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale (art. 117, secondo comma), mentre l'art. 120 fa rimanere di competenza delle Regioni la previsione di strumenti per il rispetto di tali livelli. Sempre all'art. 117, è declinato che: "Sono materie di legislazione concorrente quelle relative a: rapporti internazionali e con l'Unione europea delle Regioni; commercio con l'estero; tutela e sicurezza del lavoro; istruzione, salva l'autonomia delle istituzioni scolastiche e con esclusione della istruzione e della

formazione professionale; professioni; ricerca scientifica e tecnologica e sostegno all'innovazione per i settori produttivi; tutela della salute ... Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato...". Secondo il principio di sussidiarietà, che attribuisce le funzioni al livello "più basso" di governo, con la riforma del Titolo V l'ambito regionale è divenuto quello legislativamente più rilevante e la tutela della salute è, in genere, materia di potestà regionale o condivisa.

Rispetto al settore in esame, l'Emilia-Romagna, con la deliberazione della Giunta Regionale 1349/2003, recante in allegato il documento "Linee guida per l'organizzazione del sistema emergenza urgenza sanitaria territoriale e centrali operative 118", ha delineato l'assetto organizzativo del sistema, le modalità di dislocazione delle singole strutture e le regole per il funzionamento, anche al fine di ridurre la variabilità presente e di adeguare le performances dei sistemi aziendali di emergenza territoriale e di trasporto delle persone inferme agli standard contenuti nelle citate linee guida.

Con la Deliberazione della Giunta Regionale dell'Emilia-Romagna 26 gennaio 2009, n. 44, recante i "Requisiti per l'accreditamento delle Strutture di soccorso/Trasporti infermi", sono stati stabiliti precisamente, fra l'altro, anche i criteri formativi, le tipologie di corsi e di addestramento per l'acquisizione ed il mantenimento delle *clinical competences* sia del personale medico dedicato all'attività, sia di quello infermieristico.

Ancora, con la Deliberazione della Giunta della Regione Emilia-Romagna 26 luglio 2010, n. 1184 "Approvazione documento triage informatico in Pronto Soccorso", recante come parte integrante e sostanziale del provvedimento le "Linee guida per la corretta effettuazione del triage nei Pronto Soccorso dell'Emilia-Romagna", si sono fornite ulteriori indicazioni organizzative assolutamente in linea con il dettato normativo nazionale, tanto che nell'introduzione la DGR sopra menzionata recita: «I Sistemi di triage in Emilia Romagna sono nati nei primissimi anni Novanta sulla base delle necessità dei Servizi anticipando quelli che sono diventati i principali e fondamentali riferimenti legislativi a valenza nazionale:

- Linee guida sull'emergenza n° 1/1996 (pubblicate sulla GU n° 114 del 17 Maggio 1996) recanti "l'atto d'intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 Marzo 1992";
- Atto di Intesa tra Stato e Regioni pubblicato sulla GU n° 285 del 7 Dicembre 2001;
- Delibera di Giunta Regionale Emilia Romagna n° 23 del 17 Gennaio 2005 "Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Emergenza Urgenza".».

Ugualmente, per le successive disposizioni: «...I Sistemi di Triage nascono ed insistono nei Servizi di Pronto Soccorso per espletare le primarie funzioni di:

- accoglienza degli utenti che afferiscono presso il Pronto Soccorso;
- identificazione e riconoscimento delle priorità di accesso alle prestazioni;
- determinazione dell'area di trattamento più idonea;
- regolamentazione del flusso dei pazienti che accedono al Pronto Soccorso;
- valutazione continua e rivalutazione dei pazienti che attendono in Pronto Soccorso;
- erogazione di informazioni relative agli utenti in carico al Pronto Soccorso.

I singoli Servizi possono identificare ulteriori proprie funzioni da attribuire agli Infermieri o agli altri operatori che possono integrare la funzione stessa (come ad esempio procedure amministrative o gestionali) sempre considerando che si tratta comunque di un processo clinico/assistenziale primario...». E ancora: «...Il diversificato panorama di strutture di Pronto Soccorso che sono presenti sul territorio della RER può comunque contemplare due principali modelli operativi di Triage: A. sistema Spot Check; B. sistema Globale... Entrambi questi modelli operativi prevedono il rispetto di alcuni requisiti fondamentali quali:

- regolamentazione degli accessi definita dalla codifica di triage stabilita dall'Infermiere attraverso il Codice Colore;
- utilizzo di 4 livelli di priorità definiti (Codici Colore);
- svolgimento della funzione solo da parte di personale Infermieristico del sistema di emergenza;
- standard di valutazione definiti in relazione alla tipologia applicata;
- documentazione delle decisioni assunte e delle attività svolte. Standard organizzativi e di valutazione dell'utente.

I modelli operativi adottati devono prevedere la definizione di standard di valutazione che sono utilizzati dagli operatori che svolgono la funzione di triage.

Il processo contempla le seguenti 5 fasi:

1. accoglienza
2. valutazione
3. codifica di priorità
4. trattamento
5. gestione dell'attesa

Per tutte queste fasi deve essere previsto lo standard applicabile nella struttura comunque non inferiore a quelli sotto riportati.

Accoglienza: tutti gli utenti che afferiscono al Pronto Soccorso sono accolti da un Infermiere formato all'attività di triage.

Valutazione: tutti gli utenti che necessitano di una prestazione sanitaria o sociale al Servizio sono valutati nei loro bisogni da un Infermiere formato all'attività di triage.

Codifica di priorità: tutte le richieste di prestazioni sanitarie o sociali degli utenti che afferiscono ai Servizi di Pronto Soccorso sono codificate dall'Infermiere addetto alla funzione di triage secondo le definizioni ed i criteri stabiliti per ciascun livello di priorità.

Trattamento: l'Infermiere addetto alla funzione di triage mette in atto le misure di trattamento delle problematiche sanitarie e sociali presentate dagli utenti che afferiscono al Pronto Soccorso secondo quanto stabilito dagli specifici documenti presenti presso il Servizio; si fa garante dell'attuazione di tutte le misure, i provvedimenti e le manovre di Emergenza per quanto di propria competenza professionale.

Gestione dell'attesa/Rivalutazione: l'Infermiere addetto alla funzione di triage è responsabile dell'assistenza ai pazienti presenti presso il Servizio che hanno già identificato la loro priorità di accesso alle cure mediche, ma che attendono per tale prestazione.

Standard di valutazione dell'utente

Il processo di valutazione degli utenti deve prevedere la raccolta di informazioni, l'individuazione di segni e sintomi, la rilevazione di parametri e l'elaborazione dei dati rilevati. Per l'espletamento di questo complesso processo assistenziale l'Infermiere si avvale delle proprie competenze professionali, delle conoscenze ed abilità acquisite durante il percorso di formazione e di addestramento alla funzione di triage e della propria esperienza, nonché degli altri professionisti con i quali collabora ed interagisce.

Gli elementi della Valutazione sono alla base del processo decisionale che esita con l'assegnazione del codice di priorità...».

In esito alla richiesta di un parere da parte del Procuratore della Repubblica presso il Tribunale di Firenze relativamente a una Deliberazione della Regione Toscana, il Direttore Generale delle Risorse Umane e delle Professioni Sanitarie del Ministero della Salute, con nota prot. 9581 del 18/2/2011 - trasmesso anche alla Regione Emilia-Romagna (PG 136443 del 3/6/2011) - ha affermato che "...l'attuale normativa nazionale e regionale, nello specifico dell'emergenza-urgenza sanitaria conferisce all'infermiere una specifica competenza che, in particolari situazioni, può comportare sia l'effettuazione di atti assistenziali e curativi salvavita che esser in grado di dar corso ad un primo inquadramento diagnostico dell'individuo, a seguito di una specifica formazione e nel rispetto di protocolli operativi

stabiliti dal personale medico: in questo caso non esiste, a giudizio dello scrivente, esercizio abusivo di atti propri della professione medica ma esercizio di atti di competenza "anche" della professione infermieristica, all'interno del sopradescritto ambito operativo e di propedeutica formazione post lauream...".

Del resto, l'Accordo Stato-Regioni del 15 novembre 2014, prevede, fra l'altro che *"La cabina di regia avvierà un confronto permanente anche sui contenuti del Patto per la Salute, nell'ambito del quale monitorare e verificare la revisione dei modelli organizzativi, sia ospedalieri che territoriali, valutando le sperimentazioni in corso e promuovendo le buone pratiche"*. Il Ministro della Salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, unitamente agli altri Ministeri interessati, condividendo intenti e scopi, per dare realizzazione alle finalità declinate hanno, infatti, istituito una "cabina di regia" permanente a livello nazionale, recante le rappresentanze istituzionali, sindacali e professionali di tutti gli operatori del "sistema salute", la quale coordini le attività di promozione e diffusione di buone pratiche, ne realizzi un costante monitoraggio e ne verifichi i risultati attesi, tenuto conto del contesto di crisi finanziaria che ha investito il Servizio Sanitario Nazionale, unitamente all'intero stato sociale del nostro Paese, per cui occorre innovare ed utilizzare le risorse in modo virtuoso, riorientando la spesa ed investendo in processi di rinnovamento organizzativo e di crescita professionale, che richiedono la partecipazione degli operatori del SSN e nuove metodologie organizzative sia a livello nazionale, sia locale.

Peraltro, l'art. 22 del Patto per la Salute 2014-2016 tra Governo e Regioni - proprio per favorire la nuova organizzazione dei servizi sanitari regionali, con particolare riferimento alla riorganizzazione delle rete ospedaliera, dei servizi territoriali ed alle relative forme di integrazione, di promozione della salute e di presa in carico delle cronicità e delle non autosufficienze, nonché di garantire un collegamento alla più ampia riforma della Pubblica Amministrazione - afferma la necessità di valorizzare le risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale, di favorire il più possibile l'integrazione interdisciplinare ed interprofessionale in sanità ed i processi di riorganizzazione dei servizi.

D'altro canto, perfettamente in linea con la legislazione così orientata è la "Direttiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo e del Consiglio del 20 novembre 2013 recante modifica della direttiva 2005/36/CE relativa al riconoscimento delle qualifiche professionali e del regolamento (UE) n. 1024/2012 relativo alla cooperazione amministrativa attraverso il sistema di informazione del mercato interno («regolamento IMI»)", la quale ribadisce che: "(15) Lo sviluppo professionale continuo contribuisce alla sicurezza e all'efficacia delle prestazioni dei professionisti che beneficiano del riconoscimento automatico delle loro qualifiche professionali. È importante incoraggiare l'ulteriore rafforzamento dello sviluppo professionale continuo per queste professioni ... (20) La professione infermieristica ha subito una forte spinta evolutiva negli ultimi tre decenni: assistenza sanitaria di comunità, impiego di terapie maggiormente complesse e tecnologia in costante sviluppo presuppongono una capacità di gestire accresciute responsabilità da parte degli infermieri. La formazione in cure infermieristiche, la cui organizzazione varia tuttora in funzione delle diverse tradizioni nazionali, dovrebbe fornire garanzie più solide e più orientate ai risultati in merito all'acquisizione, da parte del professionista, di determinate conoscenze e abilità nel corso della formazione e alla sua capacità di mettere in atto almeno alcune competenze per esercitare le attività inerenti alla professione..." e, ancora, conferisce all'infermiere "...d) la competenza di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi..."

Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 13 novembre 2015 ha approvato, in esame preliminare, lo schema di decreto legislativo di recepimento della suddetta Direttiva; in data 17 dicembre u.s. la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha espresso in merito parere favorevole. In

Il Consiglio dei Ministri, nella seduta del 13 novembre 2015 ha approvato, in esame preliminare, lo schema di decreto legislativo di recepimento della suddetta Direttiva; in data 17 dicembre u.s. la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano ha espresso in merito parere favorevole. In proposito si segnala che, data 22 dicembre 2015, il Presidente della FNOMCeO ha espresso, invece, al Ministro della Salute il proprio disappunto.

Sulla scorta della legislazione internazionale, nazionale e regionale in materia, si ritiene di poter concludere che, allo stato della normativa attualmente in vigore, nessuno dei protocolli in uso presso le Aziende U.S.L. della Regione Emilia-Romagna può essere considerato illegittimo, tenuto conto della formazione, dello specifico addestramento e dell'acquisizione di *clinical competence* da parte di tutti i professionisti della salute operanti nel SSR-ER, i quali, in particolare nell'area della emergenza-urgenza, sono oggetto di apposito training e retraining periodico. Tali protocolli sono, peraltro, frutto dell'assoluta condivisione interprofessionale sul piano organizzativo ed operativo e sono finalizzati unicamente a fornire la migliore assistenza possibile ai cittadini in base alle risorse disponibili, assolutamente in ossequio a quanto stabilito anche dal Decreto Ministeriale 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.", emanato dal Ministro della Salute di concerto con il Ministro dell'Economia e Finanze, norma con la quale è stabilita puntualmente la configurazione delle reti cliniche, inclusa la "Rete dell'emergenza urgenza".

In definitiva, si condivide quanto contenuto nel documento SIMEU-IRC 2015 in tema di trattamento con farmaci o con manovre di emergenza da parte degli Infermieri dell'Emergenza Territoriale, considerando il fatto che è costantemente garantita la possibilità di contatto telematico tra infermieri del 118 e Medici dei Dipartimenti di Emergenza-Urgenza (anche attraverso sistemi di telemedicina), per condividere situazioni o segni che richiedono l'effettuazione tempestiva di particolari manovre e/o di terapie farmacologiche salvavita, pur senza comportare alcuna diagnosi e con il rigoroso rispetto di criteri definiti e condivisi con il personale medico, ogniqualvolta sia necessario, nell'esclusivo interesse della tutela della salute della persona assistita.

Bologna, 7/1/2016

Dott.ssa Donata Dal Monte



Dott.ssa Alessandra De Palma



Dott. Giuseppe Venturini

