



# EMILIA ROMAGNA

Bologna li 20 aprile 2017

Dott. Sergio Venturi  
Assessore alla Sanità  
Regione Emilia Romagna

Dott.ssa Kyriakoula Petropulacos  
Direttore Generale  
Cura della Persona, Salute e Welfare  
Regione Emilia Romagna

Alle Direzioni Generali e Sanitarie  
Aziende UsI della Regione Emilia Romagna

Agli Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri  
Regione Emilia Romagna

p.c.

Al Ministro della Salute

Alle Organizzazioni Sindacali della Dirigenza Medica

Alle Organizzazioni Sindacali della Medicina Convenzionata

Agli iscritti

OGGETTO: Procedure infermieristiche 118 – **Contenuti della “Formazione a Distanza”**

*Gentilissimi,*

In data odierna sono giunte alla scrivente O.S. diverse segnalazioni relative alla ricezione da parte dei Medici dell’Emergenza, di credenziali per eseguire una “Formazione a Distanza” preparata dal 118 regionale in ordine alle procedure infermieristiche elaborate a partire dalle linee guida regionali.

Come è noto, la tematica è stata fatta oggetto di molteplici perplessità su aspetti sia formali che sostanziali sollevate da parte anche di Ordini dei Medici della Regione, con espressione anche di pareri contrari su specifiche indicazioni.

Tralasciando il fatto che in diverse Aziende Sanitarie i medici lamentano difficoltà nell’accesso alla formazione, anche dovuta a commistione e sbilanciamento tra figure, la ricezione di dette credenziali FAD ha destato preoccupazione e conferme rispetto alle obiezioni sollevate sulle “Linee Guida Regionali”.

In primo luogo appare quanto meno “strano” come non siano identificabili (nemmeno dopo ricerca specifica) i riferimenti e nominativi dei componenti del “*Sottogruppo di Lavoro Regionale, Algoritmi Infermieristici Avanzati.*” cui è genericamente imputata la mail di invio delle credenziali, così come rimane ignota l’identità del generico “tutor” con cui è prevista la possibilità di interagire tramite messaggistica non istantanea all’interno della piattaforma.



Dopo questo primo passaggio, riteniamo che esistano serissimi problemi in merito alla sostanza delle procedure presentate che confermano i timori interpretativi delle linee guida regionali.

Come si può leggere nelle varie matrici delle responsabilità, all'infermiere vengono addossate quasi tutte le incombenze ed il medico rimane solo occasionalmente coinvolto. Il Medico diventa in queste procedure un "collaboratore dell' infermiere". Ancor di più risulta irricevibile la dicitura prevista dalle matrici di responsabilità in cui si legge: "Valuta sempre in condizioni di criticità la possibilità di chiedere il mezzo di soccorso con medico, il contatto telefonico e/o in telemedicina segnalato nell'algoritmo con la casella gialla bordata di rosso".

Tale metodologia viene riproposta in altre pagine di questa "formazione a distanza", che prevede tra le altre cose anche azioni estranee e ulteriori rispetto le previsioni contenute nelle linee guida regionali (es. la somministrazione di farmaci soggetti a prescrizione medica limitativa, con tecniche e modalità "off label" e le conseguenti implicazioni medico legali) nonche' matrici di responsabilità nelle quali la figura medica già prevista nelle linee guida regionali viene totalmente estromessa.

La sostanza della filosofia di procedure e matrici così concepite è per noi irricevibile e presenta caratteri contrastanti con la deontologia professionale.

In pratica si sostiene, come temevamo, che l'azione della procedura infermieristica sia concepita come azione sostitutiva (o potenzialmente sostitutiva) e non anticipatoria e integrativa dell'intervento medico. Quest'ultimo infatti, viene degradato ad intervento opzionale sulla base di autonome e discrezionali valutazioni dell'infermiere.

Ma la discrezionalità dell'operatore non medico non era stata assolutamente esclusa nelle premesse della Delibera di Giunta Regionale?

Citando un esempio per tutti, ecco cosa sarebbe previsto nella declinazione pratica dell'algoritmo di gestione dell'arresto Cardiaco non traumatico (adulto e pediatrico):

118  
Regione Emilia-Romagna

IL TUO PIANO DI STUDI

Home / Blocco 3 / ACR traumatico e non / Matrice delle responsabilità

Matrice delle responsabilità PRECEDENTE

Arresto cardiaco non traumatico

	INFERMIERE	MEDICO
Valutazione rapida ABC	R	
Inizia RCP 30:2 (15:2) applica DAE	R	
Analisi DAE	R	
<ul style="list-style-type: none"><li>Ritmo defibrillabile (FV/TV): shock 150/200 J</li><li>RCP x 2 minuti accesso EV /IO</li><li>Adrenalina 1 mg poi ogni 3, 5 minuti</li><li>Gestione delle vie aeree somministra O2 100%</li><li>Shock elettrico se richiesto</li><li>Amiodarone 300 mg poi 150 mg dopo 4° shock</li><li>RCP per 2 minuti</li></ul>	R	
<ul style="list-style-type: none"><li>Ritmo non defibrillabile (PEA/Asistolia)</li><li>RCP x 2 minuti accesso EV /IO</li><li>Adrenalina 1 mg poi ogni 3, 5 minuti</li><li>RCP per 2 minuti</li><li>Gestione delle vie aeree somministra O2 100%</li></ul>	R	
Cure post arresto Rivalutazione A-B-C-D-E - Controllo ossigenazione e ventilazione - ECG 12 derivazioni - Tratta cause Controllo temperatura	R	
Rivalutazione	R	
Ospedalizzazione	R	C
Valuta sempre in situazione di criticità la possibilità di chiedere un mezzo di soccorso con medico, il contatto telefonico e/o in telemedicina segnalato nell'algoritmo con la casella gialla bordata di rosso	R	

R: responsabile C:collaboratore

Arresto cardiaco traumatico



l'infermiere non solo dovrebbe gestire in toto l'arresto cardiaco del paziente, ma gli sarebbe addirittura attribuita la responsabilità delle "cure post arresto" mentre il medico, forse, dovrebbe eventualmente "collaborare" per l'ospedalizzazione.

Davvero si pensa che delle "linee guida internazionali di rianimazione cardiopolmonare possano essere banalizzate in un algoritmo asettico e acritico rispetto lo specifico paziente che si sta assistendo? Nessuna linea guida dice questo, e solo si possono immaginare le conseguenze medico legali, anche alla luce del recente disposto normativo sulla responsabilità professionale.

Come già ampiamente argomentato dalla Federazione Regionale degli Ordini dei Medici, corre per noi l'obbligo di rimarcare come si ritenga imprescindibile l'intervento diretto ed in loco di un mezzo di soccorso avanzato con presenza contemporanea di medico e infermiere su ogni paziente critico con alterazione delle funzioni vitali. L'equità di accesso alle cure deve essere garantita a tutti i cittadini, a maggior ragione in situazioni estreme come quelle che ogni giorno affronta il sistema 118.

La "standardizzazione" e banalizzazione" dell'atto medico, non possono trovare alcun margine deontologicamente accettabile da parte dei professionisti e tanto meno sono utili all'evoluzione di nessuna professione sanitaria.

Il tanto citato articolo 10 del DPR 27 marzo 1992 non ha mai previsto che l'azione di salvaguardia delle funzioni vitali fosse una funzione sostitutiva dell'intervento medico, ma era un logico e condivisibile disposto normativo finalizzato a tutelare i cittadini in situazioni limite, senza previsione di negargli il necessario intervento medico.

In questo contesto si diffidano le Aziende USL della Regione dal proseguire tale metodologia ne concertata né tantomeno condivisa con i professionisti e le loro rappresentanze sindacali. Si chiede l'urgente convocazione dei tavoli sindacali specifici per le aree contrattuali di riferimento dei medici operanti nell'emergenza sanitaria territoriale. In difetto, la scrivente organizzazione sindacale si vedrà costretta alla proclamazione dello stato di agitazione e ai conseguenti adempimenti di legittima tutela.

Cordialmente

*Elisabetta Simoncini*  
*Presidente Regionale*