



siiet | società italiana **infermieri**
emergenza territoriale

**Competenze infermieristiche
nell'emergenza territoriale**
inquadramento professionale, giuridico ed operativo



Ultima revisione del 01/03/2021

*A cura di SIET
Società Italiana degli Infermieri di
Emergenza Territoriale*

*Referente del Comitato Scientifico &
Responsabile del Progetto
Luigi Cristiano Calò*

*Autori
Luigi Cristiano Calò
Alberto Pellacani
Christian Spanò
Cesare Scorcioni*

*Revisore dei Contenuti Scientifici
Francesco Barbero
Roberto Romano
Enrico Lucenti*

*Revisore dei Contenuti Legali
Avv. Olindo Cazzolla*

Sommario

1. Introduzione	4
2. Setting Internazionale	5
3. Approfondimento: Duty of Care	6
4. La professione infermieristica nel sistema di emergenza sanitaria Nazionale	7
5. Approfondimento: Protocollo Vs Competenza	9
6. Cenni storici ed inquadramento normativo	10
7. Le competenze professionali dell'infermiere di emergenza territoriale	13
8. Il processo infermieristico applicato all'emergenza e urgenza, concetti fondamentali	14
9. Risvolti clinico-assistenziali	18
10. Le Linee Guida clinico-pratiche quale strumento di lavoro	19
11. Competenze clinico-assistenziali essenziali per gli infermieri SET	22
12. Conclusioni	23
13. Riferimenti	25

1. Introduzione

Il position paper della Società Italiana degli Infermieri di Emergenza Territoriale¹ (SIET) – pubblicato ad inizi 2021 – inquadra l’infermiere del sistema di emergenza territoriale come il professionista che presta servizio nell’equipe di soccorso preospedaliero e/o all’interno delle centrali operative, svolgendo interventi finalizzati al mantenimento, al ripristino e al sostegno delle funzioni vitali (infermiere preospedaliero), o ancora nella gestione della richiesta di soccorso e delle risorse presenti nel sistema (infermiere di centrale operativa).

Il position paper, oltre a riportare l’attuale contesto organizzativo ed operativo del sistema di emergenza Italiano, delinea le competenze del personale infermieristico, definendone anche le modalità di selezione ed aggiornamento.

Il presente documento tecnico-scientifico desidera riprendere e approfondire gli aspetti chiave già delineati nel position paper SIET, applicando le basi scientifiche della disciplina infermieristica nel contesto dell’emergenza territoriale. Il focus rimane sempre il bisogno di assistenza manifestato dal paziente che – per la stessa natura del servizio offerto – viene inteso come urgente e improcrastinabile; la natura degli interventi ancora, siano essi autonomi o collaborativi, dovrà basarsi sulle evidenze scientifiche disponibili ed includere i principi di sostenibilità, efficacia, beneficialità ed accountability.

Il concetto di competenza verrà ancora analizzato e contestualizzato in chiave normativa e professionale, al fine di comprendere quali strumenti potranno essere ritenuti più adeguati ad affermare il pieno sviluppo degli infermieri impiegati nel sistema di emergenza territoriale, come già raccomandato dal documento intersocietario rilasciato dalle maggiori società scientifiche dell’area medica e infermieristica nel campo dell’emergenza-urgenza².

Il seguente lavoro nasce dalla volontà della SIIET di analizzare il contesto normativo che definisce l'area delle competenze dell'infermiere del Servizio di Emergenza Territoriale (SET). Questo avverrà ripercorrendo le basi scientifiche del pensiero critico, contestualizzando l'agire al malato bisognoso di assistenza urgente e indifferibile analizzando e sottolineando il concetto di "competence" infermieristica correlati all'autonomia professionale.

2. Setting Internazionale

A livello Europeo, è possibile distinguere tra due livelli di cura disponibili in sede preospedaliera:

- mezzi di supporto vitale avanzato (ALS – Ambulanze di tipo C), il cui equipaggio include professionisti sanitari (personale medico, infermieristico e paramedico);
- mezzi di supporto vitale di base (BLS – Ambulanze di tipo B), composti da personale tecnico adeguatamente formato, ma senza la presenza di personale afferente alle professioni sanitarie (personale tecnico o volontari).

A seconda dei sistemi di soccorso utilizzati³, le figure sanitarie impiegate sono:

- personale medico, dotato di formazione specifica o specializzazione in medicina d'urgenza/anestesia;
- personale infermieristico, dotato di formazione specifica o specializzazione post-laurea;
- personale paramedico, con formazione professionale superiore/universitaria, e possibilità di ulteriori specializzazioni. Tale figura manca però della reciprocità Europea prevista nelle attuali direttive comunitarie.

In tutti i paesi esaminati, la figura medica è solitamente associata alla presenza di un infermiere o di un paramedico, mentre è comunque previsto l'impiego di questi ultimi in forma disgiunta, su mezzi ALS a gestione non-medica. In tale contesto, l'uso di farmaci e l'esecuzione di manovre salva-vita avviene sulla base di linee guida per la pratica clinica, o ancora nel quadro di atti medico-delegati, a seconda del livello di formazione, dello scopo di pratica della professione non-medica, e della normativa locale o nazionale. Entrambi gli strumenti sono corredati da un prontuario di farmaci, la cui somministrazione è associata all'identificazione del corretto algoritmo. L'applicazione di un algoritmo o di un protocollo non è da intendersi come l'autorità di prescrizione farmacologica o diagnostica.

Al di fuori del contesto Europeo, sempre rimanendo nei paesi ad alto reddito, è possibile osservare la prevalenza di modelli basati sull'uso di personale paramedico con differente grado di competenza. L'impiego simultaneo di differenti livelli gerarchici, corrispondenti a differenti livelli di skills del personale EMT (Emergency Medical Technician) e/o sanitario, simultaneamente è modulato in base alla complessità degli interventi. La capacità di riposta di un mezzo di soccorso dipende dalle competenze o skills certificate al personale. A carattere generale, le skills sono suddivise in differenti gradi, questi comportano una differente autonomia per l'utilizzo di tecniche e farmaci. Il sistema stesso si occupa della certificazione periodica delle competenze apprese e del rispetto delle procedure operative. Il sistema Internazionale considera anche in questo caso l'utilizzo dei farmaci non come atto prescrittivo o diagnostico, ma come strumento operativo per perseguire l'obiettivo del "Duty of Care"⁴.

3. Approfondimento: Duty of Care

Nella giurisprudenza internazionale, il dovere di diligenza – dall'inglese "duty of care" – rappresenta l'obbligo giuridico ad esercitare ragionevole sollecitudine per evitare l'insorgere di un danno, e rientra tra le componenti implicite del contratto sociale

che ogni individuo o organizzazione detiene nei confronti degli altri componenti della società “X”. Nel contesto dei servizi di emergenza, tale principio viene espresso nella responsabilità di assistere il cittadino che versa in condizioni di pericolo o rischio di vita senza inadempienze o negligenze, ed al meglio delle risorse disponibili. Eventuali mancanze possono infatti risultare in richieste di risarcimento ed azioni legali, dato che il principio di “duty of care” richiama un atteggiamento proattivo da parte dei componenti del servizio “X”. Al solo fine di evitare fraintendimenti, occorre chiarire che il “duty of care” non appartiene alla sfera delle esimenti per stato di necessità, nei sistemi anglosassoni solitamente definiti nella sfera del “Good Samaritan Act”, ma si tratta di un vero e proprio obbligo sociale. In luce di tale principio, è ragionevole esigere che un’ambulanza dotata di infermiere a bordo, già definita dal sistema comunitario quale mezzo di supporto vitale avanzato, possa esercitare azioni e procedure essenziali per preservare la vita e la dignità dell’assistito.

4. La professione infermieristica nel sistema di emergenza sanitaria Nazionale

Nell’organizzazione Nazionale la problematica della “competence” infermieristica, associata all’ utilizzo dei farmaci, resta aperto nelle sedi istituzionali. Pur riconoscendo un ruolo strategico nel Sistema Sanitario Nazionale (SSN), e ricoprendo un ruolo decisivo all’intero processo vitale del cittadino - dalla prevenzione, alla gestione delle acuzie, cronicità e fine vita - la figura dell’infermiere incontra resistenze nella somministrazione indipendente di farmaci connessi al suo scopo di pratica. All’interno del Servizio di Emergenza Territoriale (SET) manca tutt’oggi una visione uniforme; la ormai obsoleta normativa del 1992 intitolata “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”⁵ emanata in un contesto storico completamente diverso dall’attuale, riconosceva l’importanza e la polivalenza dell’infermiere inserendolo sia negli equipaggi di base sia in quelli avanzati, attribuendogli la capacità gestionale di tipo

Advanced Life Support (ALS). Nel testo è riportato quanto segue: *“Art 5: (...) 2) ambulanza di soccorso, e di soccorso avanzato (...): automezzo attrezzato per il supporto vitale, di base ed avanzato, il cui equipaggio minimo è costituito da un autista soccorritore (...) ed un infermiere professionale con preparazione specifica verificata dal responsabile della Centrale operativa. (...)”*

Inoltre, prosegue con *“l’art.10: “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.”*

Per gli autori, per le motivazioni che verranno dibattute nel documento, risulta una visione ormai prosaica e insostenibile che espone a contenziosi legali i professionisti, oltre che fuorviante nei confronti dell’utenza.

Negli anni infatti l’evoluzione giuridica ha ridisegnato le competenze degli infermieri soppiantando anche la obsoleta dicitura di infermiere professionale, comportando giuridicamente un notevole balzo in avanti in materia di responsabilità professionale.

Esaminando nello specifico il contesto territoriale, la regionalizzazione della gestione del SET 112/118, assieme ad altri fattori come la maturazione professionale e l’odierno inquadramento giuridico Nazionale e Regionale, hanno comportato l’originarsi di sistemi differenti che necessitano di un complessivo adeguamento ed uniformità. Diversi avvenimenti divenuti di cronaca hanno sancito una disuguale visione dell’autonomia infermieristica, in particolare nella gestione dell’emergenza e urgenza extraospedaliera. Citando alcuni avvenimenti si pensi al “Caso Venturi”⁶ in Emilia-Romagna per la questione dell’approvazione dei “protocolli regionali SET”, chiusosi con la sentenza di assoluzione piena e il reintegro nell’Ordine dell’assessore regionale Dr. Sergio Venturi , o ancora alle polemiche post determina regionale sul riordino del Servizio 118 in Regione

Toscana⁷. In questo secondo episodio, attraverso un articolato iter la Regione ha certificato le competenze degli infermieri, ribadendone inoltre l'autonomia di esercizio nell'emergenza extraospedaliera.

Le iniziative su base regionale rappresentano le soluzioni in risposta al mutamento dei bisogni multifattoriali della società, in primis alla necessità di una adeguata risposta sanitaria in un contesto di riorganizzazione della rete ospedaliera e territoriale. La standardizzazione delle prestazioni erogate dagli infermieri ne permetterebbe la maggiore interoperabilità, incrementando la resilienza dei sistemi di soccorso in caso di eventi eccezionali.

A vent'anni dall'evoluzione dell'infermieristica italiana a professione sanitaria autonoma, sono poche le realtà regionali o provinciali che ne hanno accolto le piene potenzialità. Tale situazione è stata anche oggetto di una recente pubblicazione da parte della FIASO⁸, che attraverso studi comparativi multifattoriali ha confermato le criticità presenti.

La condizione di rigidità nel dialogo tra le categorie medica e infermieristica, ha comportato un inasprimento del contenzioso politico, che a sua volta si è manifestato con uno stallo evolutivo. A titolo di esempio, l'acceso dibattito che ha seguito la diffusione del documento *“Protocolli infermieristici per il soccorso avanzato preospedaliero, Provincia Bari-BAT”* e prodotto da un gruppo di lavoro medico-infermieristico nel 2015, ne ha causato prima il congelamento, e successivamente l'archiviazione.

L'organizzazione su base regionale dei SET ha certamente reso più complesso il percorso di riconoscimento delle competenze dell'infermiere 118. In contrasto con la situazione di alcune province, esistono realtà che hanno saputo integrare strumenti clinico-gestionali ad uso infermieristico, permettendo così il raggiungimento di obiettivi di cura essenziali per un servizio di emergenza sanitaria.

5. Approfondimento: Protocollo Vs Competenza

Con l'approvazione del DPR del 27 marzo 1992 si è assistito alla comparsa del concetto di trattamento secondo "protocollo", permettendo al personale infermieristico – ai tempi subordinato alla professione medica – di praticare atti non inclusi nel proprio mansionario sulla base di rigide istruzioni pre-impartite da parte della direzione del servizio.

La discrezionalità dell'infermiere era dunque limitata alla selezione del corretto protocollo, eventualmente accompagnata da un consulto telefonico: ogni intervento si realizzava necessariamente sotto direzione medica, diretta o indiretta, data la natura ausiliaria della professione.

Con tale strumento, rimane oggettivamente rilevante il rischio di veder la presentazione del problema di salute ridimensionata al protocollo esistente, con un appiattimento della qualità erogata dall'esecuzione di un limitato numero di comportamenti predefiniti. In molte Regioni, questo strumento è stato ed è impiegato per consentire l'utilizzo di farmaci al personale infermieristico SET, ma si ritiene essere una struttura estremamente vincolante che verosimilmente necessiterebbe di un superamento concettuale verso nuovi modelli. Il concetto moderno che meglio esprime le prerogative dell'essere infermiere è "competence" o competenze.

La parola "competenze" è la più adatta a descrivere l'attività di un professionista; il termine ha una triplice valenza che un protocollo non potrebbe mai consentire: è riferita alle capacità operative richieste, alle situazioni dove è necessario astenersi dal compiere determinati atti e ai confini delineati dagli obiettivi del sistema⁹.

Gli infermieri riconoscono che l'unicità di ogni intervento non possa essere ridotta entro rigidi parametri, e concordano che il concetto di protocollo debba ora confluire in strumenti di guida clinica conformi alla complessità del servizio svolto. Con la transizione da professione ausiliaria a professione sanitaria indipendente, è

atteso che l'infermiere debba poter esercitare con gli stessi criteri scientifici propri delle scienze della salute, quindi essere governato da strumenti che ne riconoscano le competenze acquisite per lo svolgimento dei suoi compiti di soccorso urgente, mantenendo comunque ben saldo la "mission" professionale caratterizzante la figura.

6. Cenni storici ed inquadramento normativo

L'infermieristica nell'ultimo secolo ha subito profondi mutamenti, il concetto stesso di "Assistenza" oggi prevede un'architettura complessa di valutazioni e decisioni spesso multidisciplinari, tra queste situazioni sono riscontrabili quelle ad elevata complessità, tipiche dell'area dell'emergenza e urgenza. Culturalmente la professione infermieristica ha avuto e vive momenti d'innovazione che perdurano ancora oggi.

Già con l'emanazione del Regio Decreto del 1940¹⁰, seppur in un contesto di assoluta subalternità, all'infermiere era riconosciuta un'alta specialità. Tra le mansioni valide su tutto il territorio nazionale, era possibile annoverare una su tutte "l'intubazione d'urgenza" a sottolineare una elevata competenza tecnica.

Negli ultimi trent'anni, l'infermieristica, seppur in maniera incostante, ha subito una rivoluzione della normativa^{11 12 13} che l'ha resa professionalmente tumultuosa. A questo mutamento purtroppo non è seguito il giusto riconoscimento sociale e remunerativo. Uno dei passaggi cardine è la riforma degli ordinamenti didattici universitari. Le norme pongono fine all'organizzazione di tipo regionale ed introducono l'insegnamento universitario.

Nonostante le profonde metamorfosi, soltanto con l'avvento del 118 è avvenuta la riconfigurazione del rapporto infermiere-medico. Il Testo Unico D.P.R. 27 marzo 1992¹⁴ illustra ancora oggi contenuti

decisamente innovativi, tra cui la competenza dello Stato per ciò che attiene il soccorso territoriale e la responsabilità operativa del sistema attribuita all'infermiere. Il processo di responsabilizzazione della figura infermieristica compie un'ulteriore evoluzione, con l'attuazione del D.M. 739/94 "Profilo Professionale dell'Infermiere"¹⁵. La normativa nel primo comma identifica il profilo professionale: *l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.*

In questa prima fase l'albo professionale (IPASVI), progredirà successivamente in Ordine delle Professioni Infermieristiche (FNOPI) comportando una differente gestione del rapporto infermiere-cittadinanza. Sottolineando uno dei passaggi in evidenza, si denota un diverso rapporto con l'istituzione, ovvero la perdita della dicitura di ente ausiliario, ora sussidiario dello Stato.

Attraverso una riforma che comprende numerosi passaggi, si è dato vita ad una interpretazione nuova dell'infermiere, non più come figura ausiliaria del medico, ma come professionista intellettuale e autonomo, in special modo con l'approvazione della Legge 42/99¹⁶ nota con la denominazione di "Abrogativa del Mansionario". Questa abolisce la terminologia "professione sanitaria ausiliaria" ed inserisce il concetto di "professione sanitaria" come professione intellettuale.

La normativa solleverà di fatto il medico dal controllo sull'operato di un professionista, ora autonomo e non più ausiliario, delineando i confini della professione stabiliti dagli ordinamenti didattici universitari, dal profilo già citato e dal Codice Deontologico, concetti questi tutti ripresi e confermati dalla Legge 251/2000¹⁷.

Quest'ultima normativa sancisce definitivamente che rispetto al passato, l'infermiere è tenuto ad una maggiore responsabilizzazione in merito alle proprie scelte e al proprio operato. La prospettiva è di istruire professionisti della salute capaci; autonomi e responsabili che sappiano prendersi cura dei cittadini.

In seguito l'istituzione dei dirigenti infermieristici è un ulteriore tassello verso la gestione autonoma del settore, anche se gli ordinamenti didattici mancano ancora di una chiara area di competenza clinica. La normativa DM 2 aprile 2001 n.128, determina i confini professionali della sfera di competenza e responsabilità dell'infermiere come professionista "pensante", e scorrendo il decreto all'interno degli "Obiettivi Formativi Qualificanti" è inserito il seguente testo di apertura: *"I laureati specialisti che hanno acquisito le necessarie conoscenze scientifiche, i valori etici e le competenze professionali pertinenti alle professioni dell'infermiere e dell'ostetrica/o e hanno ulteriormente approfondito lo studio della disciplina e della ricerca specifica, alla fine del percorso formativo sono in grado di **esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, educativo e preventivo in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi**"*¹⁸.

Un passaggio fonte di riflessione dovrebbe ricoprire l'accezione "preventiva", specie per i risvolti medico-legali che ancor di più ai giorni nostri può comportare nell'ambito dell'emergenza e urgenza, se relazionata all'art 40 del Codice Penale che enuncia: (...) *non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*¹⁹.

In questa delicata branca della medicina, riportando la definizione riportata nel dizionario del termine "preventivo" è la seguente: *"preventivo²⁰(...) aggettivo che previene, che serve a prevenire, che ha la capacità, lo scopo, la funzione di prevenire, di evitare qualche cosa, spec. con riferimento a fatti dannosi, o comunque non desiderati: medicina preventiva, termine generico con il quale si indicano i diversi rami della medicina che si occupano delle misure (cura, terapia, profilassi p.) atte a prevenire l'insorgere delle malattie; misure p., provvedimenti p., adottati per evitare pericoli o situazioni dannose"*.

In riferimento a questo concetto è importante sottolineare che tra le "cause immediate di errore in medicina dovute all'operatore" l'omissione di un intervento necessario" è indicato come primo nella sequenza descrittiva. Riportando inoltre, tali fondamenti nell'ambito

dell'emergenza e urgenza extraospedaliera, occorre ricordare la "Mission" o "linee di attività" del servizio di emergenza territoriale. *Il Sistema 118 ha la Mission prioritaria di "riduzione delle morti evitabili e delle gravi disabilità conseguenti a situazioni di emergenza - urgenza sanitaria attraverso l'intervento diretto e qualificato rispondente a Criteri e Standard del Servizio di Emergenza Territoriale (SET) 118, con il primo trattamento sul luogo dell'intervento ed il trasporto protetto all'ospedale competente*²¹.

In virtù di quanto precedentemente affermato, il Codice Deontologico²² degli Infermieri rinnovato nel 2019, e rimarcato dal relativo documento commentario²³, pongono l'attenzione sull'essere infermiere ed apre con i seguenti articoli:

- Art. 1 – Valori: *L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile. È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici. Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.*
- Art. 2 – Azione: *L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.*

7. Le competenze professionali dell'infermiere di emergenza territoriale

La Società Italiana Infermieri di Emergenza Territoriale (SIJET), l'organizzazione scientifica nata nel 2019, che rappresenta gli infermieri delle Centrali Operative PSAP²⁴ e quelli operanti sui Mezzi di Soccorso, con questo documento intende fornire uno strumento che individui gli standard di conoscenza in materia forense così da integrarsi con i futuri documenti che riguarderanno

più nello specifico, gli **standard**²⁵ relativi alle competenze cliniche-assistenziali in emergenza e urgenza nell'ambito della "governance" per il personale del SET.

La finalità sarà raggiunta attraverso un percorso di analisi della normativa specifica nel presente documento, sia dalla riesamina prossima della letteratura Nazionale ed Internazionale disponibile in merito alle linee guida clinico assistenziali.

8. Il processo infermieristico applicato all'emergenza e urgenza, concetti fondamentali

L'esercizio delle scienze infermieristiche si basa su concetti definiti cardine²⁶, questi nel tempo si sono arricchiti, ma in questo contesto, verranno analizzati solo i primi tre elementi costituenti le basi pedagogiche delle competenze:

- Il Sapere;
- Il Saper Essere;
- Il Saper Fare;



Fig.1 Scheda idealizzato di come le componenti cooperino costantemente assieme, e di come siano fondamentali e strettamente correlati per il funzionamento del processo decisionale dell'infermiere.

Il complesso delle valutazioni, ed azioni poste in essere, che l'infermiere compie si basano sulla rielaborazione di questi elementi fondamentali ed imprescindibili per una corretta assistenza al paziente in ogni fase dell'attività infermieristica e costituiscono i caposaldi del pensiero critico.

Il pensiero critico ha la finalità di analizzare le informazioni poste a risoluzione di un qualsiasi quesito, questo avviene attraverso un processo decisionale denominato "problem solving"²⁷. L'attuazione di questo insieme di valutazioni supportano l'assistenza infermieristica e si sviluppano attraverso passaggi sistematici. Il risultato è l'insieme metodico di fasi dinamiche articolate e complesse che si distinguono in:

- Accertamento
- Diagnosi Infermieristica
- Pianificazione
- Attuazione
- Valutazione

In sintesi è possibile asserire che:

Accertamento

E' la pianificazione²⁸ dell'assistenza infermieristica comprende la definizione dei problemi prioritari del paziente, dei risultati attesi e la selezione degli interventi da effettuare. (...)

Ai fini della comprensione si riporta unicamente la definizione di "accertamento d'urgenza o emergenza". Questa si esegue durante l'insorgenza di una crisi fisica o psichica di un paziente per evidenziare i problemi che possono minacciare la vita (es: pervietà delle vie aeree).

Diagnosi Infermieristica

La diagnosi infermieristica²⁹ è un giudizio clinico riguardante una risposta umana a condizioni di salute/processi vitali, o la vulnerabilità a tale risposta, da parte di una persona, caregiver, famiglia, gruppo

o comunità.

Pianificazione:

La pianificazione³⁰ dell'assistenza infermieristica comprende la definizione dei problemi prioritari del paziente, dei risultati attesi e la selezione degli interventi da effettuare. Per stabilire le priorità si devono classificare le diagnosi o i problemi in ordine di importanza, per poter organizzare le attività di cura, soprattutto quando il paziente ha multiple problematiche.

Le problematiche³¹ sono inoltre suddivise in:

problemi ad alta priorità: problemi, che se non trattati, mettono a rischio la vita del paziente;

problemi a media priorità: comprendono necessità non emergenti e che non minacciano la vita del paziente;

problemi a bassa priorità: sono centrati sui bisogni connessi allo sviluppo o problemi/rischi che richiedono interventi infermieristici di natura supportiva o di monitoraggio.

In questa fase vengono identificati i risultati attesi, ovvero un cambiamento dello stato del paziente in risposta agli interventi infermieristici; il cambiamento deve essere misurabile e indicare il livello di benessere o l'indipendenza in alcune funzioni.

I risultati attesi devono essere:

- basati sul paziente e condivisi;
- realistici;
- definiti nel tempo (a breve, a medio e a lungo termine);
- misurabili;

Attuazione³²

L'intervento infermieristico è definito come un qualunque trattamento basato su un giudizio clinico-assistenziale e un corpus di conoscenze, che l'infermiere gestisce\attua per raggiungere i risultati per l'assistito.

Valutazione³³

È l'insieme dei processi in cui si misurano i risultati. In questa fase si può compiere la ripianificazione degli obiettivi a breve, medio o

lungo termine.

La valutazione è dinamica e può essere effettuata più volte durante le cure ad un paziente, in rapporto ai problemi e alle condizioni del paziente stesso.



Fig.2 Processo di Nursing Metodo NANDA I.

Modello circolare e continuo del Processo Infermieristico per l'analisi e la gestione del malato dal primo contatto sino al perdurare dell'assistenza.

Nell'ambito specifico del soccorso extraospedaliero il processo infermieristico, determinata la natura emergenziale degli interventi, richiede adempimenti clinico-assistenziali complessi, che possono prevedere intrinsecamente per la corretta applicazione delle linee guida, l'impiego di farmaci atti a raggiungere gli obiettivi prefissati, ovvero l'ospedalizzazione in sicurezza o la gestione dell'assistito per l'attivazione delle risorse aggiuntive specifiche, quali ad esempio l'elisoccorso.

Il diagramma riportato di seguito mostra come il ragionamento infermieristico in emergenza non differisca da quello base, infatti i punti cardine sono i medesimi. Le variabilità nella risposta sono determinate da intrinseche difformità presenti nel sistema quali; le conoscenze personali, il setting, le risorse umane e tecnologiche a disposizione.



Fig. 3 Processo di Nursing Metodo NANDA I applicato alla gestione del paziente critico. Nel circolo interno è espressa la sequenza del processo di nursing utilizzata nella gestione del malato. Nel circuito esterno sono ripresi i passaggi generici idealizzati nell'approccio del malato critico.

Ripercorrendo brevemente il modello della Dott.ssa P. Benner³⁴ che suddivideva le competenze infermieristiche in cinque classi enfatizzando non solo il percorso teorico delle conoscenze, ma soprattutto l'importanza del ragionamento clinico e l'immaginazione clinica per divenire infermieri capaci e responsabili, si è giunti oggi ad una nuova classificazione enunciata dalla FNOPI³⁵. Nella visione moderna della figura infermieristica sono riconosciuti due filoni distinti che si dividono in:

Infermiere con perfezionamento clinico (livello b) Si riferisce a un infermiere che ha seguito un corso di perfezionamento universitario che lo ha messo in grado di perfezionare le sue competenze "core" applicate a un'area tecnico operativa molto specifica.

- *Infermiere esperto clinico con master (livello c) Si riferisce a un infermiere che si è formato con un master universitario di primo livello che lo ha messo in grado di approfondire le sue competenze declinandole in un settore particolare dell'assistenza*

infermieristica. È l'infermiere esperto di parti di processo assistenziale o di peculiari pratiche assistenziali settoriali.

- *Infermiere specialista clinico con laurea magistrale (livello d) Si riferisce a un infermiere che si è formato con laurea magistrale in Scienze Infermieristiche con orientamento in una delle aree previste dall'accordo Stato Regioni (area cure primarie - servizi territoriali/distrettuali; area intensiva e dell'emergenza/urgenza omissis...). È l'infermiere specialista clinico in grado di orientare, governare (impostare, supervisionare, monitorizzare, valutare) sia i processi assistenziali tipici di una certa area clinica e presenti in qualsiasi struttura (dalla più piccola alla più complessa, dalla più generalista alla più specializzata), sia le competenze professionali necessarie per realizzarli.*

9. Risvolti clinico-assistenziali

L'evoluzione della normativa con il susseguirsi degli anni ha comportato l'indipendenza professionale e una modifica dell'assistenza erogata, da generalista e basata sulla risoluzione di compiti, a personalizzata per competenze in risposta ai bisogni dell'assistito attraverso un processo intellettuale complesso. Contemporaneamente si favorisce l'introduzione delle "Diagnosi Infermieristiche"³⁶ come strumento univoco di comunicazione.

Un ulteriore passaggio avviene con la Legge 43/2006³⁷ che istituisce l'Ordine degli Infermieri e la suddivisione dei laureati in professionista, specialista, coordinatore e dirigente. Sul versante del trattamento clinico si ha l'emanazione della Legge 38/2010³⁸ concernente il diritto all'accesso alle cure palliative e terapia del dolore. La norma individua il dolore come parametro vitale da "misurare, registrare e lenire", è un sintomo da rilevare in cartella clinica e trattare nell'ambito specifico delle linee guida dell'analgesia.

Nell'ambito specifico dell'area dell'emergenza e urgenza si ha la divulgazione della Raccomandazione Ministeriale n.15/2013³⁹ da

parte del Ministero della Salute. Nel testo si sottolinea la funzione fondamentale della predisposizione di protocolli e/o procedure cliniche e organizzative aziendali basati su Evidence Based Medicine (EBM) ed Evidence Based Nursing (EBN), condivise con gli operatori. Nell'ambito della responsabilizzazione professionale, menzione particolare merita la normativa Europea 2013/55/UE⁴¹, recepita dal parlamento attraverso il D.lgs. n.15 del 28 gennaio 2016⁴², in quanto all'infermiere viene riconosciuta la competenza "di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi". L'autonomia si estende anche alla potestà di fornire autonomamente consigli, indicazioni e supporto alle persone bisognose di cure e alle loro figure di appoggio. La Legge Bianco – Gelli, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" prescrive ai professionisti il rispetto delle linee guida o, in loro assenza, delle buone pratiche, richiedendone tuttavia l'adeguatezza al singolo caso concreto. Uno dei concetti predominanti inseriti in questa Legge risulta essere l'abolizione dell'anacronistico concetto di "protocollo" come strumento di lavoro destinato all'assistenza.

10. Le Linee Guida clinico-pratiche quale strumento di lavoro

Nonostante lo sviluppo normativo riassunto precedentemente, l'utilizzo dei farmaci in assenza di un medico nell'ambito dell'emergenza e urgenza è stato foriero di equivoci e conflitti. In generale la problematica in Italia sembrerebbe il vincolo di una diagnosi medica che dovrebbe precedere la somministrazione di una terapia, ma nel testo verrà spiegato come questo comprenda un'eccezione nell'ambito dell'emergenza e urgenza.

Nella pratica operativa la questione è complessa: sin dall'approvazione del DPR del 27 marzo 1992 si contemplano i protocolli approvati

dal responsabile medico del servizio. Analizzando la dimensione professionale dell'infermiere, che al tempo era di figura "ausiliaria" del medico, quindi a responsabilità limitata, è possibile evidenziare la genuinità della norma che non è decaduta, ma deve essere comunque contestualizzata.

Nell'interpretazione giuridica il protocollo è vincolante per i professionisti; se le LG forniscono raccomandazioni cliniche, flessibili per definizione, il termine protocollo implica, senza precisarlo, che deve essere applicato a tutti i pazienti, esponendo il professionista e l'organizzazione a potenziali rischi medico-legali qualora questo non avvenga. Pertanto il termine "protocollo" dovrebbe essere utilizzato solo se viene condiviso l'obbligo di applicarne i contenuti a tutti i pazienti (target 100%). A supporto di questo, la dicitura "secondo protocollo" meglio si addice non alla pratica clinica intesa come gestione attiva del malato, ma all'espletamento di funzioni che necessitano del massimo rigore metodologico supportato da strumenti quali le checklist. Rimanendo nel contesto extraospedaliero un valido esempio può risultare il controllo dell'attrezzatura dell'ambulanza o del materiale sanitario presente nello zaino di soccorso. L'utilizzo di queste procedure vincolanti derivanti dal settore aeronautico, indicano schemi univoci ed insindacabili.

Diverso è il caso riguardante l'approccio al paziente per definizione unico; la norma in oggetto, unita alla regionalizzazione dell'organizzazione sanitaria, con servizi difformi offerti al cittadino, ha favorito la sperimentazione di nuove configurazioni, riconoscendo da un lato una maggiore responsabilizzazione dell'infermiere, ma al contempo, come già anticipato, un incremento delle disuguaglianze. La differenziazione dei sistemi li rende difficilmente confrontabili tra loro, la vera rivoluzione sarebbe la nazionalizzazione del SET, perlomeno per quanto riguarda gli standard delle competenze riconosciute agli Infermieri.

Studi promossi dalla FIASO^{42 43} hanno comparato, in tempi e con indicatori diversi, i sistemi di emergenza territoriale di alcune regioni

attraverso degli indicatori di sistema. Attraverso questi si è riusciti a quantificare i costi del servizio per l'anno 2015, inoltre i dati hanno evidenziato e concluso che la presenza del medico risulterebbe necessaria nel 5% degli interventi analizzati.

Nei documenti riguardanti i sistemi di emergenza si è riscontrata spesso la locuzione “personale adeguatamente formato”, senza mai specificare come misurare questa appropriatezza fino al 2017, quando l'Università di Torino, istituendo il percorso specialistico specifico per il personale infermieristico impegnato nell'emergenza territoriale denominato “EUTI”⁴⁴, ha definito un percorso accademico professionalizzante incardinato sulle competenze. *“Il Master fornisce all'infermiere competenze avanzate per raccogliere e analizzare i dati, identificare i problemi, pianificare, gestire e attuare interventi relativi alle emergenze ordinarie, straordinarie e multiple all'interno delle Centrali Operative ed a bordo di ambulanze, aeroambulanze e idro ambulanze dei Sistemi di Emergenza Territoriale, nonché svolgere attività di pianificazione ed assistenza durante eventi e manifestazioni di massa. Con un ulteriore percorso formativo abilitante l'infermiere con Master in Emergenza e Urgenza Territoriale potrà operare sui mezzi di soccorso ad ala rotante”.*

Appare evidente la valenza inedita del ruolo, il professionista infermiere non formulerà diagnosi mediche al posto del medico, né tanto meno somministrerà terapie non finalizzate al mantenimento in vita o alla risoluzione di crisi acute. Egli avrà il compito di garantire la sopravvivenza del paziente fino alla presa in carico da parte degli specialisti, ovvero “la competenza di avviare autonomamente misure immediate per il mantenimento in vita e di intervenire in situazioni di crisi e catastrofi”.

Il percorso di professionalizzazione attraverso l'apprendimento universitario delle competenze base, intermedie e avanzate, ha anticipato gli eventi. Precisamente, “il Ministro del Lavoro e delle Politiche Sociali, di concerto con altri ministeri, ha emanato il 5 gennaio 2021, un rilevante documento dal titolo; *“Disposizioni per l'adozione delle linee guida per l'interoperatività degli enti pubblici titolari del sistema nazionale di certificazione delle competenze”* Nel

testo è sottolineato che “le Linee guida hanno una valenza strategica in quanto rappresentano il provvedimento che rende operativo il Sistema nazionale di certificazione delle competenze, di cui all’articolo 4, comma 58, della Legge 28 giugno 2012, n. 92 e al citato Decreto legislativo 16 gennaio 2013, n. 13, inserendosi nell’ambito del più ampio processo nazionale per il diritto individuale all’apprendimento permanente”.

In tale contesto il riconoscimento e la certificazione delle competenze, acquisite dall’individuo in contesti formali, non formali e informali (...). La normativa ampiamente evidenzia l’importanza delle Linee guida rafforzando indirettamente per quanto concerne le professioni sanitarie, quanto descritto nella normativa Bianco-Gelli.

In ultimo, occorre sottolineare che l’infermieristica moderna non può rimanere ancorata al solo e arcaico concetto di “Assistenza” basata sulla condivisione empatica e compassionevole del dolore dell’assistito, ma ha bisogno di strumenti validi per gestire la sintomatologia in maniera proattiva e autonoma nelle situazioni di emergenza e urgenza prima, ed in maniera collaborativa nelle situazioni a maggiore complessità come la palliazione.

L’anacronistico concetto di “missione” umanistica è stato soppiantato da un più articolato concetto di “Mission”, ovvero un complesso intersecarsi di competenze e responsabilità che si offrono per ricercare la miglior pratica assistenziale basata sulla EBN. L’insieme di questi concetti nella pratica si esprime con la Good Practice.

Il processo di “Preso in carica” in maniera olistica del malato nel soccorso extraospedaliero, tiene fede al processo di “Nursing” in quanto si articola nella:

- interpretazione dei dati, ovvero la contestualizzazione della situazione,
- formulazione di ipotesi (riconducibili alle linee guida specifiche del soccorso extraospedaliero),
- definizione di un “problema”, ovvero di un quesito clinico assistenziale. L’unicità del malato avvalorava la tesi dell’insostenibilità dell’esercizio per “protocolli”, ma sostiene e

conferma il compire per linee guida.

11. Competenze clinico-assistenziali essenziali per gli infermieri SET

L'attuale assetto dei sistemi di emergenza richiede all'infermiere un bagaglio di conoscenze e abilità specifiche per la mitigazione o la risoluzione di situazioni critiche in ambito adulto e pediatrico. La disponibilità di presidi e farmaci rappresenta un mezzo essenziale per poter supportare le funzioni vitali, ed è stata precedentemente discussa la necessità di implementare nuovi strumenti guida per supportare il contributo del personale infermieristico alla Mission dei SET.

La SIIET ha eseguito un'analisi della letteratura nazionale ed internazionale per identificare gli scenari in cui il professionista operante sui mezzi di emergenza sarà chiamato ad effettuare interventi essenziali ed improcrastinabili. Tali scenari sono di seguito elencati:

- Arresto cardio polmonare
- Gestione delle vie aeree
- Insufficienza respiratoria acuta
- Anafilassi
- Alterazioni elettrocardiografiche
- Alterazioni neurologiche
- Stato di shock
- Sedazione & Gestione del dolore in emergenza
- Gestione della pz gravida
- Trauma
- Ustione

Sarà oggetto di un futuro documento articolare gli interventi clinico-assistenziali essenziali ed improcrastinabili che dovranno essere intrapresi dal professionista operante sui mezzi di emergenza.

12. Conclusioni

La SIIET, in seguito al lavoro di revisione della normativa, rimarca la necessaria riforma a carattere Nazionale del sistema di risposta alle emergenze territoriali (SET), riconoscendo, uniformando e applicando le competenze di tutti i protagonisti del settore, questo da tempo auspicato ed evidenziato nel documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale degli Infermieri “Evoluzione delle Competenze Infermieristiche³⁵”.

Nel testo si rimarca l’odierna responsabilità giuridica, etica ed intellettuale degli infermieri SET di agire con competenza nelle situazioni di emergenza ed urgenza, aderendo a standard clinici nel rispetto delle linee guida. Ancora, che vi sia professionalità nell’agire proporzionando le competenze in base agli obiettivi prefissati nell’attuazione del processo di Nursing, alla propria “competence”, e al team in cui si opera nella gestione clinica del paziente.

La SIIET auspica che in tempi rapidi la competenza dell’infermiere SET comporti una attestazione delle conoscenze ed “expertise” specifiche attraverso una certificazione unica sul territorio nazionale, e preferibilmente su base accademica.

Attraverso questo documento si sottolinea la liceità nell’utilizzo di tecniche, presidi e farmaci come strumento con la quale si persevera il fine, ovvero la mitigazione - o ancora la risoluzione - di situazioni critiche, nel rispetto della Mission del SET 118/112.

In ultimo, si rammenta al personale infermieristico di agire con competenza e professionalità, associati a perizia, prudenza e diligenza per riconoscere e mitigare le situazioni di pericolo, che sia potenziale o reale. Le funzioni, così come gli obblighi, risultano essere chiari ed insiti nella moderna figura dell’essere infermiere SET.

13. Riferimenti

1. POSITION PAPER / il sistema di emergenza preospedaliero / SIIET / 2021
2. - DOCUMENTO INTERSOCIETARIO AARO I EMAC - AcEMC - ANIARTI - COSMEU - SIAARTI - SIEMS - SIIET - SIMEU., Proposta di riordino del Sistema di Emergenza e Urgenza Territoriale (SET 118), 2020
3. WHO Europe / Emergency Medical Services Systems-Report of an assessment project conated by the world health organization.
4. X Mahmud S, Rahman S. (2016) Do the emergency services have a duty of care towards individual members of the public? A critique under the English tort law. International Journal of Law [Internet] 2(6):77-81. (Consultato il 30 aprile 2021)
5. DPR 27 marzo; 1, “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza” ,1992
6. Corte Costituzionale - Sentenza 259/2019 - Giudizio GIUDIZIO PER CONFLITTO DI ATTRIBUZIONE TRA ENTI - Presidente LATTANZI - Redattore SCIARRA - Udienza Pubblica del 22/10/2019 Decisione del 04/11/2019 - Deposito del 06/12/2019 Pubblicazione in G. U. - Norme impugnate: Atto della Commissione disciplinare medica dell’Ordine provinciale dei medici chirurghi e degli odontoiatri di Bologna del 30/11/2018; silenzio del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della salute in relazione all’atto di significazione della Giunta regionale dell’Emilia-Romagna, trasmesso il 27/12/2018.
7. LEGGE REGIONALE 30 dicembre 2019, n. 83 - Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario.
8. Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO), “Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli. Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli”. Il Pensiero Scientifico Editore 2015 & Secondo Laboratorio “Servizi di emergenza territoriale 118”. Secondo Laboratorio FIASO “Servizi di emergenza territoriale 118”, 2019
9. AGOSTINIS S., BARIONA M, CHIODO E., Competenze infermieristiche nel sistema di emergenza territoriale. Torino 2021.
10. Regio decreto 2 maggio 1940 N. 1310 “Attribuzione delle mansioni delle infermiere professionali e degli infermieri generici” Art. 3 punto“O”
11. Legge 341 del 1990 il “Riforma degli ordinamenti didattici universitari”
12. Decreto 2 dicembre 1991 “Modificazioni all’ordinamento didattico universitario relativamente al corso di diploma universitario in scienze infermieristiche”
13. Il D.lgs. 502 del 1992 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”
14. 1992, DPR 27 marzo; 1, Art.; 4 “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”
15. DM 739/94, “Profilo Professionale dell’Infermiere” art. 1, 2
16. Legge 42/99 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”
17. Legge 251/2000 Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica
18. DM 2 aprile 2001 n. 128 “Determinazione delle classi di laurea specialistiche universitarie delle professioni universitarie”
19. Codice Penale Articolo 40 LIBRO PRIMO - Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398) [Aggiornato al 28/02/2021]
20. Dizionario Treccani on-line, www.treccani.it/vocabolario/preventivo/
21. Risk Management nell’Emergenza - Urgenza, Pietro PUGLIESE
22. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche - Il testo approvato dal Consiglio Nazionale, 2019 FNOPI
23. Commentario al Nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche- ISBN: 978-88-945199-0-7, Roma, 2020, FNOPI
24. Decreto ministeriale 17/12/2008 “Istituzione del sistema informativo per il monitoraggio delle prestazioni erogate nell’ambito dell’assistenza sanitaria in emergenza-urgenza”

25. Risk Management nell’Emergenza – Urgenza, Pietro PUGLIESE - Standard: Per standard si intende il livello soglia al di sotto del quale la situazione o il trattamento vengono considerati professionalmente non accettabili.
26. Tratto da: Estratto dal documento “A Framework for Qualifications of the European Higher Education Area” (Il Quadro dei Titoli dello Spazio Europeo dell’Istruzione Superiore), disponibile sul sito www.processodibologna.it/documentieuropei Traduzione a cura di Carla Salvaterra – Documento patrocinato dal MIUR
27. Il Problem Solving è composto da varie fasi in cui predominano il Ragionamento Diagnostico, il Giudizio Prognostico e il Decision Making (Taylor, 2000)
28. Carpenito L.J., Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica, CEA, Milano, 2001
29. NANDA International 2018-2020
30. Carpenito L.J., Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica clinica, CEA, Milano, 2001
31. Dochterman, J., & Wagner C.M. Nursing Interventions Classification (NIC) 2018
32. Dochterman, J., & Wagner C.M. Nursing Interventions Classification (NIC) 2018
33. Moorhead, Swanson, Johnson, & Maas, L. Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Ed. 2020
34. Benner P. Say L. Sutphne M. Leonard V. Formazione Infermieristica Strategie per una trasformazione radicale. Edra Ed. 2015
35. Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI, Evoluzione delle Competenze Infermieristiche, delibera n. 79 del 25 aprile 2015
36. Nanda International - Diagnosi Infermieristiche 2018-2020
37. Legge 43/2006 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie infermieristiche, ostetrica, riabilitative, tecnico-sanitarie e della prevenzione e delega al Governo per l’istituzione dei relativi ordini professionali”
38. Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente: “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”
39. RACCOMANDAZIONE N.15 MINISTERO DELLA SALUTE – 2013 “Morte o grave danno conseguente a non corretta attribuzione del codice triage nella Centrale operativa 118 e/o all’interno del Pronto soccorso”
40. Norma Europea 2013/55/UE “la Tessera Professionale Europea”
41. D.lgs. n.15 del 28 gennaio 2016 Art.30 Comma “d” “Attuazione della direttiva 2013/55/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, 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»)”
42. Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) “Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli. (2015). Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli”. Il Pensiero Scientifico Editore
43. Federazione Italiana Aziende Sanitarie e Ospedaliere (FIASO) Secondo Laboratorio “Servizi di emergenza territoriale 118”. (2019). Secondo Laboratorio FIASO “Servizi di emergenza territoriale 118”
44. Università di Torino-Master Emergenza e urgenza Territoriale per infermieri, 2017
45. Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015 – “EVOLUZIONE DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE”.