



Atti del Corso di Aggiornamento

La responsabilità dell'infermiere nell'emergenza e in area critica

Obiettivo del Corso

Identificare e approfondire la responsabilità giuridica dell'infermiere nei contesti di emergenza sanitaria e territoriale.

Docente

dott. Luca Benci: giurista, autore di varie pubblicazioni sul diritto sanitario e sulle professioni sanitarie, consulente presso Aziende ULSS, Università, Collegi e Ordini professionali.

Programma del Corso

8,00	Apertura Segreteria e registrazione dei partecipanti	12,15	L'esercizio professionale in centrale operativa
9,00	Saluti e presentazione del Corso	12,45	Confronto/Dibattito tra pubblico e relatore
9,15	L'inquadramento giuridico e la responsabilità professionale dell'infermiere alla luce delle più recenti normative	13,00	<i>Pausa pranzo</i>
9,45	Il sistema di abilitazione professionale e le attività di emergenza	14,30	L'esercizio professionale nei mezzi di soccorso
10,15	L'omissione di soccorso, il rifiuto di atti d'ufficio e la doverosità di intervento	15,00	L'inquadramento giuridico del medico e la responsabilità professionale
10,45	Confronto/Dibattito tra pubblico e relatore	15,30	L'inquadramento giuridico del volontario del soccorso
11,30	<i>Coffee Break</i>	16,00	Analisi delle problematiche specifiche (attività invasive, obbligo di intervento, consenso del paziente, defibrillazione ecc.)
11,45	Il sistema 118: analisi del contesto giuridico-professionale e del contesto di sistema	16,30	Confronto/Dibattito tra pubblico e relatore
		18,00	Chiusura dei lavori e consegna degli attestati



www.nursind.it

IL SISTEMA DELL'EMERGENZA SANITARIA: IL RUOLO DELL'INFERMIERE IN CENTRALE OPERATIVA E SUI MEZZI DI SOCCORSO

L'infermiere in centrale operativa

Il sistema dell'emergenza sanitaria è stato regolamentato in modo organico dal D.P.R. 27 marzo 1992 denominato "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza" e, come atto regolamentare, dalle linee guida n. 1/1996¹⁴ emanate dal Ministero della sanità.

Con tale decreto si dispone che le regioni devono organizzare le attività di urgenza e di emergenza sanitaria articolate su due livelli:

- a) il **sistema di allarme sanitario**;
- b) il **sistema di accettazione e di emergenza sanitaria**.

Il sistema di allarme sanitario "è assicurato dalla centrale operativa, cui fa riferimento il numero unico telefonico nazionale 118. Alla centrale operativa affluiscono tutte le richieste di intervento per emergenza sanitaria". Sono di norma articolate su base provinciale, anche se le linee guida hanno notato che in base all'esperienza "risulta più funzionale l'istituzione di centrali operative sovraprovinciali o addirittura regionali" e l'istituzione della centrale operativa ha fatto decadere il sistema precedente in cui sul territorio potevano essere presenti più numeri di riferimento gestiti da associazioni, enti o servizi delle unità sanitarie locali.

Le funzioni della centrale operativa comprendono:

1. ricezione delle richieste di soccorso;
2. valutazione del grado di complessità dell'intervento da attivare;
3. attivazione e coordinamento dell'intervento stesso.

Per potere assolvere a queste funzioni la centrale operativa deve essere a conoscenza della dislocazione e della tipologia dei mezzi di soccorso sul territorio, delle postazioni di guardia medica, della disponibilità dei posti letto dei DEA, con particolare riferimento ai reparti di area critica. La centrale operativa deve inoltre avere un collegamento con le altre centrali operative.

Le linee guida precisano inoltre che la centrale operativa deve poter definire, con la massima precisione, il grado di criticità e complessità dell'evento accaduto, e, conseguentemente, attivare l'intervento più idoneo utilizzando tutte le risorse a disposizione. Per potere assolvere ai propri fini istituzionali, i compiti della centrale operativa prevedono di:

- a) fornire i consigli più appropriati, eventualmente indirizzando il paziente al proprio medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta (nelle ore diurne, per patologie che non rivestono caratteristiche di emergenza né di urgenza) o ai servizi di guardia medica territoriale, non inserita nel sistema di emergenza-urgenza, oppure ai punti di pronto soccorso territoriale, indicandone l'ubicazione;
- b) coinvolgere la guardia medica territoriale, non inserita nel sistema di emergenza e urgenza;
- c) inviare mezzi di soccorso con o senza medico a bordo, organizzando l'eventuale trasporto in struttura idonea, precedentemente allertata.

Alla centrale operativa possono inoltre essere affidati compiti di trasporto urgente di sangue e l'attività connessa ai trapianti e prelievi di organo.

L'articolo 4 del D.P.R. 27 marzo 1992 prevede che "la responsabilità medico-organizzativa della centrale operativa è attribuita nominativamente, anche a rotazione con specificazione nominativa, a un medico ospedaliero con qualifica non inferiore ad aiuto".

La responsabilità operativa è invece "affidata al personale infermieristico professionale della centrale, nell'ambito dei protocolli decisi dal medico responsabile della centrale operativa". Queste disposizioni hanno suscitato le critiche di certa dottrina giuridica e medico-legale che ha avuto modo di notare che questo meccanismo di accettazione della chiamata ha "demandato in pratica all'infermiere professionale che, pur sulla base di codici prestabiliti, assume un potere discrezionale molto ampio che dovrebbe essere proprio di altra figura sanitaria quale quella del medico, posto che l'emergenza è un momento centrale e critico della malattia".¹⁵ Queste critiche non meritano di essere condivise in quanto troppo generiche e prefiguranti una centrale operativa composta di soli medici, situazione probabilmente unica al mondo. Sul punto ha avuto modo di intervenire il Consiglio di Stato che ha ribadito la legittimità di tali compiti al personale infermieristico rilevando che esso è "tenuto comunque a seguire protocolli di comportamento ed a ricondursi all'esperienza del medico di appoggio, che è l'effettivo responsabile della centrale".¹⁶

Il sistema sopra delineato è integrato con disposizioni di carattere regionale ed è uscito indenne da una controversia giudiziaria presso la magistratura amministrativa.¹⁷

Le linee guida hanno comunque opportunamente precisato che "i protocolli di valutazione di criticità dell'evento devono utilizzare codifiche e terminologie standard non suscettibili di ambiguità interpretative e devono essere sottoposti a periodica valutazione e revisione". Il riferimento principale è al *sistema di dispatch*.¹⁸

Il personale della centrale operativa è costituito da personale medico e infermieristico.

Il personale medico è costituito da un responsabile che deve possedere la qualifica di dirigente medico di primo o di secondo livello, con comprovata esperienza nell'area dell'emergenza sanitaria. Il responsabile ha le seguenti attribuzioni:

- organizzazione generale di tutta la definizione degli aspetti tecnici che regolano i rapporti con le altre strutture di emergenza non sanitaria e con gli enti convenzionati;
- la definizione dei protocolli operativi interni;
- la definizione e la conduzione di programmi per la verifica e la promozione della qualità dell'assistenza prestata;
- la gestione del personale della centrale, inclusa la guardia medica addetta all'emergenza;
- il coordinamento operativo dei mezzi e la definizione di linee di indirizzo per la formazione e l'aggiornamento dello stesso.

I medici assegnati alla centrale si distinguono tra medici dipendenti, fissi o a rotazione, provenienti dai vari settori afferenti all'area dell'emergenza e medici di guardia medica.

Inoltre, da un punto di vista operativo è possibile distinguere i medici addetti alla centrale operativa dai medici addetti all'emergenza territoriale. I primi "svolgono opera di supervisione dell'attività del personale infermieristico della centrale per garantire la corretta risposta alle richieste di soccorso", mentre i secondi "svolgono compiti assistenziali in ambito extraospedaliero" con particolari compiti quali "la scelta dell'ospedale di destinazione, nel rispetto dei protocolli concordati", con particolare riferimento ai pazienti ad alto grado di criticità. Il personale infermieristico della centrale è composto da infermieri professionali con esperienza nell'area critica, o che abbiano seguito corsi di formazione nel settore dell'emergenza. Rientrano tra i compiti del personale infermieristico quelli di:

- ☛ ricezione, registrazione e selezione delle chiamate;
- ☛ determinazione dell'apparente criticità dell'evento segnalato;
- ☛ codificazione delle chiamate e delle risposte secondo il sistema delle codifiche definito dal decreto del Ministero della sanità del 15 maggio 1992.

Nelle situazioni critiche, inoltre "consultano il medico assegnato alla centrale, e gli forniscono gli elementi necessari ad assumere le decisioni negli interventi complessi, mantenendo i collegamenti con il personale di bordo dei mezzi di soccorso".

La funzione e la responsabilità dell'infermiere di centrale operativa è la tipica responsabilità dell'infermiere di triage. Il triage telefonico a cui è chiamato l'infermiere di centrale operativa differisce però dal triage di pronto soccorso in quanto chiamato a un compito meno stringente. Nel triage di centrale l'infermiere ha il compito di determinare "l'apparente criticità dell'evento segnalato", mentre nel triage di pronto soccorso l'infermiere deve codificare la criticità del paziente con maggiore precisione, data la possibilità di maggiore precisione nella valutazione dei dati raccolti.

L'infermiere risponde della corretta formulazione del corretto giudizio di criticità dell'evento in base ai protocolli o ai dispatch in uso nella centrale.

Si rinvia per le altre considerazioni in merito alla responsabilità per triage al paragrafo successivo.

L'infermiere nei mezzi di soccorso

Le innovazioni al sistema di abilitazione all'esercizio professionale si estendono, inoltre, al servizio infermieristico sulle ambulanze.

L'art. 10 del D.P.R. 27 marzo 1992 recita testualmente: "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".

Il legislatore aveva quattro strade, ben delineate¹⁹ nell'organizzazione del servizio di emergenza, in relazione alla presenza o meno del medico sulle ambulanze di soccorso.

I principali modelli sono:

1. il **modello "on line"**: in questo caso il personale infermieristico è in diretto contatto con il medico via radio e riceve le disposizioni direttamente dal medico di centrale;
2. il **modello "standard orders protocol system"**: modello caratterizzato dalla predisposizione di protocolli di comportamento, senza generalmente essere in contatto via radio;
3. il **modello "medico on scene"**, basato sulla presenza fisica del medico sulla scena. È ovviamente il metodo più costoso. Può essere attuato in via diretta, con il medico presente sull'ambulanza, o in via indiretta con il medico di supporto sull'auto medica. In quest'ultimo caso si possono creare dei problemi in relazione al ritardo dell'arrivo dell'auto medica rispetto all'arrivo dell'ambulanza.

Il modello adottato dal D.P.R. istitutivo del 118 è quello che gli studiosi hanno classificato come "standard orders protocol system". Bisogna ricordare che già in regime mansionariale l'infermiere aveva precisi compiti riguardanti l'emergenza quali la respirazione artificiale, il massaggio cardiaco esterno, le manovre emostatiche e l'ossigenoterapia. Il tutto da svolgersi seguito da "immediata richiesta di intervento medico".

Il punto è estremamente delicato e necessita di analisi approfondita.

Vediamo i tratti salienti. L'art. 10 del D.P.R. citato stabilisce che nello svolgimento del servizio di emergenza, l'infermiere "può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi...". Quale significato ha rispetto alla vecchia e pura logica mansionariale, nella quale l'infermiere può praticare la terapia endovenosa dietro prescrizione medica e all'interno di strutture ospedaliere e cliniche universitarie?

Non vi sono dubbi che cambi radicalmente l'ambito in cui l'infermiere agisce. Questo articolo si riferisce all'emergenza extra ospedaliera in un contesto in cui non è presente il medico. Stesse considerazioni valgono per la restante parte dell'articolo laddove si precisa che l'infermiere può essere autorizzato a "svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio".

Anche in questo caso siamo oltre le normali e tradizionali attribuzioni dell'infermiere fino a limiti non precisati ed anche difficilmente precisabili. Il tutto, ancora una volta, è ancorato ai protocolli stabiliti dal medico.

È interessante iniziare a riflettere sui protocolli e, in particolare, sui protocolli previsti dalla normativa in esame.

Il problema di liceità che comunque pone il riferimento al protocollo è la natura dei protocolli dell'emergenza extraospedaliera. Si possono tranquillamente definire protocolli a valenza "diagnostico-terapeutica". Se fossero soltanto a valenza terapeutica, nulla quaestio. Problemi decisamente maggiori si creano invece in merito al riconoscimento dei protocolli in questione come protocolli a valenza diagnostico-terapeutica, in cui è demandata all'infermiere l'intera gestione assistenziale del caso. L'infermiere cioè deve applicare il protocollo nella sua parte terapeutica laddove preliminarmente individui le condizioni diagnostiche che ne stanno alla base. In questo caso l'infermiere si comporta in realtà come un medico che agisce in base ai protocolli, con tutte le responsabilità che ha il medico in questi casi, con particolare riferimento all'errore di diagnosi.

ASPETTI GIURIDICI E PROFILI DI RESPONSABILITÀ NEL TRIAGE DI PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO

I pronto soccorso ospedalieri sono, come è noto, oberati da richieste di prestazioni non sempre proprie. La tendenza, di carattere internazionale, consiste in un aumento annuo di prestazioni di pronto soccorso stimato intorno all'otto per cento. I motivi di tale costante aumento vengono fatti risalire a una serie congiunta di fattori quali la crisi della figura del medico di medicina generale, l'insufficiente risposta che può dare la sanità extraospedaliera, la possibilità di esentare la prestazione dalla compartecipazione alla spesa (ticket).²⁰

Questo fa sì che i tempi di attesa di una prestazione aumentino, facendo correre il rischio all'utenza di non avere la prestazione erogata in tempi utili con gravi danni.

La funzione di triage (dal francese trier, scegliere) nasce per ovviare a questi problemi: il triage di pronto soccorso deve essere distinto dal triage nella medicina dei disastri e da quello telefonico previsto dal D.P.R. 27 marzo 1992, relativo alle centrali operative del 118.

Gli obiettivi dichiarati dell'attività di triage si possono quindi riassumere nel "mantenere l'efficienza complessiva della struttura di pronto soccorso" e nel "ridurre al minimo possibile il ritardo nell'intervento sul paziente urgente".²¹

Il Ministero della sanità ha emanato delle linee-guida per il sistema di emergenza-urgenza in applicazione del D.P.R. 27 marzo 1992.²² Un apposito paragrafo è denominato "funzioni di triage". Si legge testualmente che "all'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

L'attività di triage di pronto soccorso è quindi affidata al personale infermieristico che però deve essere "adeguatamente formato" e deve operare secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

Inoltre sono state emanate successivamente specifiche linee guida per il triage intraospedaliero²³ dove si specifica che la "funzione di triage deve essere attivata in tutte le unità operative di pronto soccorso-accettazione, purché correlata al numero degli accessi". Opportunamente si ha modo di precisare che "le aziende sanitarie devono garantire le risorse per assicurare la funzione di triage". Tale funzione deve essere assicurata in ogni caso e continuativamente in quei presidi con oltre venticinquemila accessi per anno. Le strutture che pur essendo al di sotto dei venticinquemila accessi, si trovano a operare in periodi di elevati flussi devono garantire la funzione di triage proporzionalmente alle necessità.

A tal proposito, secondo le linee guida del 2001 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".

Forti dubbi di coerenza logica se non addirittura di legittimità viene posta nella parte in cui le linee guida specificano che "l'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti, riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di pronto soccorso-accettazione o dipartimento di emergenza-urgenza e accettazione (DEA).

Stupisce un'affermazione di questo tipo per un duplice ordine di motivi: di coerenza logica e di non fattibilità. Se è pur vero che è corretto definire l'attività di triage come un'attività di carattere "medico-infermieristico" o più correttamente "infermieristico-medica" la responsabilità del medico in servizio non può certo estendersi al comportamento dell'infermiere di triage. Tutto in realtà ruota intorno al concetto di "supervisione" indicato dal documento. Dato che la supervisione non è un dato giuridico è assolutamente indispensabile cercare nella letteratura che si occupa di management cosa si intenda per supervisione. Tra i più autorevoli esperti del settore a livello mondiale, uno studioso come Mintzberg definisce la supervisione come il "coordinamento attraverso una persona che assume la responsabilità del lavoro di altri, dando loro ordini e controllando le loro azioni". Se questo è il concetto di supervisione deve essere detto che è assolutamente non corrispondente al vero il fatto che l'infermiere operi sotto la supervisione medica, soprattutto tenendo conto del fatto che i protocolli devono essere determinati da atti professionali di natura infermieristica. Non si vede infatti come oggi possa il medico supervisionare l'operato infermieristico visto il complesso normativo che attribuisce in modo inequivoco l'autonomia agli infermieri e soprattutto verso un'attività che in sala di triage è infermieristica.

Interessante, infine, l'affermazione che il "trriage è patrimonio del pronto soccorso e, ove sussista la rotazione del personale in ambito dipartimentale deve essere condiviso da tutto il personale infermieristico del dipartimento di emergenza". Vista l'attuale difficoltà di rotazione del personale e lo stato generalmente embrionale dei dipartimenti ospedalieri quest'ultima sembra essere più una previsione programmatica a lungo periodo che non una vera e propria indicazione tassativa.

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".²⁴

Il processo decisionale si basa sull'obiettività rilevabile all'esame visivo, sui sintomi dichiarati dal paziente e su eventuali domande poste dall'infermiere riguardanti il tempo di insorgenza dei sintomi, e si conclude con l'assegnazione di un codice di gravità che può essere un codice numerico o, più frequentemente un codice colore.²⁵

Particolare importanza assume quindi la figura dell'infermiere "triagista" e la sua preparazione. Essendo state abrogate le norme mansionariali, il profilo professionale diventa il principale punto di riferimento normativo dell'esercizio professionale.

Leggiamo testualmente al terzo comma dell'art. 1 del D.M. 739/1994:

"L'infermiere:

- a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi
- c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico".

Concentreremo la nostra attenzione sul punto a): il verbo “partecipa” indica un’azione che l’infermiere attua insieme ad altri. Con il contributo di altri, ma può anche essere inteso come individuazione in momenti cronologici diversi. Il malato viene prima visto dall’infermiere che lo seleziona in base al codice di gravità e poi dal medico che provvede alla visita e alla diagnosi. È una tipica azione che la più aggiornata manualistica infermieristica classifica come azione collaborativa dell’infermiere. Il punto a) è senza dubbio il punto che più si attaglia alla attività di triage.

Il comma b) infatti è il punto che attribuisce maggior autonomia agli infermieri, ma limita il punto alla sola identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, bisogni certamente non prioritari in un pronto soccorso ospedaliero.

Non essendo l’attività di identificazione dei bisogni una attività per sua natura statica, è del tutto indispensabile procedere, rispetto ai tempi prefissati, alla doverosa attività di valutazione, attività fondante di ogni processo di individuazione dei bisogni.

Rispetto ai primi interventi da eseguire nell’area di triage, dando per scontata la liceità di una serie di atti che l’infermiere può eseguire in assenza del medico, per gli atti da eseguire dietro prescrizione medica si consiglia l’adozione di protocolli e linee guida che possono surrogare l’assenza di una prescrizione. La stessa scheda infermieristica di triage potrebbe essere considerata di fatto una prescrizione ai primi interventi diagnostici (prelievo capillare ematico, ECG ecc.). Il triage non può nei fatti mai essere costruito dal personale infermieristico (e medico) al di fuori della sua connotazione istituzionale (selezione dei pazienti e scelta delle priorità) come a esempio la impropria “dimissione” di un paziente che si è presentato in un pronto soccorso,²⁶ o peggio ancora per un rifiuto alle cure o alla stessa visita medica, ipotesi che integra gli estremi del reato di rifiuto di atti d’ufficio.²⁷

Triage, consenso informato e diritto alla riservatezza

Il principio del consenso informato è ormai pienamente operante nel nostro ordinamento giuridico. Il codice deontologico dell’infermiere stabilisce all’art. 4.5 che l’infermiere “garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere” e inoltre “si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato”.

Come viene riconosciuto anche dalla dottrina medico-legale l’informazione al paziente in triage e l’acquisizione al consenso di pratiche che vengono svolte dall’infermiere - anche come anticipazione di attività - compete all’infermiere “trattandosi di atto che professionalmente a lui compete e sulle cui caratteristiche, dunque egli può fornire la più esaustiva descrizione”.²⁸

Bisogna inoltre tenere presente che la raccolta dati da parte dell’infermiere avviene in strutture - le sale di triage - che spesso per motivi di non adeguamento sono ancora in buona sostanza le vecchie sale di attesa e quindi non predisposte per la tutela della riservatezza dei dati personali. In questi casi comunque, nei limiti del possibile, devono essere attivate tutte le procedure e le accortezze possibili atte a salvaguardare la tutela della privacy del paziente, come ben puntualizzato anche dalle linee guida ministeriali del 2001 (vedi schema oltre) e come già ricordato precedentemente dalla dottrina.²⁹ Per l’infermiere la tutela della riservatezza delle informazioni e dei dati relativi alla persona è anche un obbligo deontologico (art. 4.6 Codice deontologico Federazione nazionale collegi infermieri).

Obblighi di registrazione

In conformità con la tendenza attuale a conferire all’infermiere un maggior numero di obblighi di registrazione, è realmente opportuno che l’attività di triage sia attentamente documentata.

L’istituenda scheda infermieristica di triage è senza alcun dubbio da considerarsi “atto pubblico” e come tale soggetta alle norme penalistiche sulla falsità documentale.³⁰

Onde evitare problemi di liceità è bene costruirla più come “raccolta dati” e non “anamnesi” piuttosto che con nomi di diagnosi mediche, in quanto la diagnosi medica è l’elaborazione intellettuale di dati che convergono dall’esame obiettivo e dagli esami diagnostici.

La locuzione “diagnosi infermieristica” può essere tranquillamente usata, ma probabilmente è di scarsa utilità in un contesto del genere.

Del tutto indispensabili sono l’ora di inizio e l’ora di fine dell’attività di triage. È ormai una caratteristica consolidata anche in altre pratiche sanitarie e sancita da precise normative (per esempio la trasfusione di sangue, la registrazione dell’atto operatorio).

Altri requisiti minimi possono ravvisarsi nella documentazione delle domande formulate e nella relativa assegnazione del codice colore, oltretutto per le attività successive di rivalutazione.

In linea con le più recenti disposizioni ministeriali è importante che la scheda di triage assolva ai requisiti della chiarezza, della veridicità e della completezza.

Essendo un documento di nuova istituzione è possibile porsi il problema della conservazione. La scheda infermieristica di triage deve essere conservata, unitamente alla cartella clinica di ingresso, in caso di ricovero ospedaliero, oppure no? La risposta non è agevole in quanto trattasi di atto pre-terapeutico, in cui comunque possono essere attuati precisi e importanti interventi diagnostici e terapeutici. A parere di chi scrive è bene prevedere la conservazione delle schede di triage per il periodo massimo previsto per una causa civile di risarcimento danni (dieci anni).

È utile precisare che la scheda infermieristica di triage è compilata dall’infermiere professionale ma deve essere predisposta o quanto meno approvata dal “dirigente responsabile del servizio” di pronto soccorso o del dipartimento di emergenza e urgenza.

L’infermiere, cioè, non è il dominus completo della situazione, come lo è invece per la cartella infermieristica.

Profili di responsabilità

L’infermiere, come del resto qualsiasi professionista, risponde in sede penale, civile e disciplinare. Esula ovviamente dalla presente trattazione la disamina dei vari tipi di responsabilità.

Ci limiteremo a sottolineare alcuni aspetti.

a) La congruità, la pertinenza e l'adeguatezza dei protocolli di triage sono di competenza del dirigente medico del pronto soccorso, come per altro ribadito dalla intesa Stato-Regioni sulle linee guida del 15 aprile 1996, laddove si legge che l'attività di triage "è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio". Tali protocolli dovranno rispondere alla più aggiornata ed evoluta letteratura scientifica in materia, dovranno cioè essere al passo con le più moderne legis artis del settore. La letteratura scientifica che si è occupata dell'argomento ha specificato che sono condizioni indispensabili dei protocolli "la correttezza, l'applicabilità, la chiarezza e la trasparenza, la condivisibilità e la flessibilità, ovvero la mutabilità nel tempo in funzione dell'aggiornamento e delle conoscenze scientifiche". Come oramai emerge dal dibattito scientifico, professionale, deontologico e dalle indicazioni legislative, i protocolli in questione devono essere basati su prove di efficacia (evidence based medicine e evidence based nursing). Compete all'infermiere l'attivazione di processi di cambiamento dei protocolli in base all'esperienza maturata;³¹

b) l'infermiere risponde della corretta applicazione dei protocolli e di questa attività risponde secondo gli usuali canoni della responsabilità colposa per negligenza, imperizia e imprudenza;

c) i problemi maggiori derivano da una sottostima nell'assegnazione dei codici colore di gravità che porterebbero l'infermiere a esporsi per i reati di lesioni personali colpose e, nei casi più gravi, per omicidio colposo.

Non risulta ammissibile il cosiddetto triage out, attività consistente in una impropria dimissione del paziente senza valutazione medica. Il paziente che si presenta al pronto soccorso ha comunque il diritto di essere visitato dal medico, non essendo consentito all'infermiere il potere di dimissione. Affermazione quest'ultima da applicare con la giusta ragionevolezza, soprattutto in quei casi di richiesta di accesso del tutto improprio alle prestazioni di pronto soccorso.

Alcuni autori ritengono che in situazioni del tutto particolari come le maxiemergenze l'infermiere possa rinviare i pazienti che si presentano al pronto soccorso al proprio medico curante "senza essere visitati da un medico ospedaliero".³²

Essendo il triage un'attività in via di implementazione non risulta allo stato una casistica giurisprudenziale.

Riportiamo per esteso le nuove linee guida sul triage di pronto soccorso pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale.

LINEE GUIDA SUI. "TRIAGE" INTRAOSPEDALIERO PER GLI UTENTI CHE ACCEDONO DIRETTAMENTE IN PRONTO SOCCORSO

Accordo 25 ottobre 2001 tra il Ministro della salute, le regioni, le province autonome sul documento di linee guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: Triage ospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria.

Considerazioni generali

Il sistema di "trriage" è uno strumento organizzativo rivolto al governo degli accessi non programmati ad un servizio per acuti.

Questo processo, con cui i pazienti vengono selezionati e classificati in base al tipo e all'urgenza delle loro condizioni, è da distinguere dalla visita medica, in quanto l'obiettivo del "trriage" è proprio la definizione della priorità con cui il paziente verrà visitato dal medico.

Il triage, come sistema operativo, può essere svolto con diverse modalità a seconda dei campi in cui viene applicato: in centrale operativa, in pronto soccorso, sul territorio o nelle maxiemergenze e catastrofi.

Il termine triage deriva dal verbo francese "trier" e significa scegliere, classificare e indica quindi il metodo di valutazione e selezione immediata usato per assegnare il grado di priorità, per il trattamento quando si è in presenza di molti pazienti.

Il presente documento intende affrontare specificatamente la funzione di triage a livello ospedaliero ed in particolare nelle strutture complesse di pronto soccorso, come previsto dall'atto di intesa Stato regioni sulle linee guida in materia di requisiti organizzativi e funzionali della rete di Emergenza-Urgenza, in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 laddove recita "all'interno del DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo i protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio".

La tendenza in crescita e comune a tutte le realtà sanitarie di ricorrere al pronto soccorso da parte di un numero sempre maggiore di cittadini crea l'esigenza di utilizzare il triage nel pronto soccorso ad elevato numero di accessi.

A livello ospedaliero, la funzione di triage deve essere attivata in tutte le unità operative di pronto soccorso-accettazione, purché correlata al numero degli accessi.

Le aziende sanitarie devono garantire le risorse per assicurare la funzione di triage.

Tale funzione dovrà essere assicurata in ogni caso e continuamente in quei presidi con oltre 25.000 accessi per anno.

Gli ospedali che, pur essendo al di sotto dei 25.000 accessi per anno, si trovano ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari (turismo stagionale, fiere, manifestazioni, ecc.) devono garantire la funzione di triage proporzionalmente alle necessità.

Personale

Il triage deve essere svolto da un infermiere esperto e specificatamente formato, sempre presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso ed in grado di considerare i segni e 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.

L'infermiere opera sotto la supervisione del medico in servizio, responsabile dell'attività, e secondo protocolli predefiniti riconosciuti e approvati dal responsabile del servizio di pronto soccorso-accettazione o dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione (D.E.A.).

Il triage è patrimonio del pronto soccorso e, ove sussista la rotazione del personale in ambito dipartimentale, deve essere condiviso da tutto il personale infermieristico del dipartimento di emergenza-urgenza ed accettazione medesimo.

Formazione del personale infermieristico

L'iter formativo deve essere rivolto al personale con diploma di infermiere professionale o diploma universitario di infermiere e con esperienza sul campo di almeno sei mesi in pronto soccorso, e deve riguardare oltre l'insegnamento di base rispetto alle funzioni di triage anche lezioni di psicologia comportamentale, di organizzazione del lavoro e di conoscenza di tecniche relazionali.

Organizzazione del lavoro

L'attività del triage si articola in:

● accoglienza: raccolta di dati, di eventuale documentazione medica, di informazioni da parte di familiari e/o soccorritori, rilevamento parametri vitali e registrazione.

● assegnazione codice di gravità: è opportuno che vengano attribuiti codici colore sia per criteri di praticità, omogeneità ed efficacia visiva, sia perché di immediata comprensione anche da parte dei pazienti. E necessario inoltre che tale criterio coincida con i codici utilizzati nella fase extraospedaliera.

I codici di criticità, in analogia con i criteri definiti D.M. 15 maggio 1992 del Ministero della sanità articolati in quattro categorie ed iden-

tificati con colore sono:

- codice rosso: molto critico, priorità massima pazienti con compromissione delle funzioni vitali, accesso immediato alle cure;
- codice giallo: mediamente critico, priorità intermedia;
- codice verde: poco critico, priorità bassa, prestazioni differibili;
- codice bianco: non critico, pazienti non urgenti;

🍏 gestione dell'attesa: per la rivalutazione delle condizioni dei pazienti che possono mutare durante l'attesa. Per poter assicurare un livello qualitativo adeguato occorre prevedere la verifica periodica della congruità dei codici assegnati.

Strutture

Le strutture in cui viene effettuato il triage devono consentire la raccolta dati, informazioni ed una breve semplice valutazione con rispetto della privacy anche ai sensi della normativa vigente.

Informazione all'utenza

È indispensabile garantire una corretta informazione all'utenza sul sistema di triage. Tale azione deve essere sviluppata dalle aziende sanitarie attraverso il supporto di una campagna informativa rivolta alla popolazione (informazione tramite media, distribuzione opuscoli, ecc.) e con strumenti (pannelli luminosi, ecc) da collocarsi in ogni luogo di attesa contiguo agli ambulatori di Pronto Soccorso.

L'infermiere e la defibrillazione con defibrillatore semiautomatico

La legge 3 aprile 2001, n. 120 "Utilizzo dei defibrillatori semiautomatici in ambiente extraospedaliero". si rivolge al "personale sanitario non medico" e "al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare".

Data l'importanza e la brevità dell'articolato, riportiamo la legge per esteso, che per altro si compone di un solo articolo.

Art. 1

1. "È consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare".
2. Le regioni e le province autonome disciplinano il rilascio da parte delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori da parte del personale di cui al comma 1, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente per territorio o, laddove non ancora attivato, sotto la responsabilità dell'azienda unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera di competenza, sulla base dei criteri indicati dalle linee guida adottate dal Ministro della sanità, con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge.

Per quanto riguarda la posizione del personale sanitario non medico, in buona sostanza personale infermieristico, si specifica che "è consentito l'uso del defibrillatore [...] anche..."

Non si può non rilevare una certa parzialità del legislatore che spesso, quando si rivolge alle professioni sanitarie non mediche, si rivolge a loro come se fosse sempre "personale" cioè un gruppo di persone alle dipendenze di qualcuno e non come professionisti che esercitano la loro professione come dipendenti o come liberi professionisti.

In secondo luogo il legislatore ha evitato accuratamente di attribuire la competenza in toto agli infermieri, introducendo caute lessicali già viste in passato. L'art. 2 dell'abrogato mansionario degli infermieri, ex D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225, precisava all'ultimo comma che era "consentita" agli infermieri professionali la pratica delle iniezioni endovenose. In virtù di tale disposto il Ministero della sanità aveva precisato che la pratica della iniezione endovenosa era da considerarsi "pratica medica" (circolare Ministero della sanità 12 aprile 1996, n. 28), che poteva in certi ambiti - ospedalieri e assimilabili agli ospedalieri - essere delegata all'infermiere.

Nella storia dell'abilitazione all'esercizio professionale dell'infermiere la locuzione "è consentita" assume tradizionalmente questa valenza.

I lavori preparatori e la relazione di accompagnamento³³ a questa legge confermano questa lettura.

Nella relazione di accompagnamento al disegno di legge si legge infatti che:

1. i defibrillatori "vengono di fatto sempre più spesso utilizzati anche da personale paramedico nonostante i divieti tuttora vigenti, col duplice rischio di iniziative giudiziarie tali da paralizzare la diffusione di uno strumento prezioso per la vita umana, cioè per il bene costituzionale per eccellenza, e di utilizzazioni indiscriminate del defibrillatore da parte di chi non sia stato preventivamente addestrato al suo impiego";
2. "gli ostacoli giuridici vanno eliminati, nel rispetto di condizioni di sicurezza nell'uso del defibrillatore semiautomatico esterno da parte del personale paramedico";
3. "questo disegno di legge si prefigge di creare una normativa che permetta a soggetti diversi dagli esercenti la professione medica di attivare lecitamente un defibrillatore";
4. "comunque che l'uso del defibrillatore deve essere considerato come un "atto medico" cioè di stretta competenza di personale laureato in medicina ed abilitato alla professione".

Infine si precisa che essendo "ancora in vigore il decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 739, che individua le principali funzioni attinenti all'assistenza infermieristica nella prevenzione delle malattie, nell'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e nell'educazione sanitaria: mansioni sicuramente troppo generiche per consentire l'ammissibilità dell'attivazione dei defibrillatori da parte del personale infermieristico e più in generale paramedico e nemmeno la più recente legge 10 agosto 2000, n. 251, intitolata "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica", introduce norme significative ai fini di cui trattasi".

Il nostro ordinamento, proprio nella XIII legislatura, aveva imboccato una strada ben chiara di abilitazione all'esercizio professionale non più basata su norme mansionariali o di tipo mansionariale, ma sugli ormai noti criteri-guida ampi all'esercizio professionale quali quelli relativi al contenuto dei profili professionali, della formazione ricevuta e del codice deontologico. Il criterio-limite è dato dalle competenze previste per il medico.

Questi criteri sono volutamente ampi e flessibili e soprattutto nascono in assenza di una precisa definizione legislativa di atto medico.

Colpisce il silenzio, nella relazione di accompagnamento al disegno di legge, sull'esistenza proprio della legge che più di ogni altra avrebbe dovuto essere citata: la legge 26 febbraio 1999, n. 42 recante "Disposizioni in materia di professioni sanitarie". Viene infatti fatto riferimento al solo profilo professionale, cioè solo a uno dei criteri che il legislatore pone per l'esercizio professionale.

Il legislatore sembra quindi contraddire se stesso e le sue stesse determinazioni della legge 42/1999 agendo in modo episodico e slegato da un contesto complessivo.

Si autorizzano - "è consentito" - gli infermieri ("personale sanitario non medico") alla defibrillazione con apparecchi semiautomatici previa autorizzazione delle aziende sanitarie e ospedaliere, nell'ambito del sistema 118 sulla base di linee guida da adottare con decreto del Ministero della sanità.

Analizziamo i punti contraddittori di questa legge e il contesto in cui essa si situa:

- a) la liceità della defibrillazione viene "consentita" al personale infermieristico solo in ambito extraospedaliero e non anche in quello intraospedaliero. La contraddizione è evidente con i criteri individuati dalla legge 42/1999 per l'esercizio professionale. Una volta ricevuta la formazione l'infermiere deve agire in base a questa sia che agisca in ambito extraospedaliero sia che agisca in ambito ospedaliero. È del tutto impensabile, alla luce di quanto accade, non estendere la liceità agli infermieri operanti nelle corsie ospedaliere, con particolare riferimento alle terapie intensive e unità coronariche. Vero è che comunque si può fare riferimento alla legge 42/1999 per la liceità della defibrillazione in ambito ospedaliero, ma questo nuovo articolato è di per sé portatore di confusione;
- b) il sistema autorizzativo è pleonastico in quanto già l'art. IO del D.P.R. 27 marzo 1992 specificava che l'infermiere poteva 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". Era circa un decennio che questa possibilità autorizzativa era permessa e non ne serviva certo un'altra;
- c) l'autorizzazione alla defibrillazione era stata già concessa - con semplice decreto e non con legge ordinaria - ai "capi cabina" degli aerei.³⁴

Le contraddizioni del legislatore sono confermate anche dai lavori parlamentari preparatori.

La confusione concettuale e operativa che il legislatore ha introdotto con questa legge non poteva essere più grande. La defibrillazione si iscrive a pieno titolo in quella categoria - gli atti medici delegati - che lo stesso legislatore aveva inteso spazzare via con la legge 42/1999 che poneva il limite dell'atto medico come limite invalicabile per l'esercizio professionale delle professioni non mediche.

La legge sulla defibrillazione mostra la sua inutilità tenendo conto che gli ordinamenti didattici del corso di diploma universitario di infermiere, recepiti con il decreto ministeriale 24 luglio 1996 "Approvazione della tabella XVIII - ter recante gli ordinamenti didattici universitari dei corsi di diploma universitario dell'area sanitaria, in adeguamento dell'art. 9 della legge 19 novembre 1990, n. 341", prevede nella formazione di un infermiere di base al III anno, II semestre l'AREA E - Medicina clinica d'emergenza e infermieristica comportamentale che ha come preciso obiettivo didattico l'acquisizione delle "conoscenze teoriche e principi comportamentali relativi alle attività infermieristiche, comprese quelle proprie delle situazioni di emergenza, per le quali deve essere in grado di applicare, analizzare e sintetizzare le conoscenze relative alla pianificazione, erogazione e valutazione dell'assistenza infermieristica per malati di area critica...". A livello di tirocinio lo studente dovrà svolgerlo anche in area critica allo scopo "di far conseguire capacità professionali [...] sulla base delle conoscenze (teoriche) e capacità acquisite".

Il problema delle competenze infermieristiche afferenti alle questioni di emergenza non può che essere di carattere evolutivo, tenendo presente che l'abrogata normativa di carattere mansionariale prevedeva che l'infermiere potesse svolgere le attività di "respirazione artificiale, massaggio cardiaco esterno, ossigenoterapia e manovre emostatiche" seguite da immediata richiesta di intervento medico.

Le manovre, sostanzialmente riconducibili all'ABC della rianimazione previste dal mansionario del 1974 non prevedevano la contemporanea presenza del medico per l'inizio delle manovre - come è d'altra parte ovvio - ma solo la richiesta successiva di intervento medico una volta cominciate le manovre o, se altrimenti non possibile, a fine manovre. Non si richiedeva cioè una presenza medica per la relativa diagnosi, che ben poteva essere fatta dall'infermiere. Sulla stessa lunghezza d'onda si era collocato il già ricordato D.P.R. 27 marzo 1992 relativa all'organizzazione dei servizi di emergenza che consente all'infermiere un campo di attività che spazia dalla somministrazione per via diretta di iniezioni endovenose o di fleboclisi e di manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali sulla base di protocolli precedentemente stabiliti. Anche in questo caso, nulla si dice sulla presenza del medico e sulla sua attività di carattere diagnostico e prescrittivo.

La defibrillazione con apparecchi semiautomatici, peraltro, non pone problemi "diagnostici" in senso lato, visto che è la macchina a riconoscere le condizioni del paziente e difficilmente si può in queste situazioni non riconoscere, sulla base degli ordinamenti didattici attuali ma anche pregressi, la competenza infermieristica per manovre del genere. Se poi, sulla base dei principi dell'accreditamento professionale, l'azienda decidesse di implementare corsi di formazione e addestramento, con periodici richiami tendenti a verificare la professionalità acquisita, il tutto si inserirebbe nei principi fondanti del recente decreto legislativo 229/1999. Diverso il discorso relativo ai volontari del soccorso che avevano bisogno di uno specifico atto autorizzativo nell'effettuazione di una attività sanitaria di tal fatta. Essi vengono autorizzati se che hanno ricevuto "una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare". Questa formulazione mostra delle carenze evidenti. L'interpretazione letterale porterebbe a dichiarare sufficiente la frequenza al corso cosiddetto di BLS (Basic Life Support) notoriamente dedicato alle problematiche della pura rianimazione cardio-polmonare e non al più idoneo corso di BLS-D.

Criticabile è comunque anche il secondo comma che attribuisce alle aziende sanitarie e ospedaliere il compito disciplinare gli atti autorizzativi "sulla base dei criteri indicati dalle linee guida adottate dal Ministro della sanità, con proprio decreto, entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge".

Il sistema appare farraginoso, inutilmente complesso e complicato, che si compone di una legge, di linee guida ministeriali (da emanare) e di atti autorizzativi locali. Appare molto più chiaro allora il sistema delineato per i capi cabina degli aerei, i quali

in base a un semplice decreto ministeriale sono autorizzati alla defibrillazione dopo avere seguito un corso di BLS-D il cui programma è riportato in allegato al decreto stesso.

C'è solo da augurarsi che il legislatore non prosegua su strade di deroga per atti - il riferimento è ovviamente, in questo caso, alle professioni sanitarie - visto che sono sufficienti le norme contenute nelle leggi generali sull'esercizio professionale.



NOTE

- 14 Ministero della sanità - Atto di 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. In Gazzetta Ufficiale del 17 maggio 1996, n. 114.
- 15 Bonelli A., Giannelli A., *La responsabilità del medico per omissione o rifiuto di assistenza urgente in riferimento anche al D.P.R. 27 marzo 1992*, Riv. It. Med. Leg., XIV, 1992.
- 16 Consiglio di Stato, 17 luglio 1996, sentenza n. 868, *Consiglio di Stato*, parte 1, 1996, p. 1113.
- 17 Il riferimento è alle sentenze del TAR del Lazio, sez. I bis, n. 250 del 15 febbraio 1993 e del Consiglio di Stato (riferimento nota 16).
- 18 Il sistema di *dispatch* (invio) "è un sistema elaborato negli Stati Uniti che comprende tutte le operazioni inerenti il sistema del soccorso, dal momento della richiesta all'arrivo dei soccorritori sulla scena. L'attività di *dispatch* è costituita essenzialmente da quattro aspetti:
 - interrogatorio telefonico;
 - istruzioni pre-arrivo;
 - scelta del mezzo di soccorso;
 - supporto informativo ai soccorritori.
 Il questionario previsto in un protocollo di *dispatch* sofisticato prevede un sistema di domande chiave, che sono preordinate sulla base del sintomo principale riferito da chi chiede soccorso, volte ad evidenziare i sintomi di priorità che siano indicativi o dell'alterazione di parametri vitali in atto o di situazioni a rischio di rapida compromissione di parametri vitali". Gordini G., *Soccorso extraospedaliero*, in *Pronto soccorso, Servizi di emergenza*, 118, Centro Scientifico Editore, Torino, 1996.
- 19 Nardi R., Cipolla d' Abruzzo C., *La responsabilità del medico in medicina d'urgenza e pronto soccorso*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1996, p. 320.
- 20 Mengozzi U., i pronto soccorso ospedalieri e il fallimento della medicina pre-ospedaliera, *N&A mensile italiana del soccorso*, 4, 1997.
- 21 Morichetti A., *Introduzione al corso*, in GFT, *Triage infermieristico di pronto soccorso*, op. cit.
- 22 Linee guida n. 1/1996.
- 23 Acc. 25 ottobre 2001 "Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome sul documento di linee-guida sul sistema di emergenza sanitaria concernente: Triage intraospedaliero (valutazione gravità all'ingresso) e chirurgia della mano e microchirurgia nel sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria", Gazzetta Ufficiale del 7 dicembre 2001, n. 285.
- 24 Braglia D., *Codice colore di gravità applicati al triage*, in GFT (Gruppo di formazione triage), *Triage infermieristico di pronto soccorso*, Edizioni Nettuno, Verona, 1997.
- 25 Codici colore:
 - a) codice rosso, viene assegnato ai pazienti in pericolo imminente di vita; per questi pazienti l'accesso al pronto soccorso è immediato e non vi è tempo di attesa;
 - b) codice giallo, viene assegnato ai pazienti in potenziale pericolo di vita; l'accesso al pronto soccorso è immediato compatibilmente con altre emergenze in atto;
 - c) codice verde, che viene assegnato ai pazienti che necessitano di una prestazione medica che può essere differibile. L'accesso al pronto soccorso avviene dopo i codici rossi e gialli. Il paziente viene rivalutato ogni 30-60 minuti;
 - d) codice bianco, che viene assegnato a quei pazienti che richiedono prestazioni sanitarie che non hanno alcuna urgenza e per i quali sono normalmente previsti percorsi alternativi extraospedalieri. Da Braglia O., *Codice colore di gravità applicati al triage*, in *Triage di pronto soccorso, atti del corso di aggiornamento*, op. cit.
- 26 Nardi R., Cipolla D' Abruzzo C., *La responsabilità del medico in medicina d'urgenza e pronto soccorso*, Centro Scientifico Editore, Torino, 1996.
- 27 Art. 328 c.p., "Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni".
- 28 Norelli G.A., Magliona B., Aspetti medico legali dei triage infermieristica di pronto soccorso, *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, 4, 1999, p. 297.
- 29 Benci L., *Aspetti normativi e responsabilità nel triage*, in GFT, *Triage infermieristico di pronto soccorso*, op. cit., p. 110.
- 30 Art. 476 c.p. "Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici". "Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni *Omissis*".
Art. 479 c.p. "Il pubblico ufficiale, che ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omesse o altera dichiarazioni a lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite dall'art 476"
- 31 Rodriguez D., La responsabilità e il triage infermieristico, *Scenario*, 3, 1999.
- 32 Baldi G., Ghirelli L., Triage e linee guida in pronto soccorso, in *Pronto soccorso, Servizi di emergenza*, 118, Centro Scientifico Editore, Torino, 1996.
- 33 Senato della Repubblica, XIII legislatura, Relazione di accompagnamento al disegno di legge n. 4833.
- 34 Decreto Ministero della sanità 21 settembre 2000 "Uso di defibrillatori semiautomatici a bordo degli aerei e corsi di formazione per capicabina", Gazzetta Ufficiale del 4 ottobre 2000.



NORMATIVA RECENTE

CONFERENZA STATO REGIONI SEDUTA DEL 27 FEBBRAIO 2003

Oggetto: Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: "Linee-guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici".

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTA la legge 3 aprile 2001, n.120, che ha previsto, all'articolo 1, che l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede extraospedaliera venga consentito anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardio-polmonare;

VISTO il comma 2 del suddetto articolo 1, che affida alle Regioni la disciplina del rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori al personale individuato nel comma 1 dello stesso articolo e dispone che tale autorizzazione è rilasciata da parte delle aziende sanitarie locali o delle aziende ospedaliere, nell'ambito del sistema di emergenza 118 competente per territorio o, laddove quest'ultimo non sia ancora attivato, sotto la responsabilità della medesima azienda di competenza, sulla base di criteri indicati da specifiche linee guida da adottarsi con decreto del Ministro della sanità;

CONSIDERATO che, in attuazione del predetto articolo 1, comma 2, il Ministero della salute ha predisposto uno schema di decreto e rilevato che, a seguito delle modifiche intervenute al Titolo V della Costituzione, il provvedimento in questione va adottato nella forma di accordo da sancire in Conferenza Stato Regioni ;

VISTA la proposta di accordo trasmessa dal Ministero della salute con nota del 3 febbraio 2003, prot. n. 100.1/2493-G/567;

CONSIDERATO che, in sede tecnica il 20 febbraio 2003, sono state concordate alcune modifiche al testo dell'accordo in questione e che il Ministero della salute, con nota prot. n.100/SCPS/2.2467 del 25 febbraio 2003, ha trasmesso il testo della proposta di accordo nella stesura definitiva con le modifiche convenute nella riunione tecnica ;

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni hanno confermato l'avviso favorevole sulla proposta di accordo;

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano ai sensi dell'articolo 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

Sancisce l'accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini sottoindicati:

CONSIDERATO CHE:

L'introduzione del defibrillatore semiautomatico nella realtà extraospedaliera si integra in una filosofia di sviluppo e valorizzazione della catena della sopravvivenza anche da parte del personale non medico.

TENUTO CONTO CHE:

La defibrillazione precoce rappresenta il sistema più efficace per garantire le maggiori percentuali di sopravvivenza in caso di arresto cardiocircolatorio provocato da fibrillazione ventricolare e tachicardia ventricolare senza polso;

Il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano convengono sul seguente documento recante: "Linee-guida per il rilascio dell'autorizzazione all'utilizzo extraospedaliero dei defibrillatori semiautomatici".

1. PREMESSA

Il defibrillatore semiautomatico è un dispositivo medico che può essere utilizzato, sia in strutture sanitarie, sia in qualunque altro tipo di strutture, fisse o mobili, stabili o temporanee. L'affidabilità di tali apparecchiature (sia per specificità che per sensibilità), dove è automatico il solo riconoscimento della tipologia della aritmia ed il comando avviene per mano dell'operatore, deve consentire l'uso da parte di soggetti di cui all'articolo 1, comma 1 della legge 3 aprile 2001, n.120 e permette di effettuare le seguenti operazioni:

- l'analisi automatica dell'attività elettrica del cuore d'una persona vittima di un arresto cardiocircolatorio al fine di interrompere una fibrillazione o tachicardia ventricolare;
- il caricamento automatico dell'apparecchio quando l'analisi sopradescritta è positiva al fine di giungere a ripristinare un ritmo cardiaco efficace, attraverso una sequenza di shock elettrici esterni transtoracici, d'intensità appropriata, separati da intervalli di analisi. Gli intervalli di tempo, che devono separare gli shock, in caso di shock ripetuti, in accordo con le Linee Guida internazionali, sono programmati negli apparecchi e non sono accessibili agli utilizzatori non medici.
- la registrazione dei tratti elettrocardiografici realizzati e dei dati di utilizzazione dell'apparecchio.

2. CRITERI PER L'UTILIZZO DEL DEFIBRILLATORE SEMIAUTOMATICO

Nel rispetto della programmazione sanitaria delle Regioni e delle Province Autonome di Trento e di Bolzano e di quanto previsto dall'articolo 1 comma 2 della legge 3 aprile 2001, n.120, vengono individuati i seguenti criteri:

- a) accertamento della conformità alle norme in vigore, della funzionalità, della manutenzione e revisione periodica del defibrillatore semiautomatico da parte delle strutture che se ne dotano;
- b) possesso, da parte di tutto il personale sanitario non medico, nonché del personale non sanitario, che utilizza il defibrillatore semiautomatico, di idonea formazione validata e sistematicamente verificata:
 - b 1) la formazione ha l'obiettivo di permettere il funzionamento, in tutta sicurezza, del defibrillatore semiautomatico, per assicurare l'intervento sulle persone vittime di un arresto cardiocircolatorio. L'operatore che somministra lo shock elettrico con il defibrillatore semiautomatico è responsabile, non della corretta indicazione di somministrazione dello shock che è determinato dall'apparecchio, ma della esecuzione di questa manovra in condizioni di sicurezza per lo stesso e per tutte le persone presenti intorno al paziente;

b2) i programmi di formazione ed aggiornamento e verifica, nonché l'accreditamento dei formatori e la relativa certificazione, sono definiti dalle Regioni e dalle Province Autonome, sentiti i comitati tecnici regionali per l'emergenza;

b3) la formazione, il cui programma è specificato successivamente, deve essere dispensata, sotto la responsabilità di un medico, da istruttori qualificati.

b4) i candidati, prima di conseguire l'attestato di formazione all'uso del defibrillatore semiautomatico devono sottoporsi ad una prova pratica (e, se necessario, anche teorica) che ne valuti la preparazione su:

a) il riconoscimento di un arresto cardio circolatorio;

b) la messa in atto dei metodi di rianimazione di base (in accordo con le linee guida internazionali) in relazione agli ambiti di utilizzo;

c) il ricorso al defibrillatore semiautomatico per l'analisi dell'attività elettrica cardiaca;

d) l'applicazione, in sicurezza, di una sequenza di scariche di defibrillazione;

e) la presenza di anomalie di funzionamento dell'apparecchio.

A seguito del superamento della prova viene rilasciata, ad ogni candidato che ha frequentato il corso, da parte del centro di formazione, un'attestazione di formazione all'uso del defibrillatore semiautomatico.

b5) La formazione iniziale deve prevedere:

1) la conoscenza dei metodi di rianimazione cardio polmonare di base (in accordo con le linee guida internazionali);

2) una parte teorica avente ad oggetto: finalità della defibrillazione precoce, elementi fondamentali di funzionalità cardiaca, pericoli e precauzioni per i pazienti e per il personale, presentazione e descrizione dell'apparecchio, alimentazione, uso e manutenzione, modalità di messa in opera e dimostrazione da parte del formatore;

3) una parte pratica relativa a: messa in opera sul manichino della sequenza di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione semiautomatica, raccolta dei dati registrati e analisi dell'intervento.

c) Le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, attraverso le aziende sanitarie locali od ospedaliere, sedi di 118 o territorialmente competenti, effettuano la verifica ed il controllo di qualità delle prestazioni, anche mediante l'istituzione di un apposito registro epidemiologico.

Il soggetto autorizzato è tenuto a comunicare immediatamente, secondo modalità indicate dalle Regioni e Province Autonome, l'utilizzo del defibrillatore semiautomatico, al fine di garantire la catena della sopravvivenza.

d) L'autorizzazione all'uso del defibrillatore semiautomatico, in sede extra ospedaliera, è nominativa ed ha la durata di dodici mesi.

Il rinnovo di autorizzazione all'uso del defibrillatore semiautomatico è accordato, ogni dodici mesi, previa verifica della permanenza dei criteri autorizzativi.

e) Presso le aziende sanitarie locali e le aziende ospedaliere è depositato l'elenco dei defibrillatori semiautomatici con la specifica del modello e della sede ove sono disponibili, nonché l'elenco delle persone che lo possono utilizzare.

Il Segretario
f.to Carpino

Il Presidente
f.to La Loggia

**CONFERENZA STATO REGIONI
SEDUTA DEL 22 MAGGIO 2003**

Oggetto: Accordo tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: “Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza”.

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano

VISTI gli articoli 2, comma 2, lett. b) e 4, comma 1 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che affidano a questa Conferenza il compito di promuovere e sancire accordi tra Governo e Regioni, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l’esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

VISTO il decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992 recante: “Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza”, che individua le condizioni per assicurare le attività di emergenza sanitaria uniformemente su tutto il territorio nazionale;

VISTE le “Linee guida sul sistema di emergenza sanitaria”(pubblicate sulla G.U. 17 maggio 1996, n.114), approvate da questa Conferenza l’11 aprile 1996, in attuazione del citato decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992, che prevedevano, tra gli altri, che i programmi di aggiornamento e formazione del personale medico, infermieristico e non infermieristico, dipendente o convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale addetti all’emergenza, nonché del personale messo a disposizione dalle Associazioni di Volontariato, venissero predisposti in un apposito documento, al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria;

VISTO il documento di Linee Guida in oggetto, trasmesso con nota del 12 aprile 2001 dal Ministero della salute, esaminato il 5 giugno 2001 in sede tecnica e per il quale, le Regioni chiedevano il rinvio per approfondimenti;

VISTA la proposta di accordo, trasmessa con nota del 3 aprile 2003 dalla Regione Veneto, a nome del coordinamento interregionale, riformulata sulla scorta di quella trasmessa inizialmente dal Ministero della salute;

CONSIDERATO che il 6 maggio 2003 in sede tecnica, i contenuti delle Linee guida di cui allo schema di accordo in questione venivano nuovamente rivisti e convenuti tra il Ministero della salute e le Regioni, che, a seguito dell’attività istruttoria posta in essere dalla Segreteria di questa Conferenza, si è pervenuti ad una formulazione definitiva dell’accordo in oggetto;

CONSIDERATO che nel corso dell’odierna seduta di questa Conferenza, i Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome hanno espresso avviso favorevole all’accordo;



ACQUISITO l'assenso del Governo e dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome, espresso ai sensi dell'articolo 4, comma 2 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281;

sancisce il seguente accordo tra il Ministro della salute, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano

CONSIDERATO che l'atto d'intesa Stato e Regioni sancito da questa Conferenza l'11° aprile 1996 sul sistema di emergenza/urgenza, (Repertorio atti n. 131) prevede che i programmi di aggiornamento e formazione del personale medico, infermieristico e non infermieristico, dipendente o convenzionato con il Sistema Sanitario Nazionale (S.S.N.), addetti all'emergenza nonché del personale messo a disposizione dalle associazioni di Volontariato, siano predisposti e sviluppati in un apposito documento, al fine di garantire a livello nazionale una fisionomia unitaria dei diversi programmi di formazione e aggiornamento;

RITENUTA la necessità, per la peculiarità e la specificità delle competenze richieste, di poter avere una formazione specialistica specifica sull'emergenza come avviene per altre specialità, e che le singole Regioni potranno prevedere iniziative finalizzate alla formazione del medico addetto al sistema di emergenza/urgenza sanitaria;

VALUTATO che il presente documento intende fornire le indicazioni per la definizione degli obiettivi formativi che le varie figure professionali coinvolte devono conseguire al fine di garantire contestualmente l'uniformità dei percorsi formativi previsti dalle varie realtà regionali;

il Ministro della salute, i Presidenti delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano convengono

sul documento recante "Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza" che, allegato sub A) al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Il Segretario
f.to Carpino

Il Presidente
f.to La Loggia

Linee guida su formazione, aggiornamento e addestramento permanente del personale operante nel sistema di emergenza/urgenza

1) PRINCIPI GENERALI

I programmi di formazione e aggiornamento e la relativa certificazione sono definiti dalle Regioni e dalle Province Autonome.

Il personale operante nel sistema dell'emergenza – urgenza deve sostenere un percorso formativo uniforme, prescindendo dall'appartenenza al Servizio Sanitario Nazionale e/o ad Enti, Associazioni di Volontariato.

Restano ferme le rispettive competenze, gli ambiti professionali, nonché la specifica formazione di base di ciascuna figura.

L'obiettivo generale è rappresentato dalla qualità delle cure mediante l'integrazione funzionale ed operativa di ogni settore del sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria (Centrali Operative, Mezzi di soccorso, Punti di Primo Intervento, Pronto Soccorso ospedaliero, Dipartimento di Emergenza – Urgenza e Accettazione di I e II livello). La formazione è lo strumento a disposizione di tutto il personale che opera nel sistema per favorirne l'integrazione.

Costituiscono obiettivi specifici delle presenti linee guida:

- la definizione dei destinatari dei percorsi formativi;
- la definizione dei percorsi formativi ;
- la definizione di un livello di formazione di base specifica e la definizione di un livello di formazione permanente e aggiornamento;
- l'inserimento della formazione del personale dell'emergenza-urgenza sul programma di educazione continua in medicina (ECM), secondo quanto convenuto nell'accordo sancito dalla Conferenza Stato – Regioni nella seduta del 13 marzo 2002 (repertorio atti n. 1667).

1.1 - DESTINARI DEI PERCORSI FORMATIVI

Le tipologie di percorsi formativi adottati nonché i contenuti dei programmi e l'articolazione dei corsi relativi all'area dell'emergenza spesso risultano difformi non solo da una regione all'altra ma anche nell'ambito della stessa regione.

Stante tali diversità, appare opportuno individuare, per tutte le figure che operano nell'emergenza, una formazione di base specifica e un percorso di formazione permanente definendo, a livello regionale, i criteri per la validazione di tali percorsi che devono coinvolgere tutto il personale (medici, infermieri, personale tecnico e volontario) già impegnato nel sistema.

Il personale operante nel sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria risulta costituito da figure professionali di diversa estrazione, formazione ed esperienza:

- medici dipendenti del S.S.N.;
- medici convenzionati dell'emergenza territoriale (D.P.R. n.270/2000);
- personale infermieristico dipendente del SSN;

- personale non sanitario dipendente del S.S.N.;
- personale soccorritore volontario e dipendente dai soggetti di cui all'art. 5, comma 3 del D.P.R. 27/03/92;
- altri operatori del ruolo tecnico ed amministrativo del S.S.N.;
- altri operatori del ruolo tecnico di supporto dipendenti e/o volontari che operano presso i soggetti di cui all'art. 5, comma 3 del D.P.R. 27/03/92.

2 - DEFINIZIONE DEI PERCORSI FORMATIVI

E' prevista una formazione di base specifica per tutti gli operatori che vengono inseriti nel sistema di emergenza-urgenza e una formazione permanente per il personale già operante nel sistema. Tale formazione è richiesta al personale sanitario degli enti o associazioni di volontariato eventualmente messo a disposizione per il servizio di emergenza/urgenza nei termini e con le modalità fissate dalle singole Regioni.

2.1 - Organizzazione dei corsi

Per ogni corso sono documentati: i criteri di ammissione, gli obiettivi di apprendimento il metodo, gli strumenti, la durata, il sistema di valutazione .

La formazione viene espletata con alto rapporto docenti /discenti, avvalendosi di procedure didattiche interattive e sessioni pratiche.

I livelli di preparazione raggiunti sono valutati e registrati periodicamente.

I corsi comprendono:

- Parte teorica;
- Parte pratica;
- Valutazione finale complessiva;
- Certificazione

I contenuti dei corsi devono rispettare quanto previsto nelle Linee Guida Internazionali per l'emergenza sanitaria.

2.2 - Destinatari

Il personale operante nel sistema è riconducibile a:

- a) Medici;
- b) Infermieri;
- c) Soccorritori;
- d) Tecnici.

a) Medici

- dipendenti del S.S.N.

- convenzionati per l'emergenza territoriale (D.P.R. 270/2000)

a1) Medici dipendenti del S.S.N.

Al fine di garantire una tempestiva, efficace e appropriata risposta del sistema dell'emergenza - urgenza sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, il personale medico deve ricevere una formazione di base specifica ed una formazione permanente.

1) Livello di formazione di base specifica

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi clinico-assistenziali e organizzativi e relazionali definiti e condivisi a livello regionale.

Obiettivi clinico-assistenziali

1. conoscenza e gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero;
2. sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica;
3. trattamento di base e avanzato nella fase pre-ospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica;
4. conoscenza e capacità di attuare i percorsi clinici che garantiscono la continuità delle cure.

Obiettivi organizzativi

1. conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
2. conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e dei relativi protocolli;
3. conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza;
4. acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, clinici, ospedalieri e territoriali;
5. conoscenza e capacità di utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie;
6. conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza;
7. conoscenza delle modalità di coordinamento con Enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria;
8. conoscenza e capacità di gestione di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;
9. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.

Obiettivi relazionali

1. acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto;
2. conoscenza e metodologia del lavoro di equipe;
3. conoscenza della metodologia per la gestione dello stress e dei conflitti;
4. acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza.

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

I medici dipendenti del S.S.N. che già operano nel sistema di emergenza - urgenza sanitaria (D.E.A. e/o Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento, Centrali Operative, Mezzi di soccorso, etc.) mantengono per gli aspetti clinici organizzativi e relazionali un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico, mediante appositi corsi.

a2) Medici convenzionati dell'emergenza territoriale (D.P.R. 270/2000)

1) Livello di formazione di accesso

L'attuale requisito di accesso al sistema di emergenza-urgenza per i medici a rapporto convenzionale è definito dall'Allegato "P" del D.P.R. n. 270/2000.

2) Livello di formazione di base

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi clinico-assistenziali e organizzativi e relazionali definiti e condivisi a livello regionale.

Obiettivi clinico-assistenziali

1. conoscenza e gestione delle procedure di triage intra ed extra-ospedaliero;
2. sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica;
3. trattamento di base e avanzato nella fase pre-ospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica;
4. conoscenza e capacità di attuare i percorsi clinici che garantiscono la continuità delle cure;

Obiettivi organizzativi

1. conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
2. conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e dei relativi protocolli;
3. conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza;
4. acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, clinici, ospedalieri e territoriali;
5. conoscenza e capacità di utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie;
6. conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza;
7. conoscenza delle modalità di coordinamento con Enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria;
8. conoscenza e capacità di gestione di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;
9. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.

Obiettivi relazionali

1. acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto;
2. conoscenza e gestione del lavoro di equipe;
3. gestione dello stress e dei conflitti;
4. acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza;

3 Livello di formazione permanente e aggiornamento

I medici dell'emergenza territoriale che già operano nel sistema di emergenza - urgenza sanitaria (D.E.A. e/o Pronto Soccorso, Punti di Primo Intervento, Centrali Operative, Mezzi di soccorso, etc.) mantengono, per gli aspetti clinici organizzativi e relazionali, un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico, mediante appositi corsi.

Il tirocinio guidato previsto per il livello di accesso, di cui all'allegato "P" del D.P.R. 270/2000 e per il livello di formazione permanente, si svolge presso le Centrali Operative del 118, i mezzi di soccorso dell'emergenza territoriale e i D.E.A.

Tale percorso formativo è raccomandato per tutti i medici che operano nel sistema dell'emergenza intra ed extraospedaliera.

b) INFERMIERI

Al fine di garantire una tempestiva, appropriata ed efficace risposta del sistema di emergenza – urgenza sanitaria, indipendentemente dal livello formativo già acquisito, si ritiene opportuno avviare programmi uniformi di formazione ed aggiornamento per gli infermieri operanti nel sistema, inclusi coloro che svolgono funzioni di coordinamento.

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere obiettivi clinico-assistenziali, organizzativi e relazionali, definiti e condivisi a livello regionale.

1) Livello di formazione di base specifica

Obiettivi clinico-assistenziali

1. gestione delle procedure di triage intra ed extraospedaliero;
2. sostegno di base ed avanzato delle funzioni vitali nell'età adulta e pediatrica;
3. supporto di base avanzato nella fase preospedaliera e ospedaliera del paziente traumatizzato nell'età adulta e pediatrica;
4. conoscenza dei percorsi assistenziali che garantiscono la continuità delle cure.

Obiettivi organizzativi

1. conoscenza dell'organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale;
2. conoscenza dell'organizzazione del sistema di emergenza urgenza e dei relativi protocolli;
3. conoscenza delle modalità complessive del trasporto sanitario della rete regionale dell'emergenza;

4. acquisizione delle capacità di predisporre e utilizzare i protocolli operativi organizzativi, assistenziali, ospedalieri e territoriali;
5. conoscenza e utilizzo dei sistemi di comunicazione e delle tecnologie in uso;
6. conoscenza degli aspetti medico-legali nell'urgenza ed emergenza;
7. conoscenza delle modalità di coordinamento con Enti istituzionali preposti all'emergenza non sanitaria;
8. conoscenza e utilizzo di protocolli organizzativi e assistenziali, attivati nell'ambito di maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;
9. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza.

Obiettivi relazionali

1. acquisizione delle capacità di relazione d'aiuto;
2. conoscenza e gestione del lavoro di equipe;
3. gestione dello stress e dei conflitti;
4. acquisizione delle capacità di relazione nella comunicazione tra le diverse componenti della rete dell'emergenza.

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

Gli infermieri, inclusi quelli con funzioni di coordinamento, operanti nel sistema dell'emergenza – urgenza, mantengono un livello di formazione permanente e un aggiornamento specifico per gli aspetti assistenziali, organizzativi e relazionali mediante appositi corsi.

c) SOCCORRITORI

Il personale volontario o dipendente di pertinenza delle Organizzazioni di cui art. 5, commi 2 e 3 del D.P.R. 27/3/92) (inclusi gli autisti) che svolge la sua attività sui mezzi di soccorso di base e avanzati del “sistema 118”, deve essere in possesso della qualifica di Soccorritore.

Tale qualifica viene conferita dopo la frequenza ed il superamento di un apposito corso, secondo modalità organizzative definite in ambito regionale.

Il Soccorritore deve possedere, inoltre, le conoscenze di base e le capacità utili per l'espletamento delle attività inerenti il trasporto ordinario per conto del S.S.N., secondo programmi, modalità di svolgimento e verifiche da stabilirsi a livello regionale.

Nello svolgimento dei percorsi formativi, programmati e coordinati dalle Centrali Operative del 118 territorialmente competenti, le Regioni e le Province Autonome possono avvalersi anche di Enti e Associazioni di volontariato convenzionati aventi articolazione regionale

Il personale Soccorritore, operante nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria ed in particolare nel “sistema 118”, deve ricevere una formazione che rispetti gli stessi requisiti di uniformità del personale sanitario.

I programmi dei corsi hanno lo scopo di raggiungere i seguenti obiettivi formativi che assicurino conoscenza, operatività e comportamenti tali da garantire un livello idoneo di prestazioni.

1) Livello di formazione di base specifica

Obiettivi assistenziali e organizzativi

1. conoscenza dei sistemi di autoprotezione e sicurezza;
2. conoscenza delle procedure di triage extraospedaliero;
3. nozioni di organizzazione del sistema di emergenza sanitaria;
4. conoscenza e abilità nelle manovre di supporto alle funzioni vitali di base e utilizzo del defibrillatore semiautomatico;
5. conoscenza e abilità nelle manovre di immobilizzazione e gestione del paziente traumatizzato;
6. conoscenza dei protocolli attivati all'interno della Centrale Operativa e sui mezzi di soccorso;
7. conoscenza dei protocolli attivati nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere inserite nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria;
8. conoscenza dei protocolli di coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti all'emergenza (Polizia, Vigili del Fuoco, etc.);
9. conoscenza e capacità di controllo di attrezzature di competenza presenti sui mezzi di soccorso e degli strumenti di radiocomunicazione;
10. conoscenza delle modalità di integrazione dei protocolli operativi per maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;
11. capacità di relazione con l'èquipe e con l'utenza;
12. elementi di medicina legale.

I corsi devono prevedere la simulazione delle reali condizioni in cui il soccorritore dovrà operare e l'apprendimento di abilità specifiche, avvalendosi anche della collaborazione, in qualità di docenti, di operatori già impegnati nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria.

2) Livello di formazione permanente e aggiornamento

Per i soccorritori che già operano nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria è prevista una formazione e aggiornamento sulle principali attività ordinarie a garanzia della continuità della preparazione raggiunta.

Il medesimo percorso formativo dovrà essere adottato per tutti gli operatori e le figure dipendenti del S.S.N. che svolgono la loro attività nel sistema di emergenza-urgenza, compreso il personale non infermieristico addetto all'assistenza.

d) PERSONALE TECNICO

Detto personale, se presente, svolge funzione tecnica secondo modalità organizzative definite in sede aziendale.



Per tale funzione è previsto un solo livello di formazione avente lo scopo di raggiungere obiettivi di conoscenza degli aspetti tecnologici e toponomastici del sistema:

1. nozioni generali di organizzazione del sistema di emergenza sanitaria;
2. conoscenza dei sistemi tecnici e di comunicazione in dotazione alla Centrale Operativa e ai mezzi di soccorso;
3. conoscenza dei protocolli attivati all'interno della Centrale Operativa e sui mezzi di soccorso;
4. conoscenza dei protocolli attivati nelle strutture ospedaliere ed extra-ospedaliere inserite nel sistema dell'emergenza – urgenza sanitaria;
5. conoscenza dei protocolli di coordinamento con gli altri servizi pubblici addetti all'Emergenza (Polizia, Vigili del Fuoco, etc.);
6. conoscenza delle modalità di integrazione dei protocolli operativi per maxiemergenze, grandi eventi ed emergenze non convenzionali;
7. modalità di rapporto con gli operatori del sistema e l'utenza.

LA DEFIBRILLAZIONE PRECOCE

Rossano Vergassola

Direttore 118 Firenze Soccorso

Articolo tratto da Toscana Medica marzo 2002

Sono recentemente uscite le nuove Linee Guida ILCOR (Circulation Agosto 2000) e ora le Linee Guida Europee sulla Morte Improvvisa (Resuscitation Agosto 2001). Credo sia utile informare i colleghi di queste novità in primo luogo (vedi A, traduzione libera da Resuscitation) ed anche di cosa si sta facendo nella nostra città (vedi B, Progetto Safe Florence).

A) Le linee guida internazionali del 2000 e l'uso dei defibrillatori semiautomatici esterni da parte degli operatori dei sistemi di emergenza territoriale e dei primi soccorritori.

La defibrillazione cardiaca è l'unico provvedimento terapeutico in grado di risolvere la fibrillazione ventricolare e la tachicardia ventricolare senza polso. La principale variabile dell'efficacia di questa terapia è il TEMPO che intercorre fra l'inizio della fibrillazione ed il primo shock erogato.

L'obiettivo del trattamento dell'arresto cardiaco al di fuori dell'ospedale è quello di rendere possibile la defibrillazione nel più breve tempo possibile. L'introduzione dei defibrillatori semi-automatici (DAE) consente, al personale dei sistemi di emergenza territoriale, adeguatamente addestrato, di defibrillare in caso di fibrillazione ventricolare o tachicardia ventricolare senza polso, spesso diversi minuti prima dell'arrivo di un'ambulanza con medico a bordo (in Italia esistono vari modelli organizzativi di emergenza territoriale, alcuni ancora basati su un solo livello, cioè quello medico; i sistemi a 2 o più livelli hanno dimostrato una migliore efficacia ed un migliore rapporto costi-benefici, per cui è necessario che tutti i sistemi 118 evolvano ad almeno 2 livelli, anche con l'obiettivo di diffondere la defibrillazione al primo livello. È assolutamente necessario che ogni mezzo che interviene nell'organizzazione dell'emergenza sia dotato di un defibrillatore semi-automatico e che il personale sia addestrato ed autorizzato all'uso del medesimo).

Questa strategia è conosciuta come "defibrillazione da parte dei primi soccorritori". I "primi soccorritori" si possono definire come coloro che sono stati addestrati ad operare in un sistema di emergenza supervisionato da un medico.

I primi soccorritori possono essere così classificati:

- Personale che opera sulle ambulanze
- Personale che opera in sistemi di emergenza non sanitari : polizia, vigili del fuoco, carabinieri, vigili urbani, polizia ferroviaria
- Personale laico nei servizi pubblici: equipaggi degli aerei, personale delle ferrovie, personale dei traghetti
- Personale addestrato in applicazione della legge 626/94 nei luoghi di lavoro (fabbriche, supermercati...)
- Familiari di soggetti a rischio di morte improvvisa.

I DAE hanno, al loro interno, un sistema di analisi automatica del ritmo cardiaco. Essi vengono collegati al paziente con 2 elettrodi adesivi per poter analizzare il ritmo ed erogare lo shock. L'informazione sul ritmo viene data da un sistema vocale e/o da un display e l'erogazione dello shock avviene manualmente.

Gli algoritmi di rinascimento della FV presenti nei DAE hanno una specificità molto vicina al 100%; la sensibilità, nelle FV ad onde ampie, è di oltre il 90%, più bassa quando la FV è ad onde fini. Errori di riconoscimento sono stati riferiti in soggetti portatori di pacemaker.

Risultati di programmi di defibrillazione precoce

La sopravvivenza da FV quando intervengano soccorritori non medici varia molto, dallo 0 al 54% (568,573). Queste differenze sono da attribuire a differenze nelle caratteristiche delle popolazioni interessate, oltre a diversità nella metodologia e nella qualità delle registrazioni, piuttosto che a reali differenze nell'efficacia del programma specifico di defibrillazione. Allo scopo di comparare i vari risultati dei vari programmi di defibrillazione, i dati raccolti sull'arresto cardiaco devono essere molto omogenei (Utstein Style) e dovrebbero anche includere le performance dei vari anelli della catena della sopravvivenza.

Risultati dei programmi di defibrillazione semi-automatica effettuati da soccorritori non tradizionali

In una recente rassegna dei dati di sopravvivenza di 22 servizi di emergenza europei si è documentata una sopravvivenza alla dimissione, per tutti i tipi di arresto cardiaco, variabile dal 6 al 23%. La sopravvivenza invece da arresto cardiaco da FV, in presenza di testimoni, variava dal 13 al 55% (7 centri hanno riportato una sopravvivenza superiore al 30%). Una parte di queste enormi differenze è spiegabile con bias statistici e con definizioni non uniformi. Ma anche prendendo in considerazione questo limite, ovunque, quando erano presenti testimoni che effettuavano le manovre di rianimazione cardiopolmonare la sopravvivenza era più alta, così come quando il tempo di defibrillazione era più breve e quando il livello di addestramento e di esperienza dei soccorritori di primo e secondo livello era più elevato.

Queste osservazioni suggeriscono con molta forza che i programmi di defibrillazione non devono essere organizzati come interventi isolati nei sistemi di emergenza, ma invece devono essere inseriti con tutti gli altri interventi previsti nella catena della sopravvivenza (precoce accesso al sistema, precoci manovre di rianimazione cardiopolmonare da parte degli astanti e precoce arrivo del supporto vitale avanzato).

La defibrillazione da parte della polizia

In molte regioni negli Stati Uniti ed in Europa i mezzi della polizia arrivano qualche minuto prima dell'arrivo della prima ambulanza. Sono stati ovunque ottenuti risultati incoraggianti equipaggiando questi mezzi con DAE. Diversi Autori segnalano che, in caso di arresto cardiaco fuori dell'ospedale, la polizia ha rappresentato frequentemente il primo soccorso e che la defibrillazione da questa effettuata ha comportato tempi di defibrillazione più brevi ed anche miglioramento della sopravvivenza.

La defibrillazione sulle linee aeree civili

Circa 1000 vite sono perse ogni anno nell'aviazione civile. Recentemente diverse compagnie aeree hanno installato DAE sui loro aerei. Alcuni lavori riportano risultati con l'uso di DAE in passeggeri in arresto cardiaco. In un lavoro che riguarda 64 mesi di utilizzo dei DAE nella compagnia Qantas questi apparecchi sono stati usati 63 volte come monitoraggio di pazienti a rischio e 46 volte in caso di arresto cardiaco. La sopravvivenza a lungo termine in caso di FV è stata del 26%.

Si può quindi concludere che l'uso di DAE sugli aerei e negli aeroporti con adeguato addestramento del personale di volo è utile nel trattamento delle emergenze cardiologiche .

La defibrillazione da parte della popolazione

Il passo logico successivo è quello di organizzare programmi di defibrillazione nella popolazione (defibrillazione con accesso pubblico- PAD), facendo intervenire persone qualunque con apposito semplificato addestramento. Questo approccio è tecnicamente fattibile utilizzando l'attuale tecnologia e sembra anche economicamente attraente, comunque è necessario intraprendere trials controllati per valutare l'efficacia ed i costi.

Linee guida per l'uso dei DAE

La defibrillazione precoce da parte dei primi soccorritori professionali in caso di arresto cardiaco è oggi accettata come uno standard di terapia. Nelle linee guida ILCOR del 2000 si raccomanda, al fine di utilizzare i DAE da parte dei sistemi di emergenza e dai primi soccorritori:

- Che ogni ambulanza, che potrebbe trovarsi in un arresto cardiaco, dovrebbe portare un DAE ed avere personale addestrato all'uso di questo
- Che la defibrillazione dovrebbe essere una delle principali competenze di medici, infermieri ed altri professionisti sanitari
- Che i defibrillatori dovrebbero essere ampiamente presenti nelle corsie di ospedale
- Che si deve valutare la fattibilità e l'efficacia di addestrare e permettere la defibrillazione a tutti coloro che possono essere interessati alla gestione dell'arresto cardiaco.

Un retraining è necessario ogni 6 mesi. L'addestramento ed il relativo retraining deve essere affidato ad istruttori qualificati, che operino in un sistema controllato da medici.

Lento sviluppo dell'uso dei DAE in Europa

In Europa la defibrillazione precoce da parte di personale delle ambulanze e nella comunità si è sviluppata in Gran Bretagna, Olanda, Scandinavia e parte della Germania e Belgio: Esperienze pilota sono presenti in molte altre regioni europee. In molte parti dell'Europa le ambulanze sono equipaggiate con defibrillatori manuali ed hanno equipaggi medici o infermieristici.

Da tutte queste varie esperienze deriva che i programmi di defibrillazione precoce hanno successo se si rispettano alcune regole:

- Il programma deve essere sotto controllo medico
- L'intervallo di tempo fra l'arresto cardiaco e le prime manovre di rianimazione cardiopolmonare deve essere usualmente sotto i 4 minuti
- L'intervallo di tempo fra l'arresto cardiaco e la defibrillazione deve essere usualmente sotto i 9 minuti
- Ci deve essere un numero critico di interventi
- Ci deve essere un programma di addestramento e di retraining
- Ci deve essere un sistema di monitoraggio della performance del programma stesso

Ad oggi i programmi di defibrillazione precoce si sono sviluppati solo parzialmente in Europa e negli Stati Uniti meno del 50% delle ambulanze è equipaggiato con un DAE. Le ragioni di questo sviluppo ancora lento stanno nella insufficiente consapevolezza del problema, nelle difficoltà organizzative e nella legislazione.

Bisogna ricordare che in Italia esistono già varie leggi che permettono lo sviluppo di programmi di defibrillazione precoce. Un decreto dell'Agosto 2000 rende obbligatorio l'uso di DAE negli aerei; una legge dell'8 Marzo 2001 (120/2001) dà la possibilità di defibrillare a tutti i laici ed infermieri che siano stati adeguatamente addestrati: la legge rimanda alle Regioni la definizione di chi e come deve essere addestrato e diverse Regioni hanno già emanato i loro dispositivi o si accingono a farlo. Inoltre in Italia esiste un decreto, il 626/94 che prevede di organizzare un primo soccorso in ogni luogo di lavoro: cosa ci impedisce di adempiere alla norma, magari inserendo anche la possibilità di defibrillare?

Quindi in Italia ci sono le norme, si tratta solamente di lavorare con impegno e convinzione affinché migliori la prognosi della morte improvvisa. In tutto il territorio nazionale sono ormai attivi i sistemi di emergenza territoriale (118), in alcune Regioni diffusi anche oltre i confini cittadini. Questi organismi devono assumere un ruolo trainante in tutti i progetti di defibrillazione precoce.

La defibrillazione è l'unico strumento terapeutico nei confronti della FV. L'intervallo di tempo che intercorre fra l'inizio della FV e l'erogazione dello shock è il principale determinante della sopravvivenza.

Per raggiungere lo scopo della defibrillazione precoce è assolutamente necessario permettere di defibrillare a persone che non siano professionisti sanitari. Lo sviluppo dei DAE ha rappresentato una grande novità nelle possibilità terapeutiche ed è oggi ampiamente disponibile.

Gli attuali DAE sono semplici, affidabili e si possono imparare in breve tempo, facilitando così la diffusione della defibrillazione. Travolgenti evidenze, sia scientifiche che cliniche, rinforzano la necessità di una defibrillazione precoce come uno standard medico. La Comunità Scientifica Internazionale ha prodotto linee guida per l'uso di DAE da parte dei primi soccorritori. Tuttavia in molti Paesi ancora la defibrillazione con DAE in mano a non sanitari trova grosse difficoltà, per ostacoli più o meno reali, come la legislazione, le priorità economiche del Paese, le tradizioni, le inerzie....

- La professione medica è sollecitata ad aumentare la consapevolezza della popolazione, di coloro che sono responsabili dei sistemi di emergenza e di coloro che hanno potere legislativo, allo scopo di permettere il cambiamento nella pratica e nelle leggi, che è necessario allo sviluppo della defibrillazione precoce
- È essenziale inserire il concetto di defibrillazione precoce in un sistema di emergenza, che includa tutti gli anelli della catena della sopravvivenza, dall'accesso rapido ai sistemi di emergenza, alle manovre di rianimazione cardiopolmonare precoce, al precoce arrivo di un sistema di soccorso avanzato
- Tutto il personale coinvolto nell'emergenza deve essere addestrato ed autorizzato a defibrillare in caso di arresto cardiaco, sia nei sistemi territoriali che in quelli intraospedalieri
- Tutte le ambulanze che sono adibite al trasporto di pazienti devono essere attrezzate con un defibrillatore
- La defibrillazione deve essere un'importante competenza di medici ed infermieri ed i defibrillatori devono essere presenti nelle corsie ospedaliere
- Tutti i programmi di defibrillazione devono operare sotto controllo medico effettuato da medici esperti e qualificati. Questi devono assicurare tutti gli anelli della catena della sopravvivenza e devono avere accesso a tutte le informazioni, in modo da permettere sistemi di audit
- Gli interventi devono essere registrati secondo l'Utstein Style, in modo da permettere un monitoraggio continuo dei risultati.

B) Progetto SAFE FLORENCE Public access defibrillation (PAD)

Istituzioni coinvolte

Aziende sanitarie di Firenze e Comuni dell'area metropolitana fiorentina Associazioni di Volontariato

Coordina: Comitato tecnico del 118

Tenuto conto che:

a. Ormai da molti anni è chiaramente documentato che la maggior parte degli arresti cardiaci è dovuta a fibrillazione ventricolare (FV). Altrettanto chiaro è che questa si può risolvere solamente con la defibrillazione.

b. Negli ultimi anni sono stati messi in commercio e validati defibrillatori semi-automatici, che sono in grado di riconoscere e risolvere la FV. Il loro uso è diventato facilissimo, tanto che si possono istruire soggetti non sanitari con poche ore di corso.

c. Vari Paesi hanno prodotto legislazione idonea a poter permettere la defibrillazione anche a personale non sanitario; recentemente anche l'Italia si è adeguata, prima permettendo la defibrillazione in aereo e poi estendendola a tutti coloro che abbiano superato un adeguato corso.

d. Se vogliamo dare efficacia ad un PAD, dobbiamo tener conto di quanto suggerisce l'ILCOR, cioè si devono collocare i defibrillatori semi-automatici (DAE) in sedi dove sia abbastanza probabile il loro uso. Nel valutare le sedi da attivare, nel caso specifico dell'Italia, si deve tener conto di quanto stabilisce la 626/94: si devono creare dei pronto soccorsi di vario livello nei luoghi di lavoro, addestrandone adeguatamente il personale dipendente. Si rende opportuno ed urgente dare diffusione alla defibrillazione su tutto il territorio della ASL 10.

DOVE

1. sedi di Volontariato
2. ambulatori medici
3. stazioni ferroviarie
4. aeroporto
5. distretti socio sanitari di dimensioni medio-grandi
6. supermercati
7. centri congressi
8. residenze protette
9. fabbriche
10. altri, da valutare volta volta, come fiere, concerti...oppure parenti di soggetti a rischio di morte improvvisa

CHI addestrare

1. medici di continuità assistenziale e di medicina generale
2. Volontari, nell'ambito del sistema 118
3. Operatori delle sedi interessate
4. Vigili urbani, forze dell'ordine, Vigili del fuoco...(alcuni già addestrati al BLS)

COME

Corsi della durata di un giorno, secondo Linee Guida ILCOR (salvo che per i Volontari inseriti nel sistema 118, che devono effettuare la formazione già prevista a livello regionale).

RISORSE

Il 118 metterà a disposizione gli istruttori. I vari Enti ed Istituzioni si faranno carico della spesa dei defibrillatori e di quella del Corso, attraverso un rapporto convenzionale con la ASL 10.

RACCOMANDAZIONI PER L'USO DEI DAE		
	Raccomandazioni	Livello di evidenza
Uso da parte di personale dell'emergenza	Classe I	B
Uso da parte della polizia	Classe I	C
Uso nelle compagnie aeree	Classe I	B
Uso da parte di famigliari di persone a rischio	Classe IIb	C