

Prot. 118/2012

Roma, 05 luglio 2012

dott. Renato Balduzzi
Ministro della Salute
Via Lungotevere Ripa, 1
00153 Roma

dott. Vasco Errani
Presidente Conferenza Regioni
c/o CINSEDO
Via Parigi, 11
00187 Roma

Oggetto: Osservazioni dell'AAROIE-EMAC relative alla bozza di Accordo Stato-Regioni sulla implementazione delle competenze professionali degli infermieri.

Si osserva preliminarmente come la bozza di Accordo, elaborata in conseguenza dell'affidamento alla Conferenza Stato-Regioni dei compiti di cui all'art. 4 del d. lgs. n. 281 del 1997, appaia esclusivamente orientata al fine di implementare le competenze professionali degli infermieri.

A tal proposito si sottolinea, anche in base al combinato normativo richiamato nella medesima suddetta bozza di Accordo, come tale affidamento non possa derogare ai principi desumibili dalla legislazione statale, che stabiliscono i confini tra le competenze professionali dei medici e quelle degli infermieri.

Inoltre, sempre in base al richiamato vigente ordinamento legislativo e giuridico, si ricorda lo stretto e inscindibile rapporto di interdipendenza tra competenze e responsabilità professionali, le quali, così come non possono essere tra loro disgiunte nemmeno in parte, altrettanto non possono essere genericamente ed indistintamente attribuite ad équipes multi-professionali; parimenti, a nessuna figura professionale può essere obbligatoriamente imposto di delegare alcuna propria competenza e responsabilità ad altre figure diverse.

Infatti, come è evidente che ad ogni competenza debba corrispondere una responsabilità, così la competenza e la responsabilità di équipe prevedono che ciascun componente presti il proprio operato e ne risponda entro e non oltre i limiti della propria qualifica, e specificatamente in ordine alle proprie azioni ed omissioni; analoghe considerazioni debbono farsi per quanto riguarda la delega di prestazioni sanitarie, a maggior ragione se si tratta di atti medici delegati, ferma restando la

Sede Legale

Via XX Settembre, 98/E - 00187 Roma
tel. 06 47825272 - fax 06 23328733
e-mail: segreteria@aaroieamac.it

Sede Amministrativa

Via E. Suarez, 12 - 80129 Napoli
tel. 081 5585160 - fax 081 3606204
e-mail: aaroieamac@aaroieamac.it

Website: www.aaroieamac.it
Partita Iva: 07156580636
Codice Fiscale 80062360633

titolarità decisionale di delega in capo al delegante esclusivamente nei limiti di potestà di delega.

Ciò premesso, si concorda sull'opportunità di poter individuare idonei progetti di sviluppo della professionalità di tutti gli operatori sanitari, ma si precisa che tali progetti non possono rischiare, sin dalla loro stesura, di oltrepassare precise e specifiche competenze e responsabilità stabilite per legge.

Sarebbe infatti del tutto estranea a criteri di opportunità e di legittimità qualsivoglia deroga a livello nazionale, o peggio regionale e/o locale, ai suddetti limiti di legge, individuando nell'infermiere e/o in altri profili professionali non medici figure "sostitutive" o "interscambiabili" con quella medica.

Quindi, tale Accordo non potrà, in alcun modo, attribuire agli infermieri competenze e responsabilità che la legge riserva ai medici, in quanto, in tal caso, esso dovrà essere considerato adottato in violazione di legge e, pertanto, illegittimo.

A sostegno di quanto sopra, si richiama in particolare quanto prevede l'art. 1 della legge n. 42 del 1999: **"il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'art.6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni"** (tra le quali è compresa la professione infermieristica) **"è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali"**.

In base a tale norma, pertanto, il compito di individuare il "campo di attività" e la "responsabilità" dell'infermiere è demandato essenzialmente al decreto ministeriale istitutivo della professione infermieristica e, cioè, ancora oggi, al D.M. n. 739 del 1994, che stabilisce chiaramente, all'art. 1, che l'infermiere è esclusivamente il responsabile della **"assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa"**, svolge funzioni di **"prevenzione delle malattie"** e di **"assistenza dei malati e dei disabili"**, e **deve garantire "la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostiche terapeutiche"**, la cui individuazione e determinazione non rientrano quindi nelle sue competenze, rientrando invece in quelle del medico.

Pertanto, anche il codice deontologico degli infermieri, non potendo esercitare alcun potere sovrapotente la legge, è coerente con tali delimitazioni, in quanto afferma che l'infermiere **"è responsabile della professione infermieristica"** (art. 1); come tale, egli deve conoscere (ma non stabilire) **"il progetto diagnostico – terapeutico per le influenze che questo ha nel percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito"** (art. 22).

In secondo luogo, sempre dalla norma dell'art. 1 della legge n. 42 del 1999, deriva anche che l'ambito di esplicazione dell'attività infermieristica è espressamente

limitato, **in negativo**, dalle “**competenze previste per le professioni mediche**” che devono ritenersi precluse (“**fatte salve**”) agli infermieri.

Al tal riguardo, nell'attuale sistema normativo, vi è sicuramente un nucleo irriducibile di competenze riservate alla professione medica e cioè quelle concernenti l'attività **di diagnosi e di prescrizione terapeutica**.

Orbene, nella premessa della bozza di Accordo viene dato atto della esistenza del predetto limite negativo e della esistenza di “*un significativo dibattito tra la professione infermieristica e quella medica soprattutto per quanto concerne la ridefinizione dei campi di attività e delle competenze/responsabilità nei percorsi diagnostici terapeutici assistenziali*”.

Senonché, nella bozza di Accordo di cui si discute non è stato poi tenuto in debito conto quanto emerge da tale dibattito, in quanto essa presenta evidenti profili di illegittimità nella parte in cui intende attribuire agli infermieri competenze professionali che presuppongono lo svolgimento di attività di diagnosi e di prescrizione terapeutica, o comunque strettamente connesse a queste.

E così a titolo di esempio non esaustivo, con riferimento alle attività di Anestesia e Rianimazione, Emergenza ed Area Critica, devono essere tutt'ora ritenute di competenza esclusiva dei medici, le seguenti attività, che non possono peraltro in alcun modo essere da altri svolte né ad altri delegate:

in Anestesia: valutazione preoperatoria con attribuzione del rischio ASA, trattamento anestesiológico sin dalla fase di induzione/avvio e fino alla fase di risveglio/recupero, controllo clinico e interpretazione del monitoraggio anestesiológico intraoperatorio, controllo postoperatorio precedente l'affidamento ad altra figura professionale.

in Rianimazione, Emergenza intra ed extra-ospedaliera ed Area Critica: valutazione e diagnosi clinica, interpretazione del monitoraggio, impostazione della terapia e relative variazioni, decisioni cliniche inerenti il ricovero ospedaliero e la destinazione alle strutture specialistiche di riferimento.

Tra le suddette attività specificatamente mediche, e per quanto negli esempi suddetti di esclusiva competenza dei medici specialisti in anestesia e rianimazione, in emergenza ed area critica, nella bozza di Accordo verrebbero invece attribuite agli infermieri, a titolo di parziale esempio, le seguenti attività:

ALLEGATO COMPETENZE TECNICO PROFESSIONALI TRASVERSALI

1.1.1.3 Condurre il gruppo di lavoro

1.1.1.4 Coordinare l'operato di più professionisti

1.3.2 Gestire il rischio clinico.

ALLEGATO AREA CHIRURGICA

1.1.1.2 protocolli clinico-assistenziali e scale di valutazione condivise ... accertamenti finalizzati alla valutazione del rischio pre-operatorio

1.1.1.4 Collaborare con l'equipe multiprofessionale alla valutazione del rischio peri-operatorio

1.1.2.3 Pianificare gli interventi per la riduzione delle complicanze della fase post operatoria

1.1.4.1 Organizzare la sala operatoria, risorse tecnologiche e strumentali, in base all'intervento e ai tempi chirurgici

1.1.4.6 Gestire la terapia su protocolli concordati

1.1.4.7 Collaborare nella gestione di strumenti e farmaci nell'anestesia (sedazione, analgesia e mio rilassamento)

1.1.4.10 Gestire la fase di risveglio con rischio anestesiológico.

ALLEGATO AREA CRITICA E EMERGENZA URGENZA

1.1.1.7 Gestire, con funzioni di Team Leader, l'assistenza nelle situazioni di emergenza-urgenza territoriale

1.1.1.13 Gestire la terapia su protocolli concordati

1.1.4.8 Gestire le tecnologie per la valutazione e il monitoraggio delle funzioni vitali, nei rilievi strumentali complessi e nella risoluzione di problemi tecnici complessi

1.2.2.1 Gestire lo svezzamento da ventilazione meccanica, in ottica multidisciplinare.

Con le suddette innovazioni verrebbero attribuite agli infermieri non solo competenze mediche assistenziali, ma anche una leadership gestionale dell'intera assistenza sanitaria e del rischio clinico, senza alcuna corrispondenza con gli assetti istituzionalmente a ciò deputati.

Si stigmatizza inoltre l'utilizzo diffuso del concetto di "multidisciplinarietà": in primo luogo perché la multidisciplinarietà attiene a competenze specialistiche specifiche di ogni singolo profilo professionale, e dunque il termine corretto sarebbe "multiprofessionali"; in secondo luogo perché appare inaccettabile in equipe multiprofessionale una subordinazione del medico all'infermiere.

Del tutto estranei ai processi formativi vigenti appaiono infine i passaggi in cui all'infermiere vengono genericamente attribuite competenze gestionali "multidisciplinari" in merito alla formazione e alla ricerca, poiché la gestione della formazione del medico non può essere affidata a figure infermieristiche.

In generale, la chiarezza dei limiti tra le due professioni deve essere ribadita, a tutela non solo degli interessi professionali dei medici e degli stessi infermieri - i quali a nostro avviso non debbono essere gravati di responsabilità eccedenti il loro ruolo - ma anche e soprattutto dei cittadini-utenti.

Occorre, in definitiva, nel porre mano alla delicata materia, attenersi alla miglior riorganizzazione possibile dell'assistenza sanitaria, anche in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza, nella quale i medici, gli infermieri, e gli altri operatori sanitari possano congiuntamente prendersi cura della persona assistita "*nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali*" (art. 1, comma 2, legge n. 42 del 1999).

Cordiali saluti

Il Presidente Nazionale dell'AAROI-EMAC
dott. Vincenzo Carpino

