Infermieristica legale nell'emergenza in strada

04/06/2013

Gli aspetti delicati della professione infermieristica

dott.ssa Mara Gerrduzzi

“Infermieri Voi siete il primo anello della catena dei soccorsi. E’ grazie a voi che si instaura il primo legame tra il cittadino che chiede aiuto ed il sistema… ciò può sembrare un insignificante dettaglio, in realtà determina l’esito positivo della chiamata”. (Clawson, 2000)

La tematica proposta “***infermieristica legale nell’emergenza in strada***” tocca aspetti delicati della professione infermieristica.

Infatti gli obblighi di legge ed i rischi correlati diventano fonte di una ancor più accentuata inquietudine relativamente a situazioni di emergenza sanitaria e primo soccorso effettuati "fuori servizio" ed “in servizio”.

Nelle situazioni di emergenza, dall’operatore sanitario ci si aspetta una risposta qualificata, "dover fare" qualcosa.

Mentre siamo al lavoro, ognuno di noi conosce il proprio ruolo, le competenze, le capacità, le responsabilità e le procedure operative di risposta a un’emergenza, poiché non si è soli, ci sono le attrezzature e le strutture adeguate a differenza di quando siamo fuori servizio.

E’ necessario ricordare che l’infermiere resta sempre un infermiere, vincolato perciò ad obblighi deontologici, etici e giuridici anche al di là del proprio "essere in servizio".

Potrebbe sembrare scontato affrontare il tema con una logica giuridica ma non è sempre così, perché dover dare necessariamente risposte immediate potrebbe ingenerare insicurezza.

Con la nuova riforma delle professioni sanitarie legge 142/99 è stata abrogata, per l'infermiere, la denominazione di professione sanitaria ausiliaria in professione sanitaria, ovvero il riconoscimento di autonomia e responsabilità propria rispetto alle competenze acquisite nel percorso, preposto dall'ordinamento didattico sviluppato presso la sede universitaria in cui è stato acquisito il titolo di infermiere.

Con delibera n.1/09 del 10 gennaio 2009 approvata dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Infermieri è stato approvato il codice deontologico con il quale vengono descritti i doveri dell'infermiere sia in base alla professione propria che il rapporto con le altre professioni sanitarie.

In questa sede, visto l'argomento della mia relazione porto in evidenza gli articoli:

Articolo 9

- L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere.

Articolo 18

- L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Dal punto di vista prettamente giuridico stabilisce per tutte le professioni sanitarie l'obbligo di rispondere, in sede penale o civile, o in ambedue, dei danni cagionati a terzi.

La legge è uguale per tutti

Infatti la legge italiana, senza considerare il rapporto più o meno personale tra vittima e soccorritore, impone al cittadino di intervenire in qualche modo per non incorrere nel reato di omissione di soccorso infatti, L'art. 593 del Codice Penale cita:

E' perseguibile del reato di omissione di soccorso colui che "…trovando abbandonato persona…incapace di provvedere a se stessa…omette di darne avviso all'Autorità…Alla stessa pena soggiace chi, trovando un corpo umano che sia o sembri inanimato, ovvero una persona ferita o altrimenti in pericolo, omette di prestare l'assistenza occorrente o di darne immediato avviso all'Autorità.

Trascurare o ignorare persone non coscienti o chiaramente incapaci di provvedere a se stesse comporta lo stesso obbligo giuridico anche quando non si hanno responsabilità nella causa iniziale del danno. In genere Il reato di "omissione di soccorso" è punito con la reclusione fino a tre mesi o con la multa fino a 350 euro.

L'opera di soccorso ha delle priorità e lo dimostra una sentenza della Corte di Cassazione che ha emesso un verdetto relativo al reato di omissione di soccorso che getta nuova luce sull'interpretazione dell'art. 593 del C.P. Citiamo testualmente:

"L'imputato aveva scorto una persona priva di sensi distesa al centro della strada, si era fermato il tempo necessario per chiamare i soccorsi con il cellulare e poi se n'era andato, senza curarsi oltre della sorte del malcapitato. I Supremi giudici (sentenza n. 3397 dd 14/12/04) l'hanno ritenuto colpevole di omissione di soccorso, poiché non ha prestato la necessaria assistenza. In questo caso, è stato precisato, il reo avrebbe dovuto adottare tutte le precauzioni necessarie a scongiurare il pericolo che la persona priva di sensi potesse subire danni ulteriori (es. essere investito da un automezzo)". Mettendo al primo posto la sicurezza e la salvaguardia della vita rispetto a pericoli oggettivi.

La responsabilità operativa dell'infermiere

La materia è estremamente delicata, la responsabilità in campo sanitario stabilisce che, chiunque nell'esercizio della professione sanitaria, arrechi volontariamente o per altri motivi un danno deve risponderne, il danno può verificarsi per:

- **Negligenza**: trascuratezza, mancanza di sollecitudine ovvero di un comportamento passivo che si traduce in una **omissione di determinate precauzioni**, esempio un infermiere che non controlla la data di scadenza del farmaco usato;
- **Imprudenza:** insufficiente ponderazione di ciò che l'individuo è in grado di fare, violazione di un a regola di condotta, rispetto ad un'azione e non applicare, nell'eseguirla precise cautele, come ad esempio un infermiere che effettua una prestazione di cui non ha esperienza sufficiente, come

l'introduzione di catetere in vescica di un maschio e produrre una falsa via;

- **Imperizia**: insufficiente attitudine a svolgere un'attività che richiede specifiche conoscenze di regole scientifiche e tecniche dettate dalla scienza e dall'esperienza, pertanto identificabile con una preparazione insufficiente, assenza di cognizioni fondamentali e indispensabili per l'esercizio della professione infermieristica., esempio l'infermiere che di fronte ad un soggetto in arresto cardiaco non effettui la rianimazione cardio-respiratoria seppur in modo rudimentale .commette un'imperizia. In una casa di riposo ad una collega in libera professione, le fu recesso il contatto, perché avendo in carico un'ospite con respiratore nel momento in cui mancò l'energia elettrica, non provvide alla respirazione manuale con cannula di mayo e pallone di ambu, tutto ciò davanti i parenti che assistettero impotenti alla morte del congiunto e all'indifferenza della collega che rimase "disinteressata" senza intraprendere alcuna azione.

A proposito dei danni eventualmente causati, ci viene in aiuto l'articolo 54 del codice penale:

"Non è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare sé od altri dal pericolo attuale di un danno alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, né altrimenti evitabile, sempre che il fatto sia proporzionato al pericolo."

Il decreto legislativo 158/2012 D.L. riguarda i criteri di verifica della responsabilità delle figure sanitarie infatti L'art. 3 del citato decreto

recepisce alcune indicazioni giurisprudenziali, nei casi di colpa professionale stabilisce che:

"*trattasi di una colpa lieve per tutte le figure sanitarie che si sono attenute ai protocolli nazionali e talvolta internazionali per una determinata pratica sanitaria*"

ad esempio se durante un trattamento per una fibrillazione ventricolare in assenza del medico si utilizza dell' amiodarone e si verifica un grave fatto allergico, posso essere giudicato lievemente colpevole se ho dimostro di aver utilizzato il protocollo previsto dall'IRC (Italian Resuscitation Council) che è l'organismo che certifica le linee guida sulla rianimazione cardio polmonare in Italia e se sono è titolare del corso di esecutore ALS.

Sempre L'art. 3 del D.L. recita: ***"L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento delle proprie attività si attiene a linee guida e buone pratiche ospedaliere, risponde dei danni derivanti solo in caso di dolo e colpa grave***" anche se ciò appare un protocollo rigido, le linee guida non costituiscono "il vangelo", per la semplice ragione che hanno un sapore aziendalistico risultando quindi ispirate a criteri di economicità delle risorse ospedaliere impegnate e di sostenibilità finanziaria dei comportamenti. Pertanto non primariamente volte alla tutela della salute individuale.

Un valore non tale, dunque, da giustificare l'elevazione delle *lineeguida* a fondamentale criterio nella valutazione giudiziale sulle responsabilità professionali sanitarie.

Viene riconosciuta colpa grave anche per colui che ha seguito le linee guida ma che, per la specificità del caso, il comportamento risulta essere palesemente distante dalla condotta clinica ottimale applicabile al caso specifico.

Esempio: l'infermiere che non ha fatto il corso di esecutore che intuba e provoca un danno pur avendo seguito le linee guida è condannabile perché ha solo una formazione media e non specializzata in esecutore di ALS.

La copertura del rischio sanitario

Per alcune categorie di rischio professionale, descritto sempre nell'art. 3 del decreto 158/2012 prevede l'obbligo di istituire un **fondo unico**, alimentato da imprese assicuratrici e dalla contribuzione volontaria dei sanitari.

Un successivo decreto presidenziale determinerà – entro il 30 giugno 2013 – **gli specifici rischi coperti dal fondo citato** – di regola tutte le assicurazioni ricercano eventuali concorsi di colpa affinché la cifra da risarcire sia condivisa.

Conseguentemente è necessario approfondire il concetto di

Linee Guida (guidelines):

i consigli di condotta operativa che scaturiscono dallo studio sistematico degli effetti e dell'efficacia dei procedimenti diagnostico-terapeutici affinché al personale sanitario sia data la possibilità di decidere in tempi brevi, quale sia il tipo di assistenza più adatta nel pieno rispetto dell'autonomia del paziente che

deve esprimere, quando è possibile il proprio consenso, al fine di migliorare la qualità dei servizi.

I protocolli, scaturendo da organi direttivi con poteri riconosciuti o da norme codificate, presentano i caratteri di una norma giuridica configurandosi come "atti normativi interni" o "regolamenti di servizio" (assimilabili alle **working instructions=istruzioni di lavoro** del mondo aziendale) con conseguenza di vincolo per tutti gli operatori sanitari per i quali si impone il problema della responsabilità del buono o cattivo uso o del mancato uso dei protocolli.

I protocolli che sono un'opera di sintesi tecnico-scientifica, si prefiggono lo scopo di evitare possibili errori od omissioni, superare situazioni di potenziale conflitto, uniformare la condotta dei sanitari, ottenere una gestione più equilibrata delle risorse, migliorare l'assistenza e, quindi, lo stato di salute dei pazienti.

A tal fine è necessario l'utilizzo dei protocolli in:

- **Emergenza**: situazione connotata dalla necessità di un'azione terapeutica immediata, per evitare la morte o gravissime lesioni del soggetto, da parte del medico in primis, ma anche di altri operatori sanitari presenti al fatto, giustificandosi anche atti che vanno al di là delle specifiche competenze (es. tracheotomia da parte di un infermiere), salvo dover rispondere per esiti infausti determinati da errori. Trattasi di azione sanitaria che deve caratterizzarsi per tre fondamentali requisiti: - immediatezza – correttezza – completezza;
- **Urgenza**: situazione che impone la messa in atto di tutta una serie di provvedimenti atti a dare una adeguata e pronta assistenza (pur non

esistendo un immediato pericolo per la vita è necessario, tuttavia, adottare entro breve tempo opportuno intervento terapeutico) nel rispetto delle norme e delle procedure correnti.

L. 251/2000: il concetto di autonomia

Già la legge 42/99 affermando che nessuna professione sanitaria è di ausilio ad un'altra professione, aveva dichiarato implicitamente l'autonomia della professione sanitaria infermieristica.

Il concetto di autonomia, intesa come competenza nella realizzazione dello specifico professionale, nell'integrazione con altri professionisti, non può essere estranea al vincolo di partecipazione.

Per **autonomia** deve intendersi non solo l'esistenza di un ambito proprio di esercizio professionale, da realizzare senza vincoli di subordinazione operativa e decisionale ma una definizione che enfatizzi i contenuti, la metodologia e gli obiettivi propri della professione a prescindere dall'enfatizzare l'assenza di vincoli di subordinazione ad altre professioni sanitarie.

Quindi qualsiasi procedura avente caratteristiche di emergenza/urgenza, purché contemplata in un protocollo redatto dal responsabile del servizio e dopo l'acquisizione di una specifica e certificata formazione per quella determinata prestazione, rivalutata nel tempo e periodicamente oggetto di aggiornamento (es. intubazione endotracheale anche in assenza del medico).

La indeterminatezza della normativa potrebbe legittimamente consentire di valutare l'opportunità di inserire tra le "attività e manovre finalizzate a salvaguardare le funzioni vitali anche altre procedure tradizionalmente ancora retaggio esclusivo del medico, permettendone l'attuazione all'infermiere al fine di rendere più efficiente ed efficace la gestione del servizio purchè, quest'ultimo, adeguatamente formato ed aggiornato.

È consentito l'uso del defibrillatore semiautomatico in sede intra* ed extraospedaliera anche al personale sanitario non medico, nonché al personale non sanitario che abbia ricevuto una formazione specifica nelle attività di rianimazione cardiopolmonare.

La legge 69 del 15 marzo 2004 ha ampliato l'ambito di applicazione della legge, estendendo all'interno degli ospedali la possibilità di utilizzo dei defibrillatori per i non medici. La legge originaria, infatti, aveva determinato il paradosso che un laico, al di fuori dell'ospedale, fosse autorizzato ad applicare il defibrillatore, mentre un infermiere, all'interno di un ospedale, non poteva utilizzare questo prezioso apparecchio salvavita.

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 nell'ambito del sistema 118 competente per territorio.

La diffusione dei defibrillatori semi-automatici esterni (DAE) deve essere considerata una priorità a tutti i livelli. Così come è normale vedere degli

estintori, la presenza dei DAE è una conquista per la salvaguardia della vita umana.

E' necessario che vi siano delle persone abilitate all'utilizzo di questi apparecchi. La legge italiana non pone vincoli sulla qualifica di questi operatori. Chiunque può essere autorizzato all'utilizzo di un DAE purché abbia superato con successo un corso di BLS-D.

Questi corsi devono essere organizzati sotto la supervisione del 118 provinciale di riferimento e vanno inseriti in un progetto più ampio di Accesso Pubblico ai Defibrillatori (Dall'inglese PAD – Public Access Defibrillation).

Gli infermieri, proprio per i riferimenti di cui sopra (Profilo Professionale, Codice Deontologico) hanno un obbligo etico e professionale non solo ad apprendere essi stessi ma anche ad educare la popolazione.

In questo senso, la tematica delle corrette procedure di rianimazione cardiopolmonare e la diffusione dei defibrillatori semiautomatici quali strumenti salvavita, può trovare tra gli infermieri un terreno fertile che ne incoraggi lo sviluppo.

Conclusioni

L'infermiere, sottoposto alla legislazione come qualsiasi cittadino, si trova, rispetto alla tematica del primo soccorso, in una posizione di maggiore responsabilità.

La legislazione vigente e le recenti sentenze della Corte di Cassazione affermano che obblighi deontologici e giuridici impongono a questo professionista sanitario di sviluppare le competenze necessarie ad affrontare le situazioni di urgenza-emergenza indipendentemente dall'essere in servizio. In particolare, si può affermare che vi sia un obbligo all'informazione e alla formazione permanente relativa alla propria professionalità.

In questo quadro, l'acquisizione di una cultura dell'emergenza specifica appare necessaria per mettere l'operatore in grado di trovare delle soluzioni adeguate indipendentemente dagli obblighi giuridici.

Le normative emanate in anni recenti stanno incoraggiando una diffusione delle tecniche di primo soccorso, fino alla defibrillazione precoce, in operatori laici adeguatamente formati. E' quindi paradossale che un infermiere si trovi in difficoltà rispetto ad un "addetto al pronto soccorso aziendale" oppure ad un laico che abbia conseguito un patentino di abilitazione BLS-D.

E' doveroso, non solo per obbligo giuridico ma anche etico e morale, che gli infermieri partecipino ad iniziative finalizzate ad aumentarne la competenza e la capacità di reazione di fronte a situazioni di emergenza sanitaria che possono coinvolgere, tra gli altri, anche persone care.