



Repubblica di San Marino

Comitato Sammarinese di Bioetica

***RISPOSTA ALLA RICHIESTA DI PARERE
SULL'AMMISSIBILITÀ ETICA DI
SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI SALVA-
VITA SUL TERRITORIO IN SITUAZIONI DI
EMERGENZA DA PARTE DEL PERSONALE
INFERMIERISTICO 118 DELL'ISS***

APPROVATO IL 10 SETTEMBRE 2024

Al Comitato Sammarinese di Bioetica è stato richiesto dal Direttore dell'U.O.C. Pronto Soccorso e Degenza Breve, dottor Alessandro Valentino, un parere in merito all'ammissibilità etica di somministrazione di farmaci salva-vita sul territorio in situazioni di emergenza da parte del personale infermieristico 118 dell'Istituto di Sicurezza Sociale.

Il CSB ha audito la dottoressa Chiara Manuzzi, delegata del dottor Valentino, che ha anticipato la richiesta formale, illustrando le situazioni in cui gli infermieri, allo stato attuale della norma, non possono somministrare farmaci salva-vita sul territorio in situazioni di emergenza, in assenza del medico.

Il CSB ha quindi valutato la richiesta pervenuta e, nella seduta del 10 settembre 2024, all'unanimità, ha espresso il seguente parere:

Nonostante l'obiettivo primario della Medicina sia la salvaguardia della vita e ciò rivesta un carattere di assoluta priorità, la questione della somministrazione autonoma di farmaci salva-vita sul territorio da parte dell'infermiere in emergenza è complessa e richiede un'analisi attenta e ponderata di molti fattori in gioco. È certamente apprezzabile il fatto che sia stata rilevata la matrice bioetica del tema in questione, nella consapevolezza di quanto auspicabile e pressante sia la necessità di promuovere tale specifica sensibilità in tutti gli ambiti della clinica e non soltanto riguardo alle situazioni di emergenza/urgenza.

Le riflessioni bioetiche che comprendono, tra l'altro, questioni di competenza e responsabilità da parte dei Professionisti sanitari medici e non medici e di tutela del paziente, delineano un quadro articolato che ne rende problematiche e azzardate l'approvazione e l'attuazione immediata. Su questo tema è auspicabile un dibattito costruttivo; la ricerca di soluzioni per migliorare l'assistenza sanitaria in situazioni di emergenza, pur nel rispetto dei principi bioetici, rimane un obiettivo prioritario, tanto più nell'attuale contesto sanitario, sempre più in sofferenza a causa dell'ingravescente carenza di risorse economiche e professionali.

Nonostante il quesito riguardi in prima istanza la figura professionale dell'infermiere, il primo aspetto che va considerato riguarda *l'autonomia medica*, ovvero la necessità di chiamare in causa la titolarità della figura professionale del medico, e di converso della titolarità delle altre figure professionali non mediche (e non infermieristiche) eroganti una attività sanitaria diagnostica, laboratoristica, ma anche assistenziale/terapeutica e preventiva. Ciò può apparire paradossale, perché impone un confronto tra la titolarità di due o più figure in reciproca esclusione di competenze, attività e responsabilità, e l'affermazione (solo apparente) di una scala gerarchica tra queste; ma nel contempo consente di disegnare i profili professionali (normativi e storici), i contorni di campi di applicazione ed i contenuti delle attività specifiche anche nell'ottica di declinazione delle reciproche responsabilità, a partire da ciò che *non può che appartenere* all'una o all'altra delle due o più figure sulla base di elementi deontologici, culturali e antropologici.

In effetti, *l'autonomia medica*, principio fondamentale della bioetica e della medicina moderna, si finalizza nel diritto del paziente di prendere decisioni informate e consapevoli riguardo alla propria salute e al trattamento sanitario a cui sottoporsi. Va ad esempio considerato che l'istituto del *Consenso Informato* (o della Informazione e Consenso valido) prevede un ruolo di esclusività per il medico, il quale ha il dovere di fornire al paziente informazioni complete e comprensibili sulle condizioni dello stesso, sulle opzioni terapeutiche disponibili, sui rischi e sui benefici di ogni trattamento, con lo scopo di ottenere un consenso valido e consapevole alle cure; ciò al fine di suscitare e promuovere la necessaria *competenza decisionale* del paziente e l'alleanza terapeutica come elemento primario su cui basare il principio di condivisione personale e di sostenibilità del sistema sociale. È implicita la rilevanza di elementi come il rispetto per la persona e per i valori, le credenze e preferenze proprie, che devono essere rispettati nel processo decisionale del medico, nonché nella volontà di autodeterminazione del paziente stesso, che ha il diritto di decidere autonomamente e liberamente su questioni relative alla propria salute, senza coercizioni o pressioni esterne.

Ciò rende di fatto *unica*, perché *antropologicamente significativa*, la figura del medico.

Va chiarito che il tema in questione non comprende che marginalmente il differente bagaglio di conoscenze tecnico-scientifiche delle professioni del medico e dell'infermiere. È altrettanto vero che anche l'infermiere, alla stessa stregua del medico, potrebbe dover affrontare dilemmi etici complessi, per i quali sono di fondamentale importanza formazione e capacità di giudizio critico, e, in tal caso, avvalersi di una preparazione adeguata e sufficiente, maturata anch'essa all'interno dei propri percorsi formativi.

Tuttavia, soprattutto in considerazione delle circostanze prevalentemente critiche nelle quali viene richiesta la somministrazione di farmaci salva-vita, la diversificazione dei confini di responsabilità tra medico e infermiere si impone soprattutto a difesa del diritto del paziente alla propria salvaguardia nell'appropriatezza delle cure, sia sul piano formale sia nei termini dell'applicazione pratica. Tale principio, come già accennato, fonda le sue radici sul fondamentale profilo antropologico del *curante* rispetto al *curato*, cioè del *medico*, nella sua accezione culturale, al capezzale del *malato*.

In altri termini, il principio di *autonomia medica*, sostanzialmente originario e consacrato dalla tradizione, stabilisce che il medico – e solo questi - ha la capacità, competenza e responsabilità di prendere decisioni in modo indipendente basandosi sul proprio giudizio professionale e sulla conoscenza del paziente. Esso, pertanto, potrebbe risultare violato nel momento in cui venisse affidata indifferentemente anche all'infermiere la scelta di somministrare farmaci salva-vita, creando confusione sui ruoli e potenziali conflitti tra le figure professionali.

Per fugare ogni dubbio, l'affermazione del ruolo primario e *originario* del medico non consiste nello sterile e superbo arroccamento di una posizione da difendere in senso corporativistico. Tutt'altro. Piuttosto, è forte il timore che l'assestamento di una *diluizione delle responsabilità* fra professionalità differenti possa tendere a sbiadire i profili dei rispettivi ruoli, a tutto svantaggio del

paziente, che verrebbe privato del suo diritto a riferirsi alla professionalità del medico, chiaramente riconoscibile anche nell'assunzione delle responsabilità.

Per declinare il concetto nei termini dei principi bioetici, ci sembra opportuno richiamare, tra questi, quello di *non maleficenza*. Infatti, il mantenimento della chiara identificazione dei ruoli è rivolto alla protezione del malato da possibili elementi confusivi che potrebbero apportargli nocimento, tanto più nelle già citate critiche condizioni cliniche nelle quali è più stringente l'esigenza di intervenire con urgenza.

Si può, comunque, affermare che l'*operatività*, imposta dalle situazioni di emergenza/urgenza tipiche delle Rianimazioni e delle Terapie intensive e semi-intensive (senza esclusione di tutte le possibili restanti condizioni cliniche), specialmente nella necessità di salvare vite, può di fatto richiedere che gli interventi immediati siano espletati indifferentemente da qualunque professionista sanitario ne sia investito direttamente, sia esso medico o infermiere. Potrebbe, cioè, anche l'infermiere essere chiamato ad intervenire in urgenza ma *a distanza* rispetto ad una mediazione efficace da parte del medico. In tali circostanze l'applicazione pratica dei mezzi terapeutici adeguati e delle manovre rivolte alla salvaguardia della sopravvivenza dovrebbero pur sempre rimandare, quanto meno formalmente, alla responsabilità di un medico, sia pure nella propria facoltà di demandare, in scienza e coscienza, le sue scelte ad un altro professionista sanitario.



Ospedale di Stato. Rep. San Marino
Unità Organizzativa Complessa
Pronto Soccorso - Degenza Breve
Direttore Dott. Alessandro Valentino

Spett.le Comitato Bioetico,

sulla base di quanto discusso in riunione in data 6 giugno us, richiedo il parere del Comitato sulla somministrazione di farmaci sul territorio da parte del personale infermieristico 118 dell'ISS.

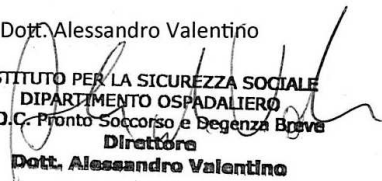
A tale proposito sottolineo come la mancanza del medico in servizio 118 in orario 20-07.30 renda assolutamente necessario che, in situazione di estrema gravità, gli infermieri intervenuti sul territorio possano liberamente somministrare terapie ai pazienti senza il preventivo assenso di un medico.

Sono stati pertanto stabiliti protocolli che possano essere seguiti dagli infermieri, a tutto vantaggio della qualità del servizio offerto dal soccorso territoriale e, in ultima analisi, dei pazienti soccorsi.

Tali protocolli riguardano situazioni cliniche nelle quali gli infermieri 118 possano somministrare terapie salvavita, sulla base di quanto in atto negli Stati nei quali non sia prevista la presenza di personale medico sul territorio.

Ringraziando porgo distinti saluti

San Marino, 12/06/2024

Dott. Alessandro Valentino

ISTITUTO PER LA SICUREZZA SOCIALE
DIPARTIMENTO OSPADALIERO
U.O.C. Pronto Soccorso e Degenza Breve
Direttore
Dott. Alessandro Valentino