

Policy Statement

Trattamento farmacologico da parte degli infermieri nell'emergenza territoriale

Approvato nel Consiglio Direttivo IRC del 05 novembre 2015

Approvato nel Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU del 07 novembre 2015

Approvato nel Consiglio Direttivo ANIARTI dell 11 novembre 2015

Pagina | 1 di 3

E' ormai acquisizione unanime che, nelle patologie tempo dipendenti, la precocità dell'inquadramento diagnostico e i conseguenti provvedimenti terapeutici, anche farmacologici, assumono un ruolo critico nell'esito clinico, sia quoad vitam che quoad valetudinem.

Nonostante ciò si continuano a verificare ritardi nel trattamento di detti quadri clinici, a causa delle seguenti ragioni¹⁻²:

- 1- Ritardo nell'attivazione dei Servizi di Emergenza Territoriale 118 da parte della popolazione;
- 2- Intervallo tra insorgenza dell'evento e primo contatto medico eccessivamente lungo e non adeguato alle necessità assistenziali;
- 3- Sovraffollamento dei Dipartimenti di Emergenza con conseguente aumento del rischio clinico.

In questo ambito, un ruolo strategico viene rivestito dal sistema di Emergenza Territoriale e, all'interno di questo, dalla figura Infermieristica, che, nella gran parte dei casi, rappresenta il punto di collegamento per la maggior parte delle postazioni, in costante riferimento con la componente Medica, considerato l'attuale contesto organizzativo articolato a più livelli di complessità.

In particolare la somministrazione, da parte degli infermieri, di terapie, anche farmacologiche, secondo protocolli condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura), si inquadra in processo finalizzato alla tempestività del trattamento e spesso risulta essenziale per la salvaguardia della vita e/o della salute dei pazienti, come in caso di overdose da oppiacei, grave sindrome ipoglicemica, sindrome coronarica acuta, insufficienza respiratoria acuta ecc.³⁻¹¹

I presupposti giuridici di dette procedure vanno ricercati nel DPR 27 marzo 1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni per la determinazione dei livelli essenziali di assistenza sanitaria di emergenza", che, all'art. 10 riporta quanto segue: "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".

Tale dispositivo ben si coniuga con l'evoluzione della figura infermieristica, sancita dal DM 739/94 e dalla Legge n. 42/99, caratterizzata dal riconoscimento di specifica autonomia e responsabilità professionale in ambito preventivo, curativo, palliativo e riabilitativo.

Le condizioni che rendono possibile la terapia farmacologica da parte degli Infermieri di Emergenza Territoriale sono le seguenti.

1. Specifico percorso formativo accreditato e finalizzato al trattamento anche farmacologico delle patologie tempo dipendenti in ambito di emergenza territoriale
2. Protocolli Condivisi ed emanati ufficialmente dal Direttore della Centrale Operativa 118 competente per territorio (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura).
3. Addestramento continuo, anche tramite tecniche di simulazione avanzata, e audit periodico su casi clinici e problematiche specifiche.
4. Disponibilità di continuo contatto tra gli infermieri di emergenza territoriale, il Medico di Centrale Operativa e i Medici del Dipartimento di Emergenza, anche tramite reti Telematiche e di Telemedicina.

Pagina | 2 di 3

Numerose esperienze internazionali hanno posto l'accento sull'importanza dell'intervento infermieristico, anche farmacologico, nelle condizioni cliniche caratterizzate nel migliorare le possibilità di sopravvivenza dei pazienti, in condizioni di assoluta garanzia riguardo all'efficacia, sicurezza, tempestività del trattamento, nonché rispetto della soddisfazione di pazienti, congiunti ed operatori del sistema di Emergenza – Urgenza³.

In base alle precedenti considerazioni, numerose realtà italiane di Emergenza Territoriale hanno adottato procedure che prevedono la possibilità di intervento terapeutico, anche farmacologico, da parte degli infermieri dell'Emergenza Territoriale, nelle situazioni a rapida evoluzione (tempo dipendenti) e potenzialmente pericolose per la vita. Tali procedure sono eseguite nel rispetto di protocolli condivisi ed emanati dal Direttore della Centrale Operativa 118 territorialmente competente, (concordati con il Responsabile Territoriale, nelle realtà nelle quali sussiste tale figura) in continuo contatto telematico con i Medici di Centrale e del Dipartimento d'Emergenza (anche attraverso sistemi di telemedicina).

La Società Italiana Medicina d'Emergenza-Urgenza (SIMEU), Italian Resuscitation Council (IRC) e Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI) anche in considerazione della particolare evoluzione culturale e normativa della figura Infermieristica verificatasi negli ultimi decenni, sostengono tali procedure nell'interesse dei pazienti, impegnandosi e promuovendo un'attività formativa specifica e finalizzata su tutto il territorio nazionale, accanto ad un processo di revisione e miglioramento continuo dei protocolli di trattamento in emergenza, con particolare riferimento alle condizioni caratterizzate da evolutività e potenzialmente a rischio di vita.

Il Presidente Nazionale SIMEU
Dr Gian A. Cibinel

Il Presidente IRC
Dr Walter Cataldi

Il Presidente ANIARTI
Dr Fabrizio Moggia

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. Cowan RM, Trzeciak S. Clinical review: emergency department overcrowding and the potential impact on the critically ill. *Crit Care*. 2005;9(3):291-295.
2. Joint Commission. Sentinel Event Alert, June 17, 2002;
(<http://www.jointcommission.org/sentinelevents/statistics> Accessed 10
November 2015.)
3. Latter S, Courtenay M. Effectiveness of nurse prescribing: a review of the literature. *J Clin Nurs*. 2004 Jan;13(1):26-32.
4. Stiell IG, Wells GA, Field B, Spaite DW, Nesbitt LP, De Maio VJ, Nichol G, Cousineau D, Blackburn J, Munkley D, Luinstra-Toohey L, Campeau T, Dagnone E, Lyver M; Ontario Prehospital Advanced Life Support Study Group. Advanced Life Support in out-of hospital cardiac arrest. *N Engl J Med*. 2004;351:647-656
5. Nagappan R. Transit Care medicine: a critical link. *Critical Care Medicine* 2004; 32(1): 305-306
6. Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
Raccomandazioni per i trasferimenti Inter ed Intraospedalieri. SIAARTI 2012
(<http://www.siaarti.it/Ricerca/Raccomandazioni-per-i-Trasferimenti-Inter-ed-Intra-Ospedalieri.aspx>)
7. Brendan G. Carr, Tanguy Brachet, Guy David, Reena Duseja, Charles C. Branas. Prehospital The Time Cost Of Prehospital Intubation And Intravenous Access In Trauma Patients. *Emergency Care* 2008;12:327–332
8. Christopher W. Seymour, Colin R. Cooke, Paul L. Hebert, Thomas D. Rea
Intravenous Access During Out-of-Hospital Emergency Care of Noninjured Patients: A Population-Based Outcome Study. *Ann Emerg Med*. April 2012;
Volume 59, Issue 4, Pages 296–303
9. Gold, L.S., Eisenberg, M.S. The effect of paramedic experience on survival from cardiac arrest. *Prehosp Emerg Care*. 2009;13:341–344.
10. Newgard, C.D., Schmicker, R.H., Hedges, J.R. et al. Emergency medical services intervals and survival in trauma: assessment of the “golden hour” in a North American prospective cohort. *Ann Emerg Med*. 2010;55:235–246
11. Tzu-Ching Wu Michael J. Lyerly Karen C. Albright Eric Ward Amanda Hassler Jessica Messier Catherine Wolff Charles C. Brannas Sean I. Savitz Brendan G. Carr
Impact of telemedicine on access to acute stroke care in the state of Texas
Annals of Clinical and Translational Neurology, Volume 1, Issue 1, pages 27–33, January 2014