Senza ombra di dubbio questo ultimo decennio ha visto trasformare lo status giuridico e professionale dell'infermiere. Accanto a questa notevole trasformazione sono sorti dubbi ed incertezze sulle funzioni di questo professionista, non solo tra i non addetti.

Con la Legge n. 42 del 26 febbraio 1999, è abrogato, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, riguardanti l'infermiere generico, il DPR n.225 del 14 marzo 1974 meglio conosciuto come "mansionario".

Il mansionario, costituiva per l'infermiere e per gli altri professionisti della Sanità un eccellente punto di riferimento, quasi l'unico, in caso di discordia successiva ad una disposizione impartita da un superiore (medico o caposala): se la disposizione figurava tra le prestazioni del mansionario l'infermiere doveva svolgerla altrimenti si poteva rifiutare.

L'abolizione del mansionario era inevitabile: non si poteva parlare di professionista e contestualmente relegare lo stesso ad un insieme di mansioni (atti elementari). Per alcune professioni, l'abolizione del mansionario è stata vista come una opportunità per delegare attività scomode, rientranti nelle proprie attribuzioni, agli infermieri, giustificando tale comportamento asserendo che con la Legge 42/99 l'infermiere può fare tutto o quasi

Sempre la Legge 42/99 al comma 1 dell'art. 1 fa scomparire da ogni disposizione di legge la denominazione di "professione sanitaria ausiliaria" rimpiazzandola con "professione sanitaria". **Ciò significa che l'infermiere con l'entrata in vigore di questa legge diventa egli stesso responsabile del proprio operato e svolge le funzioni attribuitegli dalla legge tenendo presente che al centro del SSN c'è il paziente e non la medicina (decreto legislativo 30 dicembre 1992, n.502)**

Per definire il campo di attività e di responsabilità dell'infermiere si può fare riferimento alla ormai nota Legge 42/99 che all'art. 1 comma 2 stabilisce che esso è determinato dai contenuti:

- **del profilo professionale dell'infermiere** (D.M. 739/94);
- **degli ordinamenti didattici** (formazione di base e post-base);
- **dal codice deontologico** (testo approvato dal Comitato nel febbraio del 1999).

I tre riferimenti di cui sopra costituiscono i criteri guida dell'esercizio della professione infermieristica. Ancora l'art 1 comma 2 della 42/99 stabilisce, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali, che l'infermiere non può svolgere attività che per legge sono attribuite:

- **ai medici**;
- **altri professionisti sanitari forniti di laurea**.

Il limite della professione medica si connota per il suo essere un limite decisamente professionale e non certo normativo, stante la mancanza generale di norme che regolano l'esercizio della professione medica.
Solo laddove si ritiene che debba necessariamente essere presente la competenza, la capacità e l'abilità di un medico l'ambito è da considerarsi da «atto medico».
Altrimenti le competenze sono da considerarsi appartenenti anche ad altri professionisti sanitari diversi dai medici .
Non vi sono dubbi che la trasfusione di sangue nel suo insieme sia da considerarsi certamente atto medico, con particolare riferimento alla decisione della trasfusione che trova il suo momento formale nell'atto prescrittivo.

Diverso è invece considerare tutti i passaggi della trasfusione di sangue «atto medico».

Il recente DM 25 gennaio 2001 attribuisce all'infermiere il potere di firma della provetta delle prove di compatibilità, prima attribuito in via esclusiva al medico.

Nel 1993 la Commissione nazionale per le trasfusioni stilò quelle che in dottrina sono state efficacemente definite guidelines protocollari tese a regolamentare tutti i momenti dell'atto trasfusionale.

In quel documento si definiva la trasfusione di sangue «un atto medico» che doveva essere «prescritta ed effettuata dal medico». Inoltre si precisava che competeva al medico la «trasfusione di sangue (valutazione di efficacia e sorveglianza).
Ora a parte il tenore letterale della norma che non risulta di per se chiarissimo (forse era più corretto parlare di esecuzione della trasfusione, posto che per «trasfusione» si intende tutto il procedimento) si è da sempre posto il problema della mancanza di cogenza di tale documento,visto che non è mai stato fatto proprio dal ministero con una circolare, un decreto o altro atto normativo regolamentare e la cui interpretazione ha sempre diviso sia la dottrina giuridica che medico legale , in relazione ai nuovi criteri per l'esercizio professionale determinati dalla legge 42/1999 è pressoché impossibile oggi presentare **la esecuzione** dell'emotrasfusione come un atto medico.

Questa nuova interpretazione della esecuzione è resa indispensabile anche dalle nuove norme regolamentari contenute nei decreti ministeriali del 25 e del 26 gennaio 2001 che superano il documento orientativo della commissione nazionale delle trasfusioni del 1993.

Nel decreto del 25 gennaio 2001 in tema di identificazione del ricevente non si fa alcun cenno al documento della commissione, ma si ha cura di prescrivere che «presso ogni struttura trasfusionale deve essere adottato, per ciascuna unità di sangue e/o di emocomponenti distribuita, un sistema sicuro di riconoscimento del ricevente cui la stessa unità è stata assegnata con l'indicazione se siano state eseguite le prove di compatibilità.

Ogni unità di sangue e/o di emocomponenti, all'atto della distribuzione, deve essere accompagnata dal modulo di trasfusione recante i dati del ricevente, la cui identità deve essere verificata immediatamente prima della trasfusione». Non quindi un protocollo nazionale, ma un sistema certo, coerente in ogni unità operativa afferente alle strutture trasfusionali di riferimento.

Il documento della commissione nazionale ha oggi un puro valore orientativo, tenendo conto della sua vetustà (il 1993 è una data precedente all'emanazione del profilo professionale, della formazione universitaria, della legge 42/1999 della legge 251/1999) e comunque non compete certo a una commissione interna al ministero la definizione di ciò che è da considerarsi atto medico e ciò che non lo è visti i precisi intendimenti legislativi della legge 42/1999.

L'esecuzione della trasfusione è un **atto sanitario che indifferentemente può essere posta in essere dal medico o dall'infermiere in relazione alle esigenze organizzative, assistenziali e cliniche.**

deve essere declinata quando l'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze *e ritenga di non poter agire con sicurezza* (artt. 3.2 e 3.3 del CD).

L'infermiere nello svolgere le sue funzioni ha rapporti con altre figure professionali. Il CD, il Profilo Professionale e la Legge 251/2000 richiamano, tra le altre cose, l'attenzione sul tipo di rapporto esistente tra l'infermiere e altri operatori sanitari. In modo particolare per quanto attiene al rapporto medico-infermiere il CD all'art. 5.1 afferma: "***L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'equipe.***", mentre il punto "e" del comma 2 dell'art. 1 del DM 739/94 (profilo professionale) testualmente recita: "***agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali*****".**
Da queste due estrapolazioni si evince che il rapporto tra medici e infermieri non è di tipo gerarchico ma di collaborazione funzionale. A dare sostegno a questa affermazione è pure la recente Legge 251/2000 la quale sancisce che lo Stato e le Regioni sono garanti affinché i professionisti dell'area infermieristica siano effettivamente autonomi nello svolgimento delle proprie funzioni. A tal proposito anche il CD all'art.3.5 afferma che: "***L'agire professionale non deve essere condizionato da pressioni o interessi personali provenienti da persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi***".