

COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI DEL PIEMONTE

Atti del Convegno

Una riflessione
a partire dal
codice deontologico
per
un'azione disciplinare fondata

Torino, 8 novembre 2013
sessione pomeridiana



*L'errore:
il punto di vista del medico legale
il punto di vista dell'infermiere*

Analisi di casi

RELATORI

Angela Basile

Dottoranda di ricerca in bioetica presso l'università Pontificia Regina Apostolorum

Elsa Basili

Medico Legale - ASL TO 5

Flavio Cruciatti

Collaboratore e docente in Antropologia medica Università Carlo Cattaneo di Castellanza - LIUC; CREMS

Daniele Rodriguez

Professore ordinario di Medicina legale nel Corso di Laurea Magistrale in Giurisprudenza (sede di Padova)

Maria Adele Schirru

Presidente del Coordinamento dei Collegi della Regione Piemonte

Annalisa Silvestro

Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI



Schirru:

In questa seconda parte della nostra riflessione analizzeremo le logiche dell'errore nelle sue sfaccettature al fine di un utilizzo appropriato nell'ambito disciplinare. Lascio la parola al primo relatore, il professor Rodriguez.



Prof. Rodriguez:

L'ambito di interesse si diversifica rispetto alla prima parte della nostra riflessione. In tale contesto mi pongo sostanzialmente due obiettivi.

Primo obiettivo: tentare di sfatare alcuni luoghi comuni che emergono dalla pratica giudiziaria. È un aspetto importante per le ricadute deontologiche. In base ai luoghi comuni della pratica giudiziaria, si realizza l'iperluogo comune, per cui dire errore nell'esercizio professionale corrisponde a dire colpa, il che non è assolutamente vero.

Secondo obiettivo: proporre un metodo di valutazione dell'errore professionale basato, in ambito deontologico, su criteri diversi da quelli adottati in ambito giudiziario. L'impresa che mi propongo è relativamente

ambiziosa, ossia valutare se è possibile proporre, in ambito deontologico, delle regole diverse rispetto a quella che è abitualmente la prassi giudiziaria.

Il titolo del mio intervento è «l'errore: il punto di vista del medico legale». Più appropriatamente direi «l'errore: il punto di vista di un medico legale» in quanto altri medici legali potrebbero esprimere discordanti punti di vista.

Innanzitutto chiediamoci: il codice deontologico parla dell'errore? Sì. Ne parla all'art. 29, laddove si fa riferimento alla cultura dell'imparare dall'errore. Cultura che è stata già ricordata dal Presidente Schirru. Cultura rispetto alla quale prendo relativamente le distanze. L'enfasi che si pone oggi sul fatto che l'errore può essere riportato a difetti organizzativi o gestionali, può risultare una questione relativamente deresponsabilizzante per il singolo professionista: "le cose non funzionano", "sono finito schiacciato all'interno del meccanismo" e quant'altro. Pertanto, la responsabilità non è mia, ma di altri. Per questa ragione prendo relativamente le distanze da questa impostazione, pur condividendo che vi sono tutta una serie di riferimenti organizzativi che incidono sugli errori. L'art. 29 è l'unico riferimento in materia. Tuttavia, come ho avuto già occasione di sostenere, il codice deontologico fornisce delle indicazioni di carattere positivo e non negativo. Andiamo quindi a scorrere quali sono le indicazioni di carattere positivo sul tema. In sintesi: l'art. 2 ricorda che la prestazione professionale è "di natura intellettuale, tecnico-scientifica"; l'art. 11 ricorda che "l'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze"; l'art. 13 sottolinea che "l'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza".

Quando parliamo di errore, facciamo sempre riferimento ad una condotta per la quale tutti gli elementi che ho evidenziato sono posti in crisi o non sono rispettati.

Detto questo, la mia relazione è divisa in due parti.

La prima è un tentativo di riflessione sulla logica degli errori in medicina in relazione alla psicologia di chi li commette. Mi riferisco alla medicina in senso generico, includendo nel concetto di medicina anche le scienze infermieristiche in quanto, di necessità, la maggior parte dei contributi disponibili riguardano l'area strettamente medica. Anche se riferiti all'attività medica, sono tuttavia facilmente esportabili nell'ambito dell'attività infermieristica.

Sono presenti contributi importanti sulle cause dell'errore in area medica in senso lato, mentre è meno diffuso lo studio analitico di interrelazione fra cause dell'errore in medicina e psicologia dell'autore. Non si valuta cosa passi per la mente della persona nel momento in cui commette l'errore.

Il punto di partenza della mia riflessione trae spunto dal pensiero di un autore che si è molto dedicato a

questo argomento, Federspiel. Egli afferma che "esistono due tipi di errore medico: l'errore cognitivo e l'errore operativo". Alcuni esempi di errore cognitivo: diagnosi, individuazione di una condizione di rischio, prognosi quali premesse per una decisione, ecc.

Per quanto riguarda l'errore operativo: somministrazione di una terapia farmacologica sbagliata o esecuzione di un intervento chirurgico. Mi soffermerò principalmente sugli errori cognitivi. Anche nell'opera «To err is human» si fa riferimento ad una simile classificazione, chiamandoli errore di pianificazione ed errore di esecuzione. Nell'errore

cognitivo il fondamentale momento cognitivo è quello con il quale si giunge ad una diagnosi e l'elaborazione della stessa è un esercizio di sussunzione di una serie di dati particolari a disposizione rispetto ad un riferimento teorico di carattere generale, tentando di operare il collegamento fra il caso individuale e l'universale.

Utilizzerò anche, per dirla con Kant, il termine "giudizio" in quanto dobbiamo estrapolare tutta una serie di giudizi. Nel processo diagnostico, così come negli altri processi cognitivi, ci troviamo di fronte ad oggettive difficoltà, non sempre prevedibili e catalogabili. Il giudizio deve sempre seguire lo stesso schema di sviluppo, ma gli elementi che di volta in volta vengono valutati possono variare (in eccesso o in difetto) rispetto al modello ideale.

L'individuale, nella sua unicità, non è automaticamente riconducibile all'universale. Questa è la difficoltà del processo cognitivo nella nostra attività professionale. Il particolare può presentare aspetti ridondanti e non attinenti all'universale di interesse (coesistenti e confondenti) o, in altri casi, aspetti carenti rispetto ad esso. C'è la possibilità che il riferirsi dal particolare all'universale sia anche caratterizzato da eccezioni rispetto alla regola di carattere generale. Questo per sottolineare le difficoltà del processo logico. L'universale di specifico riferimento è a priori ignoto e va riconosciuto attraverso un particolare, talora parzialmente determinato, che occorre ricostruire nella sua completezza, riferendosi ad un modello ipotizzabile come attendibile in base ai segni disponibili.

Da dove può scaturire l'errore? L'errore può scaturire da un sapere teorico inadeguato/insufficiente – mi richiamo agli articoli del codice deontologico che ho elencato, i quali impongono il sapere scientifico – che

Federspiel
errore cognitivo
diagnosi, individuazione di una condizione di rischio, prognosi quali premesse per una decisione: ad esempio terapia, monitoraggio, dimissione ospedaliera

errore operativo
somministrazione di una terapia farmacologica o esecuzione di un intervento chirurgico

Daniela Rodriguez - Università degli Studi di Padova

condiziona il giudizio. L'errore può alternativamente riguardare proprio il giudizio in sé, come processo, a prescindere dal sapere di cui dispongo preliminarmente. L'errore riguarda il processo e può quindi riferirsi ad un soggetto che è detentore del sapere, ma non sa risolvere l'esercizio che gli viene proposto. Di fatto, se in un caso pratico non ricerco un determinato segno, non necessariamente è un indice di trascuratezza o sommarietà. Mi riferisco a tutti quei luoghi comuni che ricorrono nella pratica giudiziaria: si danno per scontati alcuni aspetti rispetto ai quali non si va a fondo. L'omissione, ad esempio, può corrispondere ad un errore derivato dal fatto di non aver ipotizzato, quale diagnosi da dimostrare, quella che poi, non riconosciuta, si sarebbe rivelata esatta e che avrebbe potuto essere anticipatamente individuata grazie a un segno nella realtà non ben valutato. L'errore riguarda la valutazione.

Non esiste necessariamente – qui sta il luogo comune – la sottostima in sé di un dato segno o sintomo che si attribuisce al professionista, ma ci possiamo trovare di fronte ad un giudizio elaborato disponendo del modello teorico, ma sbagliando l'applicazione del modello teorico rispetto al caso concreto. Sbagliando ho considerato in modo non adeguato quel segno o quel sintomo.

La tesi che vi propongo è la seguente, tenendo in primo piano l'obiettivo della vostra valutazione in chiave deontologica: per affrontare questi casi occorre identificare le ragioni del venir meno della correttezza di quel giudizio. Non è sufficiente identificare, grossolanamente, quale errore od omissione, la singola attività professionale che appare intrinsecamente errata od omessa, ma essa va valutata nel contesto del giudizio che ha portato alla decisione. Non tanto la ricerca dell'errore, quanto la ricerca nell'errore.

In sintesi, l'errore nel giudizio consegue o alla mancanza attuale di conoscenze o alla loro scorretta applicazione. Le dimensioni sono profondamente diverse. Non possiamo quindi avere delle situazioni in cui sono presenti tipologie di consapevolezza diversa. Ovverosia: quella di chi manca di conoscenza (in genere sa di non sapere) e quella di chi possiede le conoscenze ma che, nella situazione contingente, non le ha sapute applicare. La difficoltà reale è quella di individuare nella pratica le due diverse situazioni. Tale difficoltà non deve portare a non riconoscerle come entità concrete e profondamente diverse. Da un lato vi è la consapevolezza di poter incappare in un errore, dall'altro lato non vi è consapevolezza nell'eventualità dell'errore nel giudizio per non aver saputo applicare conoscenze ed esperienze adeguate. Mi chiedo se queste differenze che ho enunciato siano esportabili sul piano giuridico. Questa è la domanda, che lascio in sospeso e che riprenderò.

La seconda parte del mio intervento verte invece sull'affrontare il tema dell'errore rispetto alla colpa: valutare quindi le risorse del diritto e quelle della deontologia. Ancora una volta il codice dell'infermiere indica la responsabilità in chiave positiva: l'art. 3 recita che «la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo». Nonostante questa situazione di impegno, il professionista può comunque incappare in errori, incluso quello esperto ed aggiornato. Il paradosso che si verifica in ambito giudiziario è che possa essere sanzionata la condotta di un professionista che ha commesso un errore 'semplicemente' nell'applicazione delle regole di carattere generale che pure conosceva in modo adeguato. Esprimo la mia perplessità, ossia che sul piano giudiziario, abitualmente, non si applichi alcuna differenza nella valutazione dell'errore tra chi da un lato non sa e sa di non sapere – e sbaglia – e chi sa e non ha saputo applicare, in una data circostanza, il suo sapere.

Domanda: è possibile una soluzione sul piano deontologico, eventualmente accettabile anche sul piano giuridico, che conferisca il giusto peso all'errore nel giudizio commesso dal professionista esperto ed aggiornato?

La domanda, rispetto a quanto espresso finora, suona retorica. Tuttavia, le decisioni cliniche scaturiscono da valutazioni, atti errati od omessi lo sono anche in quanto scaturiscono da valutazioni errate; le

valutazioni errate discendono da deficit del sapere o del ragionare. La stessa percezione errata può corrispondere ad un deficit di sapere: non si riconosce ciò che si conosce. Di volta in volta dobbiamo riuscire a comprendere in che tipo di situazione siamo e di volta in volta riuscire a comprendere se si tratta di un difetto del sapere dell'aggiornamento o un difetto del giudizio. Chi non sapendo ed opera (ed erra) non mostra senso di responsabilità. E questo, dal punto di vista deontologico, è fondamentale. Invece, chi sa e, nel caso, non ha saputo ragionare, dimostra comunque (pur errando) senso di responsabilità. Il fuoco del discorso mi sembra che possa essere questo, in chiave deontologica.

Le due predette condizioni, sotto il profilo etico, sono da valutare diversamente. Sotto il profilo etico, il soggetto che sa di non sapere e pur sapendolo fa, sicuramente non rispetta alcuni principi fondamentali della bioetica che sono quelli di beneficiabilità e di non maleficenza. Mentre, chi sapendo fa e sbaglia, è un soggetto che pone in essere una condotta indifferente dal punto di vista etico.

Le due predette condizioni, quanto a profilo psicologico, sono da valutare diversamente. Da un lato abbiamo il difetto della volontà: io non so, non mi sono aggiornato e ho fatto – volontà – sapendo, consapevolmente, rappresentandomi il fatto che avrei potuto commettere un errore. Nell'altro caso, è un difetto dell'intelligenza del soggetto che, sapendo, ha sbagliato l'esercizio.

Queste premesse, correlate all'art. 43 del codice penale, danno luogo a spunti di riflessione. Tale articolo riguarda l'elemento psicologico del reato e tra le varie tipologie di elementi psicologici richiama il diritto colposo o contro l'intenzione, «quando l'evento, anche se prevenuto, non è voluto dall'agente o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline». Negligenza, imprudenza o imperizia vanno collocati e letti diversamente, a seconda che parliamo di un difetto della volontà oppure di un difetto dell'intelligenza. Negligenza, imprudenza o imperizia si applicano a difetti della volontà e non a difetti dell'intelligenza. Anche sul piano giuridico, dal mio punto di vista, il discorso dovrebbe essere impostato in questa chiave. Invece, il luogo comune è una sorta di automatismo dell'applicare all'errore i requisiti della colpa, fermo restando che non viene operata la differenza sostanziale dell'essere di fronte ad un difetto della volontà oppure dell'essere di fronte ad un difetto dell'intelligenza. Anche dal punto di vista giuridico, in linea teorica, c'è una differenza tra la volontà di non sapere e di operare non sapendo, e la non volontà dell'errore di chi sa e si cimenta in un'attività di cui ha tutte le premesse teoriche e sbaglia nell'applicazione delle premesse. L'errore nel ragionamento, se avviene non per mancanza di conoscenze e di esperienza, è comunque imperizia? Facciamo scattare il requisito della colpa per un vizio del giudizio? Spesso considerato che atti che appaiono, ad un primo esame, imprudenti o neglienti, sono il prodotto di un ragionamento errato. La valutazione di imprudenza o di negligenza non può essere espressa senza aver prima considerato la condotta nel contesto del preciso ragionamento sviluppato dal professionista sanitario. La mancata esecuzione di un accertamento necessario riferibile ad un'omissione involontaria – in quanto frutto del giudizio errato – è valutabile alla stregua di una negligenza di chi non conosceva l'opportunità – difetto di sapere, difetto della volontà –, in quelle condizioni, dell'atto omesso? Se analizziamo la letteratura giuridica in materia, vi sono dei giuristi che concordano col mio pensiero. Francesco Antolisei sostiene che «la colpa è un vizio della volontà e non dell'intelligenza». Sempre lui: «la colpa, al pari del dolo, è un atteggiamento antidoveroso e, quindi, riprovevole della volontà. Il soggetto aveva la possibilità e il dovere di essere cauto ed attento, mentre ha agito con leggerezza: siffatto modo di comportarsi giustifica la punizione del reato colposo.» Chi detiene la conoscenza adeguata e sbaglia il ragionamento, sicuramente non agisce con leggerezza. C'è chi, in ambito del diritto – è la tesi contraria a quella da me esposta – fa invece rientrare l'intelligenza nella volontà. Il non saper svolgere una certa attività è comunque un difetto della volontà. Fiandaca-Musco parlano, ad

esempio, di colpa cosiddetta incosciente, tesi contraria a quella da me proposta: "L'azione si considera voluta e il "giudizio sulla volontarietà assume in tali casi un contenuto normativo proprio perchè il rimprovero si fonda, essenzialmente, sul fatto che l'agente non ha osservato, pur potendolo lo standard di diligenza richiesto dalla situazione concreta"(Fiandaca - Musco) Gli esempi su questa tipologia di problemi ritengo abbiano scarsa attinenza con le questioni relative all'imprudenza e alla negligenza nell'attività professionale. Un esempio che propongono è il seguente: "dietro a un albero vedo qualcosa che si muove: io non so cosa sia.

"colpa c.d. incosciente"

"l'azione si considera voluta" e "il giudizio sulla volontarietà assume in tali casi un contenuto normativo proprio perchè il rimprovero si fonda, essenzialmente, sul fatto che l'agente non ha osservato, pur potendolo, lo standard di diligenza richiesto dalla situazione concreta"
(Fiandaca-Musco)

Daniela Rodriguez - Università degli Studi di Padova

cui sto sparando.

Questa è ignoranza.

Se ritengo che questo qualche cosa che si muove sia della selvaggina, mentre invece è un uomo, questa mia credenza costituisce un errore." L'errore è un attributo del giudizio relativo ad un determinato oggetto e consiste nel contrasto tra ciò che esiste nella nostra immaginazione e ciò che esiste nella realtà. Ritengo sia un esempio mal posto. In questo caso siamo di fronte ad un difetto di conoscenza: non so cosa ci sia dietro l'albero, agisco ugualmente e sparo. L'errore è un errore della volontà, perchè sparo sapendo di non sapere ciò a

Quali sono le regole di condotta di riferimento? Sono quelle attinenti al processo di giudizio che precede le decisioni cliniche che, pur rispettate, possono portare ad errori oppure sono quelle derivanti dalla corretta soluzione del problema da risolvere? La regola è quella che devo sapere o quello che devo saper ragionare? Voi mi direte: "entrambe". Vero. Tuttavia, un errore nel ragionamento non lo si può mai escludere. È imprevedibile. Quando svolgo la mia attività di perito, mi sforzo nel tentare di comprendere perchè un dato professionista abbia fatto o meno un'azione in un dato modo. Tendo ad entrare nell'elemento psicologico del razionale o della logica dell'errore. Potrebbe esserci una ricaduta sul piano giudiziario se, attraverso la perizia, si facesse questo tipo di ragionamento. Il metodo di indagine – l'attività di perizia – non deve trascurare l'ipotesi dell'errore cognitivo e pertanto deve mirare alla ricostruzione del "giudizio" svolto dal professionista – l'indagine peritale – e non alla semplice individuazione degli elementi da lui non considerati o sottovalutati. Sottolineo che l'attuale logica imperante sta nel fermarsi agli elementi non considerati e non valutati. Occorre ricostruire non solo quello che il professionista ha fatto o meno, ma soprattutto il giudizio che ha operato e gli obiettivi che si è posto. Il ragionamento del perito si deve basare sulle modalità di sviluppo del pensiero del professionista, non tanto su quello che avrebbe dovuto essere fatto per giungere a valutare la situazione complessiva. Pongo la seguente domanda, che è una proposta: un modello analogo – cioè quello di entrare nella valutazione della logica dell'errore e non fermarsi all'errore, innegabile errore – è anche applicabile ed esportabile alla valutazione degli errori professionali in ambito deontologico? Vi ringrazio per l'attenzione.



Schirru:

Il professore ci ha offerto un interessante percorso di ragionamento rispetto al tema della responsabilità. Talvolta ci facciamo, lasciamelo dire, 'fregare' dalla prassi, per cui non valutiamo più ciò che stiamo facendo e perché lo stiamo facendo in quel dato modo. Da qui, il ragionamento, critico, su ciò che quotidianamente affrontiamo. Ci sentiamo spesso dire: "si è sempre fatto così". È emerso chiaramente dalla relazione che non ce lo possiamo permettere perché è come dire che, siccome non sappiamo cosa ci sia dietro l'albero, noi spariamo comunque perché tanto si è sempre fatto così ogni volta che si muoveva qualcosa dietro a quell'albero. Le proposte di ragionamento elencate dal

professore ritengo siano corrette. Dobbiamo anche riconoscere che la letteratura è ricca di tutta una serie di variabili quando si parla dell'errore in medicina: la variabile organizzativa, quella delle risorse a disposizione, il mix corretto di risorse di cui disponevo rispetto alle competenze possedute. Per cui, fare i turni non è un mero esercizio matematico, ma è valutare cosa si lascia, in quel contesto, in termini di sicurezza. Il panorama è variegato e si allarga rispetto alle riflessioni possibili. Riflessioni che condividerà con noi la dottoressa Basile.



Basile:

Il mio compito sarà quello di portare un contributo di natura etica sul tema dell'errore. Inizio parlando della coscienza. Sulla coscienza abbiamo svariate interpretazioni. Quella che vi propongo è una dimensione che a che fare con una visione personalista. Secondo la seguente lettura, "nel più profondo della sua coscienza l'uomo scopre l'esistenza di una legge che lui non si dà da se medesimo, alla quale però deve obbedire e la cui voce risuona, quando è necessario, nelle orecchie del suo cuore. La coscienza è il nucleo più segreto ed è il sacrario dell'uomo". Sono le parole di Giovanni Paolo II, tratte dall'Enciclica «Gaudium et Spes». Stiamo dunque parlando di volontà. Essere coscienti di qualcosa implica il fatto che via sia stata l'intenzione di fare qualcosa, ma può

anche indicare il fatto che non vi sia stata l'intenzione di fare quella stessa cosa. "La coscienza è il nucleo più segreto ed è il sacrario dell'uomo": infatti, se intendiamo conoscere la verità totale dei nostri atti, dobbiamo pensare a questa dimensione. La coscienza interpella, non è soltanto un problema di intelligenza. Molte volte la stessa intelligenza non può frenare la condizione di coscienza e quel ritorno a sé. Non di rado, essa va anche contro la nostra volontà, la supera, la trascende. Si dice infatti che la coscienza è come un campanello, una sentinella, è quella persona che ti fa capire che ciò che hai fatto non è stato fatto bene. Il discorso sulla coscienza è un discorso importante nella cultura odierna poiché molti, quando parlano di coscienza, soprattutto in ambito etico e bioetico, si riferiscono ad una coscienza di mera natura psicologica. In sostanza, "io sono cosciente perché sono e conosco intorno a me la realtà contingente, temporale e spaziale". La coscienza è ben altra cosa. Vi sono persone in stato di locked-in, chiuse all'interno di un corpo nel quale tutti pensano che non vi sia coscienza in quanto non manifesta. Ebbene, non solo queste persone hanno la coscienza, ma sono persone nel senso più ampio del termine. La coscienza è la protagonista della

cultura della società attuale. Si fa continuamente riferimento ad essa in forme differenti ed in ambienti diversi, con significati discordanti, schematizzando la complessità delle svariate emissioni della coscienza che pullulano tra la gente. Potremmo quindi identificare due significati che sono antagonisti l'uno all'altro. La coscienza come arbitro e la coscienza come arbitrio. Come giustamente affermava il professor Rodriguez, ci sono persone che, pur sapendo che quell'azione è un'azione non corretta, oppure pur consapevoli di non saper svolgere quella data azione, tentano ugualmente l'approccio per motivazioni che nascono dalla natura umana, vanno oltre le azioni stesse con una volontà personale al fine di mostrare d'essere in grado di concludere ciò che hanno iniziato. Ed ora veniamo alla coscienza come arbitro. Essa interpella la nostra persona. Svariate sono le espressioni popolari che identificano la coscienza: è come una campanella, una specie di occhio che vede sempre ciò che si fa, una voce, la cosiddetta voce della coscienza. In tutte queste espressioni la coscienza è intesa come qualcosa che a ha che vedere col giudizio sul bene o sul male dei nostri atti, che sono atti pratici, quotidiani. È una dimensione personale che vede, rimorde, giudica, dichiara, detta, indipendentemente dai nostri desideri, dai nostri piani, dai nostri interessi. Per cui, tornando alla nostra professione, può capitare che quando un infermiere ha commesso un errore sapendo di farlo, questa coscienza, in qualità di arbitro, richiami ed interroghi e ponga nella condizione di pensare che "quello che sto facendo non è fatto bene" oppure che "quello che ho fatto non è stato fatto bene". Esiste anche un altro tipo di coscienza che, tra l'altro, va di moda, ossia la coscienza come arbitrio. È un'espressione che indica un'attitudine che parte da una visione della coscienza personale come istanza decisionale più che come giudice del bene o del male: "faccio quel che faccio e va bene così, se lo faccio in coscienza". Spesso raccontiamo a noi stessi delle giustificazioni, per cui ciò che stiamo facendo ci pare corretto o ciò che non facciamo od omettiamo riteniamo sia non fatto od omesso correttamente. Credo che in ambito professionale, eccezion fatta per rare situazioni, quanto avviene nel campo dell'errore nasce da una dimensione certamente non intenzionale. Ed ora avviciniamoci al significato di coscienza. Deriva dal latino cum scientia e significa, in prima istanza, "sapere con": la conoscenza comune a varie persone, la confidenza, la complicità. È lo stesso significato di un altro vocabolo, greco, *siunedesis*, derivante *dasiunoida*, cioè "sapere comune con un altro". Sembra che, da un punto di vista semantico, questa parola custodisca qualcosa che ha a che fare con l'altro. Pertanto, la coscienza è un sapere e non un volere o un decidere. La coscienza, anche quella morale, da cui parte il tutto, ha a che fare con l'intelletto e non con la volontà. Questo tipo di coscienza ha a che fare col mondo dell'intelletto, cioè con l'intelligere, col leggersi dentro. È importante saperlo perché noi, conoscendoci, possiamo ben comprendere per quale motivo ci sono delle persone che nascondono il proprio atto oppure omettono di assumersi quella responsabilità di cui parliamo sin dall'inizio della giornata. Perché avere e sentire questa coscienza significa anche conoscere il proprio limite e comprendere che oltre una certa dimensione non si può andare. Accettare quindi la dimensione "finita" della mia esistenza, per cui non posso saper tutto, ma laddove io non sappia, ho la necessità etica, deontologica, di dover approfondire le condizioni che non conosco. E poiché la finalità del nostro agire è quella di rivolgerci sempre al bene della persona caduca, malata che abbiamo innanzi, non è semplicemente una relazione con noi stessi. È una relazione che determina l'approccio con la coscienza, che è un sentire comune. Perché con quel tal atto commesso erroneamente, non creo unicamente un problema alla persona, ma a tutta la collettività. La coscienza c'è, esiste, non è una componente astratta. La coscienza noi tutti la viviamo. È sufficiente compiere un tal atto e questa forma di coscienza morale la sentiamo. Questa mattina accennavo al pentimento. Il fatto che quella tal cosa che ho fatto so essere negativa – essendo io, come persona, proiettato paradossalmente al bene – mi fa star male. Ed io sento il cosiddetto rimordere della coscienza. È un'esperienza comune, razionale. Razionale perché mi rendo conto d'aver fatto un male. Paradossalmente, è più facile rendersi conto del male commesso che non del bene,

proprio perché abbiamo una dimensione interiore. C'è ed esiste. E, professionalmente, fa parte del nostro agire. Il nostro agire non è semplicemente un agire narcisistico, ossia essere pronti a tutto esclusivamente per arrivare ad una determina del proprio narcisismo. Bisogna quindi tenere le distanze, nel nostro lavoro, da quel riduttivismo che fondamentalmente è l'incapacità alla comunicazione con l'altro che hai di fronte, riducendolo ad una patologia, senza tenere conto di una dimensione altra ed alta. Quando la persona è una persona che si costruisce moralmente, gli elementi di questa natura fanno comprendere che abbiamo la possibilità di trascenderci come persone, non riducendoci ad un mero livello ordinario, pratico, procedurale e pragmatico. Mi sovviene Don Chisciotte, un altro pazzo come quelli che sventolano il drappo. Un uomo che non si è lasciato circuire da nessuno. È andato sopra le righe. Sancho Panza era invece colui che lo metteva in guardia, gli poneva una serie di vincoli. Per cui, Don Chisciotte è sopra le righe, Sancho Panza sotto le righe. Noi, facendo nostra tale dimensione, abbiamo la possibilità di estendere l'animo alle cose più grandi e comprenderle, esulando da una percezione interiore alquanto soggettiva.

Si distinguono due tipi elementari di coscienza: la coscienza psicologica e quella morale. Quella psicologica è il sapere in quanto presenza della realtà nel soggetto. Mentre quella morale è conoscenza del bene e del male implicato in una determinata azione umana. Questa conoscenza implica una ricerca. Stiamo parlando della ricerca della verità delle cose, ossia ciò che stiamo facendo in questo incontro. Riconoscere la verità significa anche mettersi in cammino, trovare delle soluzioni comuni, consapevoli che la verità è una, perché ciò che vi sto raccontando sulla coscienza morale è patrimonio di tutti. L'esempio razionale del pentimento ci insegna che è presente in noi tutti. La coscienza – proseguendo nel nostro percorso – può essere abituale, sinderesi. Designa una capacità, un habitus, che perfeziona la qualità dell'intelletto e grazie al quale si può valutare il bene ed il male. Esiste una ragione pratica ed una ragione speculativa. L'oggetto proprio della ragione speculativa è l'essere e come principio basilare vi è il principio di non contraddizione. Anche se io tendo fare il bene come professionista, nello stesso momento in cui faccio un male, sto già contraddicendo quello che è il mio spirito. Analogamente, la ragion pratica, che ha come oggetto proprio il bene, ragiona in funzione del principio basilare, per cui credo che qualunque azione che venga fatta, soprattutto dal nostro mondo professionale, sia sempre un'azione votata al bene e mai con intenzione cattiva. Sulla base di questi principi generali, si può costruire un soggetto mediante il contatto con una cultura morale nella quale questo cresce. Infatti, nel mondo infermieristico si deve acquisire una cultura dell'umano, che non sia semplicemente una trasposizione cognitiva di elementi che il professionista apprende, ovvero saper fare una procedura, in che modo organizzare un modello assistenziale e quant'altro. Certo, è basilare utilizzare un linguaggio comune. Tuttavia, quello che dev'essere ritrovato è quella dimensione culturale che da stamane tentiamo di ricercare. Culturale nel senso classico del termine. Cultura deriva dal latino colere, coltivare. La cultura intesa nella dimensione che stiamo trattando ha a che fare con la dimensione del coltivare quelle che sono le nostre radici umane. Nel momento in cui tu, infermiere, possiedi queste basi, questa cultura, e sai che l'azione che stai compiendo in qualità di infermiere è un'azione professionale importante, ogni tua azione non ti condurrà, anche in caso d'errore, a nasconderti dietro vari alibi quali il sistema, la carenza di personale in turno e quant'altro, perché nascondersi dietro un sistema significa non assumersi la propria responsabilità. Non possiamo non trovare il tempo di entrare nella stanza di un paziente per parlargli perché abbiamo tante cose da fare: anche quel breve dialogo fa parte della nostra dimensione professionale. Prima di compiere un'azione infermieristica su un paziente, guardiamo alla persona. Se così non facessimo, mi preoccuperei. Mi preoccuperei perché quell'infermiere non è il professionista che noi intendiamo. Un accenno ai tipi di coscienza morale. Possono essere: antecedente, concomitante, conseguente, retta, certa, dubbiosa. Una vasta gamma di possibilità. Ed ora veniamo all'errore. Oggi più che mai vi è un sensibile approccio alla dimensione dell'imparare

dall'errore, soprattutto nelle realtà di qualità e rischio clinico. Errore deriva dal latino error che ha, oltre ad errare così come lo intendiamo, significati altri quali fallire la retta via. Infatti, il significato vero di questa parola è l'andare vagando. Da ciò, il senso figurato di sbagliare. Quindi, quando io erro, in realtà non so dove devo andare. Nuovamente si ripropone l'idea che tale situazione non sia sempre una situazione voluta dalla persona. Imparare dall'errore significa anche imparare dal proprio limite. Nella dimensione deontologica ed in quella morale, anche l'omissione è un problema, non soltanto il fare qualcosa, ma anche l'ometterlo. Quante volte, nella realtà, ci troviamo a non dire ciò che dovremmo dire. Se imparassimo a giudicare l'altro unicamente per arrivare a comprendere che quello che si sta facendo lo si sta facendo per il bene comune e per l'interesse generale, anche l'errore si potrebbe trasformare in qualcosa di positivo, di costruttivo. Insomma, una reale opportunità per tutti.

Mi avvio alla conclusione con un esempio: un mago esclude la possibilità di fare degli errori, al massimo dice che c'era qualcosa di sbagliato nel vento, nella mistura, nel fegato, nel cappello. Ogni fiocco di neve invece è un miracolo di simmetria, ma ognuno è diverso dall'altro, e dunque un errore rispetto alla simmetria che rappresenta. Nel paradosso della nostra storia, anche il male, così come il bene, non sono soltanto antitetici, ma fanno parte di quella che è la geometria delle passioni che albergano in noi. Se nella dimensione della nostra professione riuscissimo ad essere consapevoli di questi aspetti – l'errore ed il suo riconoscimento, "sì, sono stato io" rispetto all'altro, senza vane colpevolizzazioni – contribuiremmo ad una significativa costruzione personale e professionale, proprio perché saremmo custodi l'uno dell'altro, imparando da ciò che ci ha fatto cadere, forti dell'immagine del drappo incontrato stamane nel quadro «La zattera», lanciando quindi la speranza a dimensioni che soltanto in apparenza risultano negative per tutti. Vi ringrazio.



Schirru:

Ringrazio la dottoressa Basile. È il momento della presentazione dei casi e del successivo dibattito. La metodologia di analisi dei casi è identica a quella utilizzata nella prima sessione.

Caso A: informazioni pubblicate. In una RSA la distrazione di un attimo fa sì che gli antibiotici destinati ad una paziente vengono somministrati alla compagna di stanza. Nella memoria legale è presente l'immediata autodenuncia del collega. Era solo in un reparto con 25 persone ricoverate; insieme a lui, una studentessa. Si era preparato la terapia prima di entrare nelle stanze. Arrivato in stanza non trova la paziente che è in bagno. Passa quindi alla paziente successiva e, per errore, usa il

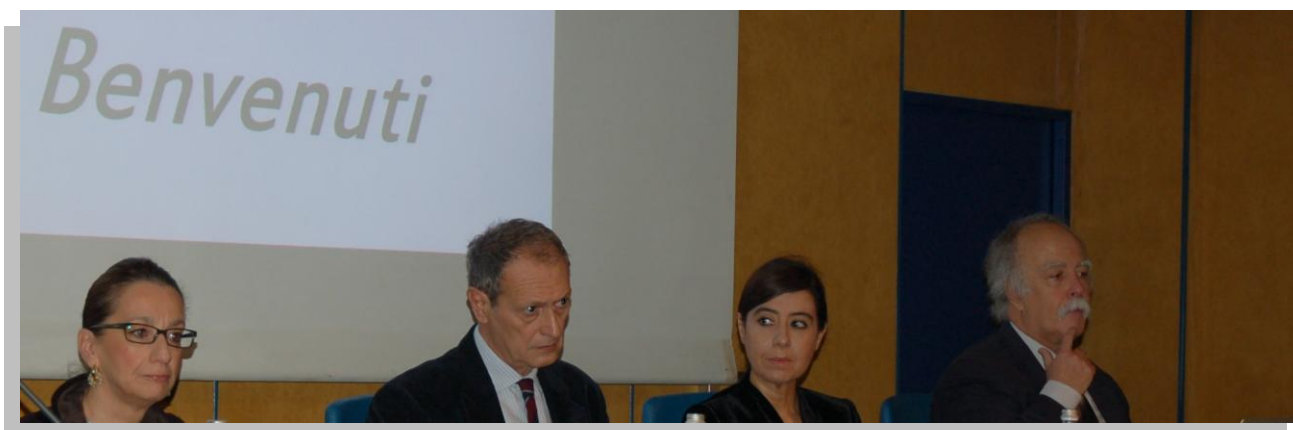
flacone predisposto per la precedente paziente. Appena fuori dalla stanza si rende conto dell'errore, rientra in stanza, ma la signora è già dispnoica. Fa immediatamente l'autodenuncia. Procedimento disciplinare: il Collegio non ravvede, viste le azioni intraprese dal collega, dolo e pertanto procede all'archiviazione.

Caso B: informazioni non pubblicate sui quotidiani. La signora Giovanna, nome fittizio, è da poco deceduta in un contesto di lungodegenza. La terapia da somministrare la sera non era stata ancora distribuita. L'infermiera X si occupa di informare la famiglia. La collega legge sulla cartella che all'anamnesi si segnala presenza di un imponente gozzo. Mentre sta per recarsi presso la salma, viene chiamata dalla vicina di letto, separata dalla salma da un paravento. Avvicinandosi a lei, nota che la signora ha il gozzo. A quel

punto le è chiaro che sono state confuse le cartelle e che la famiglia allertata non è la famiglia della signora Giovanna. Procedimento disciplinare: archiviazione della pratica.

Caso C: informazioni non pubblicate sui quotidiani. Infermiera responsabile del paziente introduce un sondino nasogastrico, deflussa il contenitore e abbocca la sacca raccordo del sondino nasogastrico. Di lì a poco il paziente con cannula tracheale confezionata da pochi giorni manifesta importante dispnea. Viene sospesa la nutrizione enterale ed il medico mette in atto gli interventi per stabilizzare il paziente. All’RX al torace, effettuato al letto del malato, si evidenzia un opacamento dell’emitorace destro con un sondino che segue un percorso inusuale. Mentre con il radiologo si ragiona sul mal posizionamento del sondino, il paziente viene aspirato ed immediatamente ci si rende conto che il materiale aspirato non è riconducibile a secrezioni bronchiali, bensì alla pappa di cui si alimenta. Si apre il procedimento disciplinare: sospensione della collega per un mese. Gli articoli del codice che si intendono violati sono gli art. 6 e 7.

Siamo dunque nella dimensione dell’errore con tre situazioni in contesti tra loro differenti e con modalità di procedura e di trattamento differenziate. Cedo la parola ai nostri relatori.



Prof. Rodriguez:

Nel mio precedente intervento mi sono riferito sostanzialmente agli errori cognitivi: un sapere preesistente ed un’applicazione del sapere ad un problema. La nostra attività in qualità di professionisti sanitari possiamo schematizzarla in esercizi ed in problemi. Quando dico esercizio intendo applicare delle regole standard allo svolgimento di una determinata attività che non richiede particolari valutazioni perché si procede quasi in automatismo. Mi rendo conto che automatismo sia un termine infelice, ma sintetizzo unicamente per delimitare i campi. Il problema è quello che comporta l’attività cognitiva perché si deve riuscire ad applicare il sapere ad una situazione che è variabile e che si deve saper affrontare su un soggetto di volta in volta diverso. In questi casi direi che abbiamo avuto, sostanzialmente, delle difficoltà di applicazione nell’ambito di esercizi e non di problemi. Un esercizio non posso non saperlo fare. L’esercizio è proprio l’attività standard che fa parte del saper applicare, quasi in automatismo, le mie regole di riferimento. Un esercizio si riferisce a procedure. Il caso A ha visto l’inserirsi di una variabile improvvisa che ha scompensato l’infermiere. A questo punto si inizia a comprendere qual è il limite tra esercizio e problema. L’infermiere si è trovato di fronte ad un

*Una riflessione a partire dal Codice Deontologico per un’azione disciplinare fondata
sessione pomeridiana
Coordinamento Collegi IPASVI Piemonte - novembre 2013*

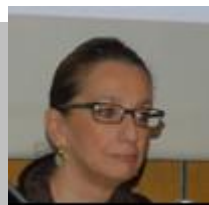
problema occulto perché pensava di applicare un esercizio, ma in realtà vi era il problema di dover identificare meglio le persone rispetto a quello che avrebbe fatto di solito. Se tenderei a riconoscere l'errore – e a riconoscerlo in senso negativo – tutte le volte in cui c'è la mancata soluzione di un esercizio, esprimerei comunque prudenza: cerchiamo di stare attenti a definire esercizi e non problemi.

Il caso dello scambio del paziente vivo con quello deceduto lo valuto in modo diverso: siamo di fronte ad un'incapacità relazionale. L'art. 39 del codice fa riferimento al fatto che l'infermiere è presente nell'elaborazione del lutto da parte dei familiari. Che sostegno posso fornire, nell'elaborazione del lutto, se non ho un minimo di consapevolezza delle persone che ho di fronte? È una relazione riconoscere le persone da un gozzo? È un caso in cui la relazione è pari a zero. C'è una totale disattenzione rispetto al tema dell'elaborazione del lutto.



Basile:

L'errore relativo al morto mi ha lasciata perplessa perché non è soltanto una problematica relativa alla relazione, ma si tratta di conoscere quella persona, di averla vista in volto, di aver riconosciuto l'insieme di quella stanza, le piccole abitudini della paziente in quella stanza. Significa che qualcosa, lì, non è stato. Siamo di fronte ad una preoccupante disattenzione all'altro. Non ci sono alibi e distrazioni che possano spiegare una disattenzione simile, pur riconoscendo i vari problemi organizzativi, di turnover dei pazienti e quant'altro. Non penso che in questo caso vi sia intenzione. Ritengo sia presente una lacuna che ha a che fare con dei deficit non risolvibili, fondamentalmente con una forma di superficialità e di non attenzione. Moralmente questa storia non è neutra.



Basili:

Ho apprezzato quanto affermato dal prof. Rodriguez che apre un discorso particolarmente interessante: quello della categorizzazione di delitti derubricati in colposi che potrebbero invece essere ascrivibili a un dolo eventuale che, d'altra parte, andrebbe ancora differenziato dalla colpa cosciente. È quindi un terreno particolarmente insidioso. Sussiste anche il problema dell'operatore sanitario che sa di non sapere e agisce ugualmente, quindi accetta il rischio. Analogamente, il soggetto in stato di ebbrezza che si mette al volante nella consapevolezza di non essere in condizioni di guidare, ma accetta il rischio, pensando che se all'improvviso un pedone gli si parerà davanti lui, essendo un guidatore provetto, sarà comunque in grado di evitarlo. Riprendo quanto diceva il professore rispetto alla valutazione peritale che, ricordiamoci, viene effettuata a posteriori, ed in cui si è più propensi a valutare i comportamenti omissivi, cioè quello che il medico o l'infermiere avrebbe dovuto fare e non ha fatto, anche perché è più semplice, a posteriori, valutare solo quel dato aspetto e non considerare tutta una serie di ulteriori elementi, peraltro importanti. Uno fra questi è sicuramente il contesto: fare diagnosi a posteriori, magari comodamente seduti davanti al proprio computer, è certo altra cosa in termini di difficoltà rispetto alla diagnostica dello stesso caso in un Pronto Soccorso congestionato, con tutto ciò che ne consegue, incluso il fatto che ogni paziente è un paziente a sé e la situazione in cui ci si trova è naturalmente una situazione di indeterminatezza scientifica, per cui non è sempre facile applicare le stesse regole per tutti i casi. Vi propongo alcune riflessioni partendo da un articolo del 1983, scritto da MacIntyre e Popper dal titolo "The critical attitude in medicine: the need for a new ethics" pubblicato sul British Medical Journal. Le considerazioni in esso presenti non si discostano molto dalla situazione odierna. L'articolo mi consente di

*Una riflessione a partire dal Codice Deontologico per un'azione disciplinare fondata
sessione pomeridiana
Coordinamento Collegi IPASVI Piemonte - novembre 2013*

fare alcune riflessioni anche sulla mia categoria di appartenenza. E' importante sottolineare che, rispetto alle altre professioni, l'errore in medicina assume un significato diverso in quanto coinvolge beni costituzionalmente protetti e garantiti. Nel 1976 Gorowitz e MacIntyre avevano affermato che "nessun tipo di fallibilità è più importante e meno compresa che la fallibilità nella pratica medica e la possibilità che i medici compiano errori dannosi è diffusamente negata forse perché fortemente temuta. Medici e chirurghi spesso si ritraggono persino dall'individuare l'errore nella pratica clinica, anche solo di prenderne atto, presumibilmente perché ritengono che esso nasca da ignoranza o trascuratezza propria o dei colleghi." Considerazione tutt'altro che obsoleta. Le cause di errore possono essere innumerevoli, anche con riferimento ai casi specifici. A priori non possiamo affermare che chi commette l'errore sia un ignorante, abbia scarsa conoscenza e cultura. Le cause di errore possono essere molteplici: la visione parziale dei problemi, l'inadeguatezza nell'analisi del problema, il tutto non di rado in contesti particolarmente problematici o sotto un certo tipo di pressione a livello lavorativo. Aggiungo al quadro di per sé complesso, i difetti nell'uso della logica, abbastanza comuni, anche perché questa, nel percorso universitario, non è una competenza particolarmente sviluppata e approfondita. E ancora: tutti i problemi legati al coinvolgimento emotivo e agli aspetti caratteriali. Sottolineo inoltre un aspetto non secondario, soprattutto adesso che la 'coperta' è sempre più corta: sussiste una difficoltà sempre maggiore tra le difficoltà oggettive, insite nel problema che dobbiamo affrontare, e le disponibilità effettive relative agli strumenti a nostra disposizione. Questo è un aspetto sempre più rilevante nella nostra pratica. Ci sono anche gli aspetti legati al burn out quale fattore di rischio: sono situazioni considerate sia come condizioni favorevoli l'insorgenza della sindrome del burn out così come cause remote di errore di medicina. Ad esempio, il sovraccarico di lavoro. Nello specifico caso, c'era un infermiere che doveva assistere 25 pazienti, supportato da una studentessa. Pertanto siamo in presenza di tempi ristretti, mancanza di supervisione, comunicazione inadeguata, utilizzo di professionisti in ambiti non specifici. Tutto ciò è legato anche a questioni di natura economica. Nell'articolo di MacIntyre e Popper si dava conto di come si tenda ad interpretare la crescita della conoscenza come accumulazione, anche se in realtà la conoscenza aumenta frammentariamente per accumulazione, ma in misura di gran lunga maggiore essa cresce per mezzo del riconoscimento degli errori. Ne deriva l'importanza dell'errore visto non sempre e soltanto in negativo, ma in positivo quale occasione di miglioramento della nostra conoscenza. Vorrei anche sollevare, in questa sede, un aspetto importante riguardo la relazione tra professionisti. Siamo ben consapevoli che molti errori potrebbero essere evitati mediante la collegialità nelle decisioni, il confronto tra pari, proprio perché la collegialità permette di trasformare gli errori in opportunità e risorse, quindi in strumenti di crescita personale e collettiva, tenuto conto che ci occupiamo di beni costituzionalmente protetti e garantiti come la tutela della salute e dell'integrità psico-fisica delle persone. Domandiamoci qual è l'attitudine all'audit e alla revisione critica da pari. Già allora, MacIntyre e Popper scrivevano che, sfortunatamente, molti medici sono contrari all'audit, si risentono all'idea che il loro lavoro debba essere sottoposto a revisione critica. Possiamo considerare obsoleta tale affermazione? Sento provenire dalla sala un coro di "no". L'articolo sottolinea anche che una supervisione normalmente è accettata e spesso auspicata da chi si sta formando, ma gli esperti e i primari hanno chiaramente terminato il loro addestramento formale. Questo è interpretato come una garanzia del fatto che essi non solo sono capaci di lavorare senza supervisione, ma anche di fare supervisione nei confronti dei membri più giovani dello staff ospedaliero e di chi sta facendo pratica. Siamo pertanto di fronte ad una riluttanza dei medici e forse anche di altre categorie sanitarie a far valutare il proprio lavoro. Infatti, viviamo quotidianamente l'atteggiamento del "vivi e lascia vivere", "mi sono accorto che ci sono determinate cose che non vanno, ma lasciamo stare, nascondiamo la polvere sotto il tappeto". Poi, quando le cose vanno male, i medici e non solo loro, lungi dall'aspettarsi critiche,

magari si rivolgono ai colleghi in cerca di rassicurazioni, di conforto, di solidarietà, dando la “colpa” all’organizzazione, alle carenze organizzative. Quando l’errore viene riconosciuto, si tende a scusarlo. Certamente ammettere l’errore di fronte a colleghi benevoli dà il beneficio catartico della confessione, evitando al contempo il prezzo della pena. L’autocritica è accettabile, ma la critica avanzata dagli altri non lo è e coloro che la sostengono sono visti alla stregua di persone invadenti ed inopportune. Aggiungo che dalla ricerca degli errori dovrebbero essere bandite la denigrazione degli altri e la condanna, entrambi moralmente sbagliati: impedirebbero agli operatori sanitari di prendere parte al processo di revisione critica. Già allora l’articolo sosteneva la finalità pedagogica. Si dovrebbe quindi passare ad una cultura no blame, centrata sull’apprendimento e sul miglioramento, non soltanto sulla punizione di coloro che sbagliano. Anche oggi si continuano ad affermare le stesse cose. E continuano ad esserci barriere culturali a livello di gestione del rischio clinico, conseguenti ad un eccessivo culto della responsabilità personale e che determinano la chiusura delle organizzazioni verso le politiche di gestione del rischio clinico. C’è quindi una cultura della colpa che si manifesta nella caccia al colpevole, al responsabile o ai responsabili e nell’attuazione di provvedimenti disciplinari. Tale orientamento comporta il rischio di tralasciare tutti quegli elementi conoscitivi la cui valutazione è necessaria anche nella prevenzione dei futuri accadimenti. Mi ha colpito il caso della pappa finita nella cannula endotracheale. Non si trattava del primo episodio ed una collega infermiera si era resa conto che questo errore avveniva sempre in riferimento alla presenza in turno di un certo operatore sanitario. Si è infine decisa a denunciare l’accadimento, soltanto dopo un certo numero di volte. Questo mi lascia perplessa, perché nel frattempo altri soggetti hanno subito dei danni. Aggiungo che la giustificazione “non è mica morto nessuno” la trovo inaccettabile. Concludo con ciò che riporta l’articolo di MacIntyre e Popper in chiusura: «Le nostre idee non sono così rivoluzionarie come sembra. Una tradizione simile a quella che la professione medica dovrebbe emulare esiste già tra i grandi artisti, i grandi scienziati ed i musicisti. Intorno al 1513 Dürer scrisse: “eppure io dovrò rendere pubblico il poco che ho imparato affinché qualcuno più di me possa avvicinarsi alla verità ed il suo lavoro migliorare e biasimare il mio errore. Per costui io mi rallegrerò di essere stato uno strumento a mezzo del quale una verità è venuta a luce.” Questo spirito sopravvive ed è necessario incoraggiarlo non solo tra artisti e scienziati, ma anche tra i medici e in tutti coloro che operano in altre discipline». Ce lo auspichiamo. Grazie.



Prof. Cruciatti:

Relativamente all’errore di somministrazione e all’errore nella comunicazione, ho notato che entrambi dipendono non da un difetto della volontà, né tantomeno da un difetto di conoscenza, ma soprattutto dal fatto che gli operatori erano messi in uno *stato di non sicurezza*. In un caso vi era un professionista, solo, con 25 pazienti e, per una serie di concomitanze logistiche, la paziente si era spostata di stanza, andando in bagno, etc. ma l’errore dipendeva in realtà e soprattutto da un sovraccarico di lavoro. L’altro caso non

derivava dalla non conoscenza personale del paziente, in quanto l’infermiera non era presente da quattro giorni e la malata era stata ricoverata da due giorni; pertanto, poteva riconoscerla soltanto dalla fotografia o dalla presenza del gozzo. Più di questo - e di tanto - non poteva fare, mentre forse, delle “buone consegne” avrebbero potuto prevenire i problemi. Anche in questo caso, in una situazione in cui nella struttura regna il caos, vi è stata una confusione delle cartelle. Anche qui sembra trattarsi di un limite organizzativo dovuto al carico di lavoro. Infatti, la collega si era resa disponibile a rimanere per un sostegno ed una redistribuzione del lavoro e dei compiti.

Il caso della “pappa” lo considererei un caso di incompetenza in cui si sapeva di non sapere, anche perché con questa infermiera in servizio l’evento era accaduto altre volte. Pertanto, l’infermiera, al fine di tutelare

il benessere dei pazienti, ha correttamente dovuto segnalato la collega che, evidentemente, aveva dei problemi con la capacità di inserire un sondino.

Sottolineo due aspetti emersi dalle osservazioni dei colleghi. La Presidente Schirru ha precedentemente sottolineato il fatto critico di *non lavorare in sicurezza*. Mi chiedo e domando a voi: i Collegi come possono tutelare i loro iscritti quando lavorano in non sicurezza a causa di carenze di personale e di standard gestionali ed organizzativi risicati di risorse oltre che, per via di pesanti carichi di lavoro, spesso insostenibili e incompatibili per la dovuta qualità assistenziale? È dunque importante e fondamentale il rapporto che i Collegi possono e debbono instaurare con le amministrazioni. Non è certamente il collega o lo stesso reparto che potrà imporre all'Azienda ospedaliera standard assistenziali adeguati ai carichi di lavoro (e retribuzioni), senza scendere sotto determinati limiti con requisiti minimi di efficacia ed efficienza, pena l'errore grave e per sottodimensionamento di personale, con tempo risicato nell'impossibilità di svolgere correttamente pratica e competenze infermieristiche note. Dunque, la collettività dei Collegi come può tutelare l'infermiere soggetto a tali carenze, dovendolo, eventualmente, anche sanzionare? Ravvedo un vuoto in tal senso.

Altro aspetto che pongo alla vostra attenzione è quello relativo alla organizzazione del lavoro collettivo (o, per meglio dire, in équipe) e dalla continua rivalutazione, anche multidimensionale, condivisa tra operatori. Nel senso che l'aspetto tecnico non è secondario all'aspetto pratico di tipo logistico e organizzativo. L'esempio, quindi, anche se apparentemente ripetitivo, è pratico e frutto di evidenze basate sull'esperienza. Dopo vent'anni di cure palliative e programmi in *hospice*, abbiamo sperimentato l'utilità degli audit clinici interni, nello specifico uno fra essi ad esempio è lo STAS (*Support Team Assessment Schedule*) che, nell'ambito di una riunione di équipe settimanale tra professionisti e tra "pari", consente di rivalutare a 360° l'assistenza globale, tramite una serie di items specifici ed appropriati per i nostri malati in fase avanzata o terminale di malattia. Risultato? Da un lato l'errore clinico assistenziale si riduce pressoché a zero in merito alla costante rivalutazione delle azioni da intraprendere sul piano clinico, terapeutico, socio-assistenziale e della comunicazione interna. L'insieme di tutto ciò produce non solo condizioni di benessere sul lavoro per il personale e nei confronti della qualità di vita per paziente, mentre l'équipe di cure si trasforma in un sistema cognitivo che apprende continuamente dal contesto, e nel *mentalizzare* le esperienze precedenti in funzione di una rivalutazione dei casi in maniera sempre più agevole con l'andare del tempo. Questo sembra rappresentare una delle modalità oggettive e pratiche per ridurre i margini di errore, motivando inoltre concretamente ogni operatore, educando ad una profonda e reale responsabilità collettiva. Ultimo aspetto che vorrei sottolineare: nel codice sono stati inseriti (finalmente) alcuni aspetti encomiabili, relativi alla cura della fase terminale.

Segnalo infine ciò che tenderei a considerare come un refuso. L'art. 39 recita: «*L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto*». I programmi di elaborazione del lutto intesi come programmi che si applicano dopo la morte del malato (*Bereavement follow-up Programs*) sono generalmente strutturati sulla base di due tipologie di intervento: un modello di estrazione anglosassone prevalentemente incentrato sui volontari (una équipe che si costituisce sotto la supervisione di uno psicologo e di un'assistente sociale che affianca i familiari durante l'elaborazione del lutto) tra l'altro di contenuto costo economico; e una modalità che ha preso piede verso la metà degli anni '90 (i gruppi di auto-mutuo aiuto), rivolto a chiunque abbia subito una perdita - e quindi non solo ai familiari in lutto a causa del decesso del familiare affetto da una patologia cronico-degenerativa - forse meno efficaci dal punto di vista pratico e scientifico in ambito palliativo rispetto ai precedenti modelli; si era infatti constatato anni fa, nello studio di un programma sperimentale di auto-mutuo aiuto, denominato "vedove con vedove"

(*Widows-to-widows*) che tale approccio aveva criticamente rinforzato tutta una serie di atteggiamenti e attitudini personali nei processi di sostegno di gruppo e collettivi, correlati alla elaborazione del lutto.

In sostanza, il programma di assistenza all'elaborazione del lutto (dopo il decesso) è un programma che non concerne unicamente l'infermiere, ma prevalentemente altre figure (psicologi, assistenti sociali, assistenti spirituali, volontari). Il compito dell'infermiere, durante la fase di permanenza nella struttura, è quello di aiutare l'elaborazione del lutto nella fase anticipatoria (e definito come *lutto anticipatorio*), che è quella fase del lutto che si manifesta precedentemente al morire, sia per il malato che per i familiari (in altri termini e in maniera più semplificata "nella fase della preparazione all'evento") che, in questo lasso di tempo, invece, coinvolge profondamente la figura infermieristica. Per cui, a mio avviso, per essere più puntuali, bisognerebbe inserire nel codice «e della elaborazione del lutto anticipatorio».

Concludo infine con un'ultima osservazione a titolo suggestivo e di integrazione, ma altrettanto sostanziale a mio avviso, riferendomi all'art. 35: «*L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale*». Qui manca un termine fondamentale: «culturale». Sarebbe opportuno che esso venga inserito in funzione del ruolo che gli aspetti culturali rappresentano non solo nelle cure rivolte al malato terminale ma in ogni *setting* clinico assistenziale che più estensivamente va dalla pediatria sino alla geriatria. Nella cura e nell'assistenza infatti è centrale l'attenzione a tutti gli aspetti sociali e quindi , per definizione "culturali ", del malato e dei suoi familiari . Vi ringrazio ancora.



Schirru:

La ringrazio professore per i suoi preziosi suggerimenti. Desidero esprimere delle riflessioni del tutto personali, al di là dell'elemento normativo che delinea qual è la competenza dei Collegi. Sappiamo tutti che è una norma datata, probabilmente non più rispondente a quelle che sono le attuali necessità. Il problema sta in una domanda: intendiamo fare il salto culturale? Intendo il passaggio culturale dell'assumerci una responsabilità non ancora scritta nella norma. Se intendiamo fare i meri tenutari dell'album, come sono soliti chiamarlo, il nostro compito si esaurisce in una battuta: prestare attenzione affinché non ci scappi nessun iscritto. Tutto qui. Oppure dobbiamo entrare in una logica diversa, nella quale personalmente credo, che va oltre il contenuto normativo. Ci siamo confrontati all'interno del coordinamento regionale del Piemonte, dicendo a noi stessi: "abbiamo bisogno di uscire dalle nostre mura, confrontiamoci perché il mondo sta fuori, non sta dentro". E allora, anche se non c'è scritto sulla norma che devo contattare i colleghi dirigenti, i coordinatori, costituire gruppi di lavoro con gli infermieri delle varie specificità, lo faccio ugualmente. In qualche modo il Collegio deve uscire dalle sue mura e andare incontro ai suoi professionisti. Dobbiamo identificare nuove strategie, come quella già accennata: l'attivazione di corsi sul codice deontologico presso ogni azienda. E ancora: costituire gruppi all'interno delle aziende con dirigenti per ragionare su un tema importantissimo: qual è, oggi, la condizione che stabilisce che siamo in sicurezza rispetto alle dotazioni organiche? Anche in questo caso, non abbiamo un criterio comune. Quando parliamo e diciamo complessità ed intensità, non diciamo la stessa cosa, perché le interpretazioni sono diverse. Dovremmo uniformare i linguaggi, almeno nel nostro contesto. Aggiungo che stiamo cercando di individuare degli spazi idonei al fine di entrare in una dialettica attiva con la Regione Piemonte, visto che la Sanità è governata a livello regionale. In un incontro con la Regione, ci è stato formalmente chiesto: "diteci voi quali sono gli elementi al di sotto dei quali scendere diventa pericoloso. Ce lo dica la professione infermieristica". Siamo dunque pronti a fornire tali risposte? Al di là del dire "non si può fare, è colpa della Regione" e quant'altro, noi professionisti che proposte siamo in grado di esprimere? Non ce lo

*Una riflessione a partire dal Codice Deontologico per un'azione disciplinare fondata
sessione pomeridiana
Coordinamento Collegi IPASVI Piemonte - novembre 2013*

può dire qualcun altro come dobbiamo lavorare e quanti dobbiamo essere. E non possiamo neppure assumere quale modello di riferimento una recente ricerca inglese, peraltro pubblicata, che, in sintesi, afferma quanto segue: valutati 450 reparti di medicina, se andiamo al di sopra di un rapporto di 1 infermiere ogni 8 pazienti, creiamo delle situazioni di rischio. È, questo, uno standard corretto per la nostra realtà? Possiamo applicarlo al nostro sistema ed affermare che abbiamo finalmente raggiunto una condizione di sicurezza ovunque? Abbiamo mai ragionato in una logica diversa per stabilire come possiamo riorientare le nostre organizzazioni? Siamo stati capaci di prendere posizioni, cari colleghi, anche dure, di fronte alle nostre direzioni, ovviamente sostenuti dai Collegi? Dobbiamo essere pronti ad evadere da logiche del tipo: “se la direzione non mi dà”, “se il Collegio non mi dice”. Il Collegio è utile al fine di coagulare alcuni aspetti, ma la politica professionale non la facciamo certo noi presidenti o i consiglieri. Assolutamente no. Quindi, per rispondere sinteticamente al professor Cruciatti, dobbiamo pensare a delle strategie affinché i Collegi escano dalle mura dei Collegi per avvicinarsi ai problemi, per sentirli direttamente. Questo ci consentirà di costruire delle strategie. Entriamo in dialettica con la Regione e con le aziende, dove la gente lavora. Perché se siamo distanti non siamo in grado di dare risposte e supporto ai nostri colleghi. Credo sia ora di riuscire a dibattere in termini diversi, andando oltre la norma. Significa assumersi una responsabilità che abbiamo già, di fatto, prima di tutto nei confronti dei cittadini. E allora chiediamoci: come tuteliamo i cittadini? Li tuteliamo nella misura in cui siamo capaci di riorientare anche i nostri colleghi nei contesti di lavoro. Ed ora apriamo il dibattito.

dibattito

intervento 1

Sono rimasto colpito dalle riflessioni circa la dimensione relazione quale componente importantissima dell'assistenza infermieristica. Rispetto agli altri passaggi che sono stati evidenziati negli interventi dei relatori, questo dato affiora con maggior rilevanza. Riprendo la provocazione sollevata dal prof. Cruciatti su come tutelare l'iscritto. L'iscritto si tutela uscendo dalla condizione di schiavitù personale a cui accennava la collega Basile. Sono contrario al provvedimento di archiviazione della pratica relativa all'errore di somministrazione: non può passare il principio che, siccome sono da solo in turno con una studentessa, sono, per così dire, 'innocente'. Tu, infermiere, entri in turno, sei solo, lo scrivi in consegna e segnali che c'è un disservizio, che l'organizzazione di fatto è carente; porti il tutto a conoscenza del Collegio e così facendo puoi, per così dire, 'scaricare' ad altri le responsabilità di tali carenze. Noi non permettiamo che il Collegio sia una testa d'ariete contro qualcosa o qualcuno. Anche tu infermiere devi assumerti la responsabilità di documentare il tuo agire. Perché entrare in servizio e consentire, in silenzio, che si lavori da soli con un carico di lavoro eccessivo, è qualcosa che non possiamo tollerare. Avete detto che dovete uscire dalle mura: con l'incontro di oggi voi uscite dalle mura e noi, da varie regioni d'Italia, entriamo nella vostra. È un aspetto positivo. Al prof. Cruciatti rispondo che è l'art. 4 che dà risposta alla carenza che lei riscontra nel codice deontologico. L'art 4 recita che «l'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona». Il fatto che non si ripeta nell'art. 35, forse dipende da una mera questione di praticità di lettura, ma l'art. 4 è un principio che vale per tutto il codice.

Prof. Cruciatti:

Sono d'accordo con lei. È chiaro che la situazione dell'art. 4 sia una situazione generica. L'art. 35 è invece sostanziale, riferendosi specificatamente alle cure palliative. È quindi un'omissione di una delle attività fondamentali. Naturalmente la mia non era una provocazione, bensì una constatazione.

Intervento 2

Segnalo, andando in controtendenza rispetto al collega sardo, che egli rivendica dei maltorti a Bologna, seppur non mi risultino. Tuttavia, per esperienza personale in qualità di coordinatore nei reparti, sono consapevole delle diverse segnalazioni a carico degli infermieri. Inoltre, grazie alla mia esperienza sindacale, ho avuto modo di sedere in commissione disciplinare all'interno dell'azienda. Analogamente, ho l'identico compito all'interno del Collegio. Da un'analisi fatta dall'azienda ospedaliera a Bologna, si è rilevato che, negli ultimi anni, il 95% dei casi dei casi trattati dalla commissione disciplinare riguardava solo infermiere. La mia sensazione è quella di fare la parte del boia. Con questo non giustifico i gravi torti che, in alcuni casi, avvengono a danno dei pazienti. Ritengo però che in questa sede dobbiamo fare un discorso più alto: quali sono i mezzi, le risorse, le procedure con le quali lavoriamo e facciamo lavorare l'infermiere? Personalmente ho avuto modo di approfondire la dinamica dell'informatizzazione delle prescrizioni terapeutiche ed ho effettuato una ricerca, tra l'altro pubblicata, svolgendo il mio studio in cinque policlinici universitari. Ebbene, l'85% delle prescrizioni clinico-mediche presentano errori e vizi di forma: l'h che manca, i milligrammi che non ci sono, eccetera. Da questa ricerca è emerso un dato talmente allarmante che ... non ho più ottenuto l'autorizzazione a procedere con la ricerca .

Mi chiedo: si può soltanto pensare di fustigare? Con questo, ripeto, non giustifico i gravi torti che si fanno perché spesso li giudichiamo nelle commissioni disciplinari.

Mi domando come l'infermiere possa dare corso a quanto previsto dagli art. 47 e 48, ossia contribuire ad orientare le politiche. Do ragione al prof. Cruciatti e alla Presidente Schirru: o ragioniamo come collettività oppure continueremo soltanto a tagliar teste. Mi complimento con il prof. Cruciatti quando parla di esperienze "tra pari": è riuscito a concretizzarle all'interno della sua azienda. Generalmente sappiamo che non è così in quanto è praticamente impossibile sostenere che una prescrizione sia scritta male. Chiediamoci come possiamo uscire, tutti insieme, dalla nostra realtà. Rivolgo un appello alla Presidente Silvestro affinché si diffondano incontri come questo. Sarebbe utile avere un calendario itinerante. Mi auguro possa essere discusso a livello centrale. Abbiamo bisogno, in qualità di 'amministratori' della 'macchina' dei procedimenti disciplinari, di questo tipo di cultura, la cultura del confronto. Un'esperienza dibattuta a Bologna, che mi appariva poco chiara, ora mi è chiara. È la prova che abbiamo bisogno di questo genere di confronto. Grazie.

Intervento 3

Desidero riprendere dei concetti già espressi. Il primo è che guardare avanti significa non fermarsi alla sanzione. La sanzione risolve ed affronta il problema relativo allo specifico episodio, ma ad essa deve far seguito qualcos'altro, altrimenti è un atto fine a se stesso. I Collegi hanno la responsabilità di mettere in campo ulteriori iniziative – partendo dall'errore e dal suo accertamento – come sensibilizzare i nostri colleghi, dirigenti e coordinatori, affinché pongano in essere delle azioni atte a modificare quelle condizioni che inducono all'errore. Faccio il libero professionista da diversi anni e sottolineo un aspetto che non possiamo ignorare: il mondo del lavoro è cambiato. Se nell'ambito pubblico c'è la mortificazione della professione legata all'economicità e alla riorganizzazione, all'esterno le altre forme di lavoro sono maggiormente ricattabili così come è più difficile cercare i committenti e fare squadra tra infermieri. Alcuni

infermieri non si passano neppure le consegne. Manca la continuità, c'è carenza di tutta una serie di criteri. Il Collegio deve tenere a mente che per poter intervenire sui committenti – ASL, struttura pubblica – dobbiamo mantenere alcuni requisiti. Non dimentichiamoci che il Collegio è più forte e deve alzare la voce per i colleghi che non possono farlo, pena la probabile perdita del posto di lavoro.

Schirru:

Il suo intervento mi dà la possibilità di sottolineare un aspetto relativo al caso dell'errore di somministrazione della terapia: non si vuole perdonare questo tipo d'errore, sia chiaro. Non conosco le altre realtà, ma in Piemonte stanno accadendo fatti ai limiti dell'incredibile: la gente ha paura perché è minacciata, è in una situazione di lavoro precario. Come Collegio non posso lasciare al suo destino il soggetto dicendogli: "siccome hai sbagliato, ti do pure la mazzata". Aggiungo che non ho la presunzione di sostenere che la scelta assunta sia stata la migliore. Bisogna però tenere conto che il collega non ha negato il fatto, non c'è stato dolo. Dunque, archivio il problema nella misura in cui ho sanzionato il collega che ha commesso quell'errore in quel dato contesto, sicuramente sfavorente, oppure tale evento mi offre lo spunto per intervenire, in termini complessivi, sul gestore di quella situazione? Perciò abbiamo chiesto di incontrare i gestori di quella condizione, perché se non entriamo in questo tipo di dialettica, dopo aver comminato la sanzione al collega, altri si troveranno nelle condizioni di 1 a 25, di 1 a 30 e in qualche caso di un infermiere su 3 piani, ossia di 1 a 90! Queste sono le condizioni in cui lavorano i nostri colleghi, arrivando in alcuni casi a prendere ordini dal capo OSS! È necessario quindi, come Collegi del Piemonte e delle altre regioni, assumere delle posizioni chiare e portarle avanti, ognuno nella propria realtà. Altrimenti, senza alcun genere di intervento, avremo situazioni squilibrate, mosche bianche e mosche nere. Una situazione simile regge con molta fatica, se non si interviene. Facciamo quindi tesoro di quanto vissuto oggi. Da questa giornata non si esce con la soluzione in tasca, ma il coordinamento dei Collegi del Piemonte si rende disponibile a mantenere questo tipo di rapporto allargato con chiunque intenda proseguire in tal senso. Se si ritiene che incontri analoghi debbano essere itineranti – poiché la giornata odierna è stata giudicata significativa al fine di attivare dei percorsi, contestualizzandoli nelle singole regioni – ben venga. Era il nostro obiettivo. Il ritorno che ricevo da voi, cari colleghi, è notevole. Significa che abbiamo centrato l'obiettivo, tutti assieme, non il Coordinamento del Piemonte. Ed ora lascio la parola al nostro Presidente, Annalisa Silvestro.



Annalisa Silvestro:

Vi ringrazio per la vostra accoglienza e complimenti per questa iniziativa. Viviamo una fase storica in cui sembra che ciò che non rientra in un'analisi di contenimento delle risorse, di sostenibilità del sistema, il tutto condito da un atteggiamento di profondo avvillimento, sia considerato fuori sistema, fuori logica, fuori dalla realtà. Invece, è proprio in simili frangenti che è necessario continuare a riempire il nostro 'zaino' di valori e di riflessioni su come stare dentro ad una società così complessa come la nostra, in un momento di particolare criticità. Personalmente sono convinta che ce la faremo, come italiani e come infermieri. Ne sono convinta perché il nostro

Paese ha delle innegabili risorse. La smettessimo soltanto di guardarci unicamente la punta delle scarpe! Se alzassimo lo sguardo, vedremmo delle risorse rilevanti attorno a noi. C'è voglia di discutere e di parlare, c'è effervescenza al nostro interno, ma alle volte abbiamo dei gruppi che scambiano l'effervescenza culturale, la voglia di dibattere, di discutere e di criticare, con una logica di nichilismo generale che non conduce da

*Una riflessione a partire dal Codice Deontologico per un'azione disciplinare fondata
sessione pomeridiana
Coordinamento Collegi IPASVI Piemonte - novembre 2013*

nessuna parte. Malgrado ciò, siamo una professione che ha uno sguardo ben orientato al futuro, che ha delle grandi potenzialità, se la smettessimo, ripeto, di guardarci unicamente la punta delle scarpe. È importante assumere la consapevolezza del nostro ruolo all'interno della società e del sistema sanitario, sviluppando valori condivisibili che contribuiscano a connotare un gruppo rilevante come il nostro – oltre 400.000 professionisti – che costituisce un soggetto politico che dovrebbe imparare a comportarsi come tale. Quando parlo di soggetto politico non parlo di partiti, adesioni a gruppi e ad aree. Parlo dell'attenzione al modo di stare all'interno della polis, così che determinati obiettivi, principi, valori e contenuti vadano a riverberarsi sui cittadini. Nel caso nostro, parliamo, fra l'altro, di cittadini che vivono situazioni di difficoltà e fragilità. Questo in senso generale. Nello specifico, andando alla materia dell'odierna giornata, trattare dell'errore – dell'evento critico e di tutte quelle situazioni per le quali vi sia il rischio di incappare in logiche e situazioni che possano produrre una chiamata di responsabilità ed un'attivazione non solo degli organi a ciò preposti, ma anche della magistratura interna del nostro gruppo professionale – ci obbliga a riflettere e ad analizzare il contesto in cui questa criticità si verifica. Un contesto sociale in senso lato ed un contesto sanitario in senso specifico. Stiamo parlando della denuncia di condizioni di lavoro che non ci permettono di adempiere al nostro mandato professionale ed ancor prima di prestare assistenza secondo i crismi e le regole scientifiche internazionali oltre che nostre locali. Questo, oltre a ledere un diritto importante del cittadino – ricevere un'assistenza qualificata, rendendolo addirittura un attore ignorante ed inconsapevole di una situazione di cui lui stesso potrebbe riceverne dei danni – evidenzia un aspetto piuttosto grave: pare che di tutto ciò non se ne occupi nessuno. Peggio: che di tutte queste gravi criticità non se ne occupi chi ne avrebbe l'assoluta corresponsabilità ovvero chi ha la responsabilità di organizzare, orientare e dirigere le strutture. Ne deduco che è in atto una perdita generale di attenzione ai valori? Riflettiamoci. Forse dovremmo prendere atto di qualcosa che è sempre avvenuto, ma di cui soltanto oggi ci rendiamo conto. Quando le risorse erano più abbondanti, qualcuno si preoccupava del numero di infermieri per quella tipologia e quantità di pazienti? Ce ne occupavamo? La situazione in cui ci troviamo – carenza di risorse, blocco del turnover, impossibilità alle sostituzioni e quant'altro – ha reso evidente la difficoltà in cui tutti ci stiamo muovendo e che ci costringe a prenderne atto. Soprattutto ci costringe a riflettere sul fatto che sono presenti tutta una serie di elementi contestuali che ci fanno comprendere come alcune situazioni abbiano potuto verificarsi. Proprio perché non esistevano quegli elementi contestuali che potevano aiutare e sostenere il professionista. È abbastanza frequente la chiamata in corresponsabilità dei professionisti piuttosto che dell'organizzazione nel momento in cui avvengono eventi avversi. Dunque, quale percorso adottare? Un'iniziativa come questa potrebbe far parte di questo percorso? Personalmente plaudo a questa giornata e non ho problemi a trasformarla in un'iniziativa strutturata a disposizione di tutti i consiglieri provinciali dei Collegi. Mi piacerebbe soltanto di parlare di com'è importante andare a messa a chi a messa ci va. È fondamentale rendere sempre più consapevoli i consiglieri direttivi circa tutte le tecnicità sottese al loro ruolo, anche in qualità di componenti dei momenti disciplinari, tenendo ben presente quanto sia complesso evidenziare e sostenere le criticità organizzative e lavorative nelle quali ci si viene a trovare, così come sia sempre più difficile rivendicare un contesto che faciliti, sostenga e supporti nell'erogazione di prestazioni attente e di qualità. E ancora: noi, che ricopriamo il ruolo di rappresentanza professionale, come possiamo fare per coinvolgere i nostri colleghi che vivono quotidianamente queste situazioni tanto complesse? Come fare per sostenerli, per aiutarli, per mandar loro un messaggio circa la nostra intenzione di affrontare insieme le criticità? Questa situazione non la risolveremo in tempi brevi. La situazione, da un punto di vista economico, è drammatica. Partendo da questo dato, chi deve sostenere maggiormente il peso per uscire da questa situazione? Perché l'impressione è che, alla fine della fiera, alcuni percorsi vengono sempre fatti salvi, per via della complessità, delle corporazioni, degli orticelli e delle

reti di potere. Troppo spesso la logica è: “Tagliare? Sì, ma non nel mio orto, in quello del vicino”. È così. È così perché così è in Italia. Si tratta di un’insana logica generalizzata. Cambiare questa logica richiede tempo e lo sforzo di tutti. Aggiungo che o partiamo dal presupposto che il nostro sistema sanitario sia in grado di introiettare una quantità significativa di risorse professionali oppure questa situazione non la risolviamo. Blocco del turnover, ad esempio: è un taglio lineare ai professionisti. Secondo voi è davvero impossibile operare un’altra logica di tagli? Aggiungo che il sistema non è più in grado di introiettare così tante risorse, non ha più risorse economiche. Negli emendamenti che abbiamo presentato per la Finanziaria, il discorso di fondo non è sul contenuto, ma su dove trovare i soldi per questa o quella copertura. È ovvio che i soldi si troveranno effettuando dei tagli a qualche altro soggetto già impostato all’interno della Finanziaria. Tagli che questo soggetto, ovviamente, poco gradirà. Essendo questa la situazione, diventa eticamente corretto resistere ad ogni tipo di cambiamento che riguarda i modelli organizzativi e l’organizzazione del lavoro dentro i nostri luoghi di esercizio professionale? Dobbiamo certamente rivendicare il fatto che non è possibile lavorare in un rapporto di 1 a 30 così come non è accettabile di essere in un Pronto Soccorso, da soli, con il paziente X a letto e Y in barella. Y cade dalla barella ed io vengo chiamato a risponderne e la mia azienda cosa fa? Mi dice che, essendo colpa grave, devo rifondere l’azienda stessa che mi ha messo in quelle condizioni critiche. Azienda che non può non sapere dello stato in cui lavoro. Beffa finale: la Corte dei Conti, seppur sia colpa grave, riconosce che mi trovo in condizioni di lavoro estremamente difficili e quindi mi fa, semplifico, lo ‘sconto’ del 50% su ciò che dovrei rifondere all’azienda. C’è qualcosa che non funziona. Così come non è eticamente sostenibile che io, infermiere, lavori in quel modo, non dando assistenza di un certo tipo e di una certa qualità. Il blocco del turnover, fatto com’è fatto, è un taglio orizzontale. Perché questo genere di taglio? Semplice: perché non si riesce a fare tagli di altra natura in quanto salterebbero dalla poltrona le varie corporazioni. Tutte. E così chi deve decidere applica il seguente criterio: siccome devo, per forza di cose, tirare i remi in barca e cercare di riorganizzare il sistema e renderlo qualitativamente ed economicamente sostenibile, non avendo soldi per tutto, taglio linearmente. Blocco del turnover a tutti. Le Regioni in piano di rientro: ci stanno, non ci stanno? Al decisore non interessa. E ancora: tutti devono avere i vincoli nelle assunzioni. Dopodiché, le aziende cosa fanno? Invece di razionalizzare – e per far questo dovrebbero andare a metter mano negli orti e negli orticelli delle varie realtà, sollevando le classiche levate di scudi – si riversano sull’outsourcing. Si assumono infermieri in outsourcing, cooperative, agenzie interinali e quant’altro. In quel caso, quel genere di budget non ha il vincolo e il direttore – generalizzo – invece di tentare un’opportuna riorganizzazione, lascia tutto così com’è ed assume personale esterno. Questa è la realtà. Dunque, come si sposa una logica di etica e di deontologia professionale in simili condizioni? Non ritengo si possa sposare. Pertanto, si tratta di capire come la collettività professionale – non il singolo – intenda muoversi per rendere evidenti a tutti queste condizioni di lavoro e quindi di assistenza. Innanzitutto dobbiamo ragionare sui contenuti, sulle modalità, dandoci degli obiettivi concretamente perseguibili. Lo ripeto: sono disponibile, attraverso la Presidente Schirru, a sostenere iniziative come questa, tra l’altro con il prezioso ausilio di valenti professionisti che ci aiutino a riflettere, evidenziando gli elementi di criticità. Mi avvio alla conclusione portandovi degli esempi concreti. Un giorno, sulla mia pagina facebook, un collega mi scrive circa la difficile situazione in cui si è venuto a trovare, aggiungendo che, “oltretutto, mi hanno spostato in un altro reparto, dicendomi che dall’altra parte erano in difficoltà e che quindi dovevo andare di là.” Il collega va e si chiede: “dove sta la difficoltà? Non mi pare che il carico di lavoro sia tale da richiedere l’inserimento di un altro infermiere”. Era effettivamente così? Vi riferisco quanto mi ha scritto. Il collega prosegue: “Non ho capito dov’era il problema. Secondo me, in realtà, chi mi ha spostato ha creato più problemi nel mio reparto di provenienza che non in quello in cui mi ha trasferito”. E ancora: “volevo manifestare il mio dissenso ma l’art. 49 del nostro codice deontologico

*Una riflessione a partire dal Codice Deontologico per un’azione disciplinare fondata
sessione pomeridiana
Coordinamento Collegi IPASVI Piemonte - novembre 2013*

dice che «l'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale».» Pertanto, mi rivolge un 'invito': "sarebbe anche ora che lo cambiaste quell'articolo lì! Perché mi hanno fatto l'ordine di servizio e sono dovuto andare". Ed io rispondo, sottolineando che non conosco i dettagli del caso: "Carissimo collega, tra l'ordine di servizio e l'art. 49 del codice deontologico, c'è un abisso". L'art. 49 si riferisce ad una condizione eccezionale, di non reiterazione. Inoltre, si basa sulla capacità di lettura della situazione da parte del professionista e sulla sua disponibilità deontologica a non mettere in difficoltà gli assistiti, purché non sia un evento routinario. Invece, l'ordine di servizio è imposto. L'ordine di servizio non ha a che fare con la mia disponibilità deontologica: mi comandano di andare da un'altra parte ed io vado. E ho il diritto/dovere di rimostranza. Ma rimostro dopo che ci sono andato. Non si può invocare l'art. 49, che è tutt'altra cosa. L'art. 49 dice, in sostanza: sono arrivati cinque pazienti in barella mentre sto smontando; i colleghi presenti sono in due ed io ho ritenuto, in un simile contesto del tutto eccezionale, di offrire il mio contributo. Mi sono fermato un altro po', non me l'ha chiesto nessuno. È la logica del dare una mano. La collettività professionale si attende che questo sia il comportamento che un professionista deve adottare rispetto all'oggetto del suo operare, che è il cittadino. Torniamo nuovamente all'importanza del contesto in cui si opera: chi ha la responsabilità deve porci in uno stato di miglior gestione possibile del nostro esercizio professionale. Tendo a constatare che, seppur da anni stiamo percorrendo un cammino nuovo, nei momenti di difficoltà tendiamo a tornare su quello antico, perché lo conosciamo di più, perché ci sentivamo più protetti e comunque delle scelte erano già state assunte e non dipendevano da noi. Andare invece nella strada che oggi abbiamo delineato, è decisamente più complesso in quanto l'analisi, la discussione e la relazione con l'altro sono costanti, in continua evoluzione. Vi porto l'esempio di un altro collega, il quale mi ha riferito il suo caso, ma a cose fatte: "stavo dando la terapia, quando è arrivato il direttore dell'unità operativa con un altro medico; mi hanno imposto di smettere la terapia per andare con loro in giro visita. Chiedo di farmi almeno concludere la somministrazione della terapia, ma i medici sono irremovibili". Gli è stato imposto di andare. Lui invece ha continuato la terapia. Risultato? Consiglio di disciplina e relativa censura. Dunque? Il comportamento etico e deontologico dev'essere da parte di tutti, non solo di alcuni. Altro esempio. Questo il tono con il quale si rivolge un medico alla sottoscritta: "voi infermieri, invece di attenervi ai vostri principi e valori deontologici, ci state calpestando". Lo riconosco: la situazione che stanno vivendo moltissimi medici è di forte disagio, perché mentre la nostra è una professione in crescita, la loro è una professione in evidente declino. Non di rado, la reazione al declino è una certa aggressività. "Con tutti questi passi in avanti, questi slanci, il See & Treat, il case management, eccetera, è ora di finirla: definiamo l'atto medico e voi state a casa vostra e noi a casa nostra." "Perfetto – gli ribatto – lei mi invita a nozze con questa sua proposta! Fate l'ipotesi diagnostica, verificatela, definitela, dite qual è la diagnosi, impostate il processo terapeutico, fate le prescrizioni e siamo a posto. Questo è atto medico". Risposta titubante: "sì però..." Ed io: "una volta che abbiamo definito che questo è il vostro core di specificità disciplinare, che peraltro è internazionale, nessun infermiere italiano ve lo metterà in discussione. Anzi, finalmente avremo chiarito questo aspetto". Nello specifico del See & Treat, gli dico: "Nel momento in cui una persona entra in Pronto Soccorso perché ha un taglio ad una mano, ad esempio, o gli metti un po' di disinfettante o gli dai un paio di punti. Bene. Mettiamoci d'accordo: è diagnosi? Abbiamo fatto una terapia? Perché, se è così, ve la fate voi". La risposta del medico è stata: "ragioniamoci ancora un po' sopra". La questione, cari colleghi che siete consiglieri direttivi, non è nella clinica, è nella gestione. Perché se quello è atto medico, come ritengo che sia, è una loro specificità. Hanno formazione, qualificazione, competenza, sono loro i medici, si formano molto più di noi su questi aspetti.

*Una riflessione a partire dal Codice Deontologico per un'azione disciplinare fondata
sessione pomeridiana
Coordinamento Collegi IPASVI Piemonte - novembre 2013*

Per quanto ci riguarda, partendo dal nostro codice deontologico e dal nostro rapporto con i cittadini e la società, dobbiamo operare una serie di riflessioni che ci permettano di connotare al meglio il nostro essere professionisti. Adesso, cari colleghi, sono Senatore della Repubblica. Vi posso garantire che all'interno del Senato non è che non intendano parlare degli infermieri per malafede; il fatto è che non ne parlano in buona fede. Non ci vedono. Per cui, smettiamo di ripeterci quanto siamo bravi, laureati, professionali. Cerchiamo invece di farlo comprendere all'esterno, non al nostro interno. E non è andando a rivendicare non so cosa che gli altri ce lo concederanno. Bisogna ragionare in maniera diversa. Ricordo che nel mio primo intervento in Commissione Sanità del Senato ho detto al collega senatore relatore: "scusa, collega, ma perché parli di paramedici? Non è un termine giuridico, non vuol dire niente, ti posso garantire che tutti i professionisti sanitari, se ti sentissero, ti biasimerebbero". Da quel giorno, in Commissione, non si parla più dei paramedici. Hanno capito. Non dobbiamo pensare di essere sempre e soltanto circondati da soggetti a noi ostili. Spesso non ci capiscono perché non ci conoscono. Non di rado, ancor oggi nell'immaginario collettivo, Sanità significa medici. Dobbiamo, senza perderci d'animo, essere consapevoli del fatto che abbiamo un grosso lavoro da portare avanti. Ragionare su questi aspetti, in qualità di consiglieri direttivi, può aiutarci a mantenere un filo rosso conduttore costituito dall'etica e dalla deontologia, le quali devono essere strettamente insite nel nostro modo di essere infermieri, così da permetterci di comprendere come – attraverso questa chiave di lettura – guardare a ciò che ci circonda. Vi ringrazio.

Schirru:

ringraziamo la nostra Presidente per il suo intervento. La forza che ogni volta emana dev'essere per noi motivo per tornare a casa e trasmetterne altrettanta a chi ci circonda. Non ho nient'altro da aggiungere a quanto detto, se non ringraziare i relatori intervenuti. Ringrazio soprattutto voi perché ci avete dato modo di rendere possibile questo evento. Vi ringrazio per aver partecipato e ribadisco che siamo disponibili ad ulteriori confronti. Non facciamo scemare questa possibilità di comunicare, anche se apparteniamo a regioni diverse. Più saremo in grado di allargare questa possibilità, più non ci sentiremo soli, arrivando, col tempo, a riorientare le situazioni più critiche. Grazie ancora a tutti.