

RELAZIONE

Dalla responsabilità del singolo alla responsabilità d'equipe. Il punto di vista dell'infermiere

Presentata al XIV^ convegno ANOTE in gastroenterologia ed endoscopia digestiva svoltosi a Torino nel mese di marzo 2004

1. LE TIPOLOGIE DI RESPONSABILITÀ PER L'INFERMIERE

Quando si parla di “responsabilità” come concetto generale, ci si riferisce all'effetto determinato dall'agire di un soggetto da cui deriva l'obbligo di rispondere del proprio operato se eseguito in modo non corretto.

Secondo questa accezione, si indicano i seguenti tipi di responsabilità:

1. la responsabilità penale
2. la responsabilità civile
3. la responsabilità amministrativa e/o ordinistico - disciplinare

1.1.LA RESPONSABILITÀ PENALE

Tale profilo di responsabilità, *personale e non trasferibile a terzi*¹(es. all'amministrazione di appartenenza), si delinea qualora venga commesso un fatto previsto dalla legge come REATO e, come tale, sanzionato dal codice penale con pene detentive (arresto e reclusione) e pecuniarie (ammenda e multa).

La pena si identifica quale sanzione erogata tramite un processo, è proporzionata al fatto commesso ed è prevista dalla legge (legale).

Il reato si individua quando il realizzarsi di un evento dannoso o pericoloso sia stato causato da un comportamento commissivo od omissivo².

I reati si distinguono, a seconda dell'elemento psicologico presente, in reato doloso o secondo l'intenzione, in reato colposo o contro l'intenzione ed in reato preterintenzionale o oltre l'intenzione.

Nel reato colposo (più importante nella responsabilità professionale) le fattispecie previste sono quelle dovute a comportamenti fondati su³:

negligenza (ovvero danno causato da trascuratezza mancanza di attenzione e di diligenza);
imperizia (ovvero danno provocato da insufficiente capacità o preparazione);
imprudenza (ovvero danno dovuto a comportamento avventato).

Alcuni reati imputabili all'infermiere.....

- Esercizio abusivo della professione;
- detenzione e somministrazione di farmaci guasti;
- rilevazione di segreto professionale;
- omissione di soccorso;
- omissione di referto.

¹ Tratto da M. Lusignani, B. Mangiacavalli, M. Casati: “Infermieristica generale e organizzazione della professione. Deontologia infermieristica, legislazione professionale, competenze specialistiche” pagg. 109-116. Ed. Masson, Milano, 2001.

² Tratto da Guida all'esercizio della professione di infermiere. Mario Gabrielli: *La responsabilità professionale. Sezione 2 La competenza e la responsabilità professionale. La responsabilità penale, civile, amministrativa, ordinistica* pagg.124- 135 III edizione, Edizioni medico scientifiche Torino, 2002.

³ Tratto da Luca Benci “*Aspetti giuridici della professione infermieristica*” pagg. 109- 138 Ed. Mc. Graw Hill, I ed. 1995, Milano.

1.2.LA RESPONSABILITA' CIVILE

Tale profilo si identifica nell'obbligo di risarcire un danno ingiustamente causato e viene riconosciuta come trasferibile a terzi (es. l'amministrazione di appartenenza)

Il soggetto è chiamato a risarcire un danno conseguente ad una sua propria illecita azione od omissione nel campo in cui opera.

La responsabilità civile è distinta in contrattuale ed extracontrattuale.

La prima si manifesta qualora vi sia tra il responsabile ed il danneggiato un rapporto contrattuale (es. nella libera professione) per cui l'autore, a fronte di un danno causato, dovrà assumersi l'onere della prova al fine di dimostrare che quanto intervenuto non è dipeso dalla sua azione.

La seconda insorge quando non vi è rapporto giuridico diretto tra assistito e professionista, cioè quando il paziente non sceglie quest'ultimo.

E' questo il caso del dipendente pubblico per il quale vige il principio generale di non ledere i diritti protetti (es. la salute).

Questo tipo di responsabilità si trova sancito positivamente nell'art. 2043 del Codice civile che recita: " *Qualunque fatto doloso o colposo che cagiona ad altri un danno ingiusto obbliga colui che ha commesso un fatto a risarcire il danno*".

E' definito "danno ingiusto" quello derivante da ogni violazione dei diritti dei terzi che l'impiegato abbia commesso per dolo o per colpa grave (art. 23 del DPR n. 3/1957).

Nella responsabilità extracontrattuale l'onere della prova spetta al danneggiato, ovvero a colui che richiede il risarcimento.

1.3. LA RESPONSABILITA' AMMINISTRATIVA E ORDINISTICO- DISCIPLINARE

Tale profilo riguarda gli operatori professionali che operano alle dipendenze di enti pubblici o di privati e si realizza per l'inosservanza di doveri di ufficio e di servizio Per i liberi professionisti diventa di tipo ordinistico- disciplinare per l'inosservanza delle norme di comportamento contenute all'interno dei codici di regolamentazione delle attività professionali .

Tale responsabilità, non trasferibile a terzi , è regolata da disposizioni previste nei contratti di lavoro e dalle disposizioni di natura ordinistico- disciplinare afferenti agli ordini e collegi professionali.

Per quanto riguarda gli infermieri pubblici dipendenti ed i liberi professionisti, le fonti di riferimento per le controversie riguardanti procedimenti disciplinari, i diritti e i doveri nonché le relative sanzioni disciplinari e, in generale relativamente alla responsabilità amministrativa ed_ordinistico/disciplinare sono le seguenti, in ordine cronologico:

1. D. Lgs. CPS n. 233 del 13 settembre 1946 (attribuzioni dei Collegi IPASVI)
2. DPR n. 3 del 10 gennaio 1957
3. DPR 761 del 20 dicembre 1969
4. Legge n. 300 del 20 maggio 1970
5. Legge 93 del 29 marzo 1983
6. Legge n. 421 del 23 ottobre 1992
7. D.Lgs n. 29 del 3 febbraio 1993
8. D.Lgs n. 546 del 10 dicembre 1993
9. Decreto del Ministro della Funzione Pubblica del 31 marzo 1994
(codice di comportamento)
10. D.M. n. 739 del 14 settembre 1994
11. Carta dei servizi Pubblici sanitari del 1995
12. CCNL personale comparto sanità del periodo 1994- 1997
13. Legge n. 42 del 26 febbraio 1999
14. Codice Deontologico degli infermieri del 1999
15. Legge n. 251 del 10 agosto 2000

2. LA PROFESSIONALIZZAZIONE DELL'INFERMIERE

All'interno di un Paese come il nostro, decidere che la tutela della salute è un diritto del singolo e della collettività, individuando un sistema sanitario preposto allo scopo, sta significando una grande assunzione di responsabilità.

Il processo di responsabilizzazione è in atto e ognuno vi porta il suo contributo.

I cittadini con i loro bisogni e la loro domanda di salute; la politica con le sue scelte tese a rispondere ai bisogni ma che anche devono tener conto della domanda.

Ciascun operatore, che da un lato condivide la mission del servizio in cui opera adeguandosi alle scelte di politica e dall'altro condivide il problema della persona soddisfa ed orienta la domanda di salute.⁴

A partire dal Febbraio 1999 tutti gli infermieri sono diventati professionisti sanitari uscendo dalla dimensione di ausiliarità.

La scomparsa del carattere ausiliario è una conseguenza del processo di professionalizzazione caratterizzato dall'autonomia concessa dai vari profili professionali e dall'istituzione dei diplomi universitari e dall'evoluzione accorsa in termini di esercizio professionale.⁵

La legge 26 febbraio 1999 n. 42 è una legge importante per la molteplicità di aspetti che riguardano tutte le professioni sanitarie non mediche e che ha importanti riflessi anche per la professione del medico.

La forte novità introdotta da questa legge è data dalla abrogazione del mansionario come fonte privilegiata dal punto di vista normativo dell'esercizio professionale infermieristico.

All'ultimo comma dell'art. 1 infatti si precisa che *“ il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post- base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e le altre professioni del ruolo sanitario...”*.

Vengono definiti secondo tale previsione i presupposti dell'esercizio professionale nonché le competenze ed i limiti di ciascuna nuova professione sanitaria.

Tali presupposti non sono più deducibili sulla base del mansionario (DPR n. 225 del 1974 per l'infermiere) bensì sulla scorta dei tre elementi positivi sopra visti

(codice deontologico, profilo, ordinamenti didattici) e di due elementi negativi

(L. Benci, 1999), ovvero le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è previsto il diploma di laurea e il rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.⁶

Nella professione infermieristica *il livello autonomo* è dato in primo luogo dal disposto contenuto nel primo articolo del DM 14 settembre 1994 n.739 (profilo) nella parte in cui si precisa che” l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica “

L'attività collaborante viene invece indicata nel terzo comma punto a) dello stesso articolo dove viene sottolineata la funzione integrante medico- infermiere quando si specifica che l'infermiere “ partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività.”

Il termine partecipa assume il significato di una attività non autonoma *ma svolta in collaborazione ed in equipe.*

Il punto d) inoltre stabilisce che l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico- terapeutiche poste in essere dal medico.

Il punto e) precisa che l'infermiere *“agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali.”*

⁴ Tratto da Speciale congresso- XII°Congresso Nazionale IPASVI: *Relazione introduttiva di Emma Carli: Gli infermieri e la stagione della responsabilità* pagg.1-3 pubblicato sul “ Foglio Notizie n. 5/ settembre, ottobre 1999 Speciale congresso- XII°Congresso Nazionale IPASVI.

⁵ tratto da “ *Professioni Sanitarie non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato*”. Di Luca Benci, pagg. 3-10 in *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*,N. 1/99” Ed Lauri srl. Milano

⁶ tratto da “ *Competenza, confini, responsabilità dell'infermiere alla luce della legge n. 42/99*” di Argo A., Zerbo S., Mazziotti R., Meli M., Procaccianti P., pagg. 3-5 in *Supplemento a Scenario n. 4/2001,- Atti Regionali- 2° Convegno ANIARTI Regione Sicilia*

Se da un lato quindi la norma riferita all'esercizio dell'infermiere lo regola con dei limiti ben precisi (le competenze di altri laureati ed il rispetto reciproco delle competenze) è pur vero che detta norma diventa bilaterale, *ovvero prevede che detto personale laureato debba adottare i medesimi principi laddove la prestazione sia erogabile in collaborazione con altri professionisti e nel reciproco rispetto.*

Soprattutto nella previsione di attività collaborative con altri operatori si esprime la capacità dell'infermiere di individuare i problemi di salute afferenti alla propria disciplina e di assumerne la responsabilità di risultato sul paziente secondo una logica di processo integrato e di risposta inter professionale poiché, c'è da ricordare, che il problema salute non può rivendicarsi come campo esclusivo .

Da ciò la necessità di dimostrare da parte dell'infermiere, nel quotidiano, la capacità di qualificare la propria competenza, di gestire la responsabilità da essa derivante, di definire l'autonomia.

L'autonomia comporta la possibilità di orientarsi e di agire sul processo di assistenza con specificità professionale e padronanza della situazione.

Questa autonomia legata alla competenza fa spostare il concetto di responsabilità dalla logica puramente penale dell'esercizio professionale

(essere chiamati a rispondere di un danno) *alla logica dell'attivarsi per un risultato basandosi sui livelli di competenza realmente agita.*

Tale responsabilità è finalizzata ad affrontare i problemi dell'utenza e non a salvaguardare l'agire dell'operatore.

Poiché dunque l'obiettivo è di effettivo esercizio di competenza coerente col bisogno dell'assistito, sono necessari chiari rapporti tra coloro che intervengono su di esso al fine di individuare le aree di specifica competenza e quelle più sfumate dove maggiore deve essere la capacità di individuazione degli obiettivi condivisi di salute.

Nel proprio agire inoltre l'infermiere deve tener conto anche di quanto indicato dall'attuale codice deontologico che rappresenta un ineludibile punto di riferimento per l'esercizio professionale dopo l'abrogazione del mansionario avvenuta con la Legge 42/99.

Il codice deontologico degli infermieri (Maggio 1999) afferma che *"l'infermiere è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica"* (art. 1, comma1) e, quest'ultima, risulta essere *"servizio alla persona ed alla collettività."* (art. 1, comma2)

In questo ambito, *"la responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona..."(art.1 comma3).*

In tale contesto l'infermiere deve orientarsi assumendo la responsabilità in base al livello di competenza raggiunto, ricorrendo se necessario all'intervento della consulenza degli esperti.

Appare chiaro che nell'ambito di assunzione della responsabilità autonomamente esercitata secondo logiche professionalizzanti, volte cioè all'interesse benefico del proprio utente, l'infermiere dovrebbe considerare i seguenti elementi di riferimento:

- contesto sociale e culturale di riferimento dell'esercizio professionale (norme, valori, vincoli)
- autorità e cultura professionale propria, codice deontologico,
- livello di competenza raggiunto nell'esercizio e nell'esperienza,
- autorità e competenze di esercizio degli altri operatori con cui condividere il processo di assistenza e cura.

DALLA RESPONSABILITÀ INDIVIDUALE A QUELLA D'EQUIPE

Si è parlato dell'esercizio professionale dell'infermiere e di come esso debba saper adattarsi alle evoluzioni di contesto secondo una logica di capacità all'integrazione con le altre figure professionali in quanto *la salute non può essere intesa come un problema di tipo esclusivo per nessuna delle professioni sanitarie.*

Le logiche sottese l'introduzione dell'aziendalizzazione in sanità riconducono ai concetti di qualità professionale globalmente intesa secondo la quale aspetti quali la responsabilità e

la progettualità sono espressioni delle competenze professionali da certificare al fine di leggere i problemi di salute in termini di priorità e secondo una logica di processo integrato di cura.

Ciò stante, emerge la necessità di creare presupposti per poter regolamentare i rapporti tra le diverse professioni che si accingono ad intervenire in modo integrato sull'utente che esprime un bisogno di salute.

Al fine di poter coordinare gli sforzi e le azioni dei singoli operatori appare necessaria l'adozione di metodologie di intervento sull'utente quali risulta essere il lavoro d'equipe.

La complessità dei problemi sanitari e sociali, l'ampiezza delle tipologie di figure professionali necessarie a dare risposta ai problemi, l'elevata variabilità della domanda di salute che spesso registra un elevato grado di emotività e di componente relazionale, comporta la necessità dell'attivazione del lavoro d'equipe.

L'equipe di lavoro nasce nel momento in cui soggetti diversi interessati al caso per competenza specifica mettono a disposizione dei componenti del gruppo di lavoro le loro conoscenze sul caso al fine di perseguire tutti assieme l'obiettivo generale per il paziente.

Il risultato finale del lavoro d'equipe sarà dato dall'integrazione e dall'interazione dei singoli sotto obiettivi che ognuno dei componenti potrà proporre per la risoluzione del caso.

L'obiettivo quindi del lavoro d'equipe è quello di giungere a decisioni più efficaci per il paziente, concordate e condivise tra tutti gli operatori che a loro volta contribuiscono individualmente od in gruppo a perseguirle.

Da ciò si evince che la metodologia di lavoro d'equipe risponde non al singolo intervento ma alla progettualità di processo, favorisce l'integrazione nell'utilizzo delle competenze dei professionisti, utilizza come indicatore di verifica di efficacia dell'azione non il risultato dei singoli operatori (output) ma gli effetti finali sull'utente (outcome) in termini di gradimento e di partecipazione dell'utente alle cure passando dal *concetto di compliance al concetto di adesione alle cure*.

Nel lavoro d'equipe è posto al centro il progetto paziente che si realizza attraverso il progetto multiprofessionale di assistenza e cura.

Per gli infermieri la logica di processo di cure e di lavoro di equipe non è certamente nuova.

Lo stesso profilo professionale (DM 739/94) propone nella esplicitazione delle funzioni infermieristiche la sequenza logica del processo assistenziale infermieristico.

La logica delle cure centrate sull'utente richiede ai professionisti di lavorare per processi di cura mono o multiprofessionali e, conseguentemente, di attivare forti meccanismi di integrazione e di orientamento al risultato.

Assume particolare rilevanza nel contesto del lavoro in equipe la identificazione delle figure a cui attribuire la responsabilità dei processi di cura.

Oggi l'equipe in cui si trova ad operare l'infermiere sta introducendo nuove figure quale quella dell' Operatore Socio sanitario.

Poiché per tradizione l'infermiere ha sempre lavorato in equipe col medico, è altresì di estrema importanza che l'infermiere impari anche a lavorare con queste nuove figure in una logica di lavoro di gruppo.

La norma richiama accanto alla responsabilità del processo di assistenza infermieristica (DM 739/94; Legge 42/99; Legge 251/00), l'importanza per l'infermiere di saper sviluppare collaborazione con tutte le altre figure sanitarie nonché con il personale di supporto.

LA RESPONSABILITA' DELL'INFERMIERE NELL'EQUIPE DI ASSISTENZA

Se tradizionalmente l'infermiere ha sviluppato nel suo esercizio professionale il meccanismo dell'integrazione e della collaborazione col personale medico, non possiamo dire lo stesso per il personale di supporto, soprattutto all'indomani delle evoluzioni intervenute sulle nuove figure e sulle loro competenze.

Sempre di più l'infermiere si troverà a dover gestire nei vari ambiti di assistenza, queste figure accanto al paziente, sia in ambito sanitario che sociale.

Di conseguenza, dovranno essere attivati da parte della nostra professione meccanismi e processi di sviluppo e collaborazione con queste nuove figure assistenziali al fine di raggiungere una reale integrazione a beneficio dei risultati per l'utente.

A tali fini l'infermiere dovrà essere in grado di riconoscere e definire:

- a) gli ambiti di propria specifica competenza e responsabilità nei riguardi di ogni altro operatore col quale si potrà trovare a condividere un progetto di cura ed assistenza;
- b) gli ambiti di competenza e responsabilità degli operatori di cui si avvale o con cui condivide la responsabilità sull'utente;

c) le aree di responsabilità propria all'interno del processo di pianificazione assistenziale che sono rappresentate da:

- ❖ responsabilità nella gestione dei processi decisionali e di valutazione necessari ad identificare i problemi di competenza;
- ❖ responsabilità nella definizione degli obiettivi da conseguire e scelta delle relative azioni
- ❖ responsabilità nella valutazione dei risultati raggiunti;
- ❖ le aree di responsabilità degli operatori di supporto che attengono al momento di esecuzione delle attività identificate con la pianificazione dell'assistenza;
- ❖ i criteri sui quali basare l'attribuzione alle figure di supporto dei compiti, funzionalmente ai processi di lavoro. Detti criteri dovrebbe considerare le variabili legate:

1°. al contesto organizzativo di riferimento

2°. al tipo di utente preso in carico ed al tipo di prestazione da assicurare (complessità ambientale e livelli di rischio per l'utente)

3°. all'infermiere ed al personale di supporto (esperienze, competenze)

In riferimento a tali criteri, all'interno dell'equipe sarebbe consigliabile l'identificazione di un infermiere che non solo risponde dell'assistenza ma che si fa carico della distribuzione dei compiti e delle responsabilità tra gli operatori che collaborano per il progetto assistenziale.

Secondo questa visione, il modello organizzativo che meglio rispecchia questa esigenza è quello del "case manager".

L'infermiere case manager (I.C.M.) è il professionista in grado di presidiare situazioni complesse con una propria autonomia e con la capacità di lavorare assieme agli altri operatori.

Tale infermiere assume un ruolo attivo di facilitatore e coordinatore dell'assistenza di un gruppo di pazienti che gli sono assegnati e che assiste mediate l'applicazione del processo di nursing nelle sue diverse fasi.

L'ICM ha la responsabilità di accertare i problemi reali e potenziali dei pazienti identificando non solo le condizioni fisiche ma anche psico-sociali ed emotive del paziente.

Successivamente, in collaborazione con gli altri membri dell'equipe multidisciplinare sviluppa un piano di assistenza facilitandone il coordinamento delle attività durante le fasi della presa in carico.

In particolare l'ICM deve gestire l'assistenza pianificando le modalità di trattamento e gli interventi assistenziali per favorire e soddisfare le necessità dei pazienti; programmare il proprio lavoro e quello degli operatori di supporto; determinare con l'equipe di lavoro gli obiettivi di assistenza; guidare le attività e i trattamenti erogati dal gruppo; valutare la qualità dell'assistenza fornita, guidare i collaboratori ed il personale di supporto anche mediante funzioni di insegnamento e di tutoraggio tra i professionisti meno esperti

E' fondamentale in questo ruolo che l'infermiere sviluppi capacità di avvalersi della collaborazione del personale di supporto attraverso il meccanismo della attribuzione di attività in termini esecutivi, mantenendo la responsabilità sul risultato, in riferimento ad una data situazione.

Per esercitare tale meccanismo devono essere rispettati alcuni criteri di riferimento che riguardano il compito da attribuire, le persone coinvolte, le istruzioni per l'esecuzione dell'attività, la supervisione e la valutazione (5 G).

Nell'attribuire l'attività quindi l'infermiere si deve sempre chiedere:

- ✓ Ho assegnato il giusto compito, ossia, il compito ha caratteristiche tali da richiedere la capacità di presidiare processi semplici e standardizzabili ?
- ✓ Ho assegnato le attività nelle giuste circostanze? (ambiente, materiali, risorse,ecc) ?
- ✓ Ho attribuito le attività alle persone giuste, ossia l'operatore è competente per quel compito?
- ✓ Ho assegnato attività con una buona comunicazione e con le giuste istruzioni?
- ✓ Ho verificato e valutato il risultato finale?

Nel momento dell'attribuzione di attività, l'infermiere dovrebbe discutere con l'operatore le caratteristiche dell'attività che sta per delegare e le abilità necessarie al suo svolgimento.

Inoltre, per una completa assunzione di responsabilità, l'infermiere dovrebbe poter documentare la competenza del personale a cui ha dato delega.

L'applicazione del meccanismo di assegnazione di attività nel processo di gestione ed integrazione del lavoro di gruppo guidato dall'infermiere responsabile dell'assistenza infermieristica, sta alla consapevolezza che la nostra professione è arrivata ad un livello di competenza professionale tale da sentire la necessità di assegnare alcuni compiti dell'azione assistenziale ad altre figure.

Così facendo, si liberano risorse per lo sviluppo di nuovi modi di assistere l'utente e, nel contempo, si favorisce lo sviluppo della motivazione al lavoro delle figure di supporto delle quali si avvale nel processo di assistenza.

Questa finalità può essere perseguita mediante l'applicazione dell'empowerment inteso come modalità di coinvolgimento, valorizzazione interna di una persona che si sente valorizzata per il proprio contributo all'azione comune.

Con l'empowerment si instaura tra colui che assegna attività e colui che esegue un rapporto di fiducia reciproca al fine di sviluppare nuove competenze ed accrescere in modo positivo le persone considerandole non meri esecutori di ordini ma attivi protagonisti di un'azione sinergica e condivisa.

Per perseguire tali fini e rispondere in modo pieno alla conseguente responsabilità di gestione di queste figure, l'infermiere deve poter inserire il personale di supporto mediante sistemi standardizzati e codificati che permettono il controllo delle fasi dell'inserimento.

3. LA RESPONSABILITA' INFERMIERISTICA NEL PROCESSO DI INSERIMENTO DEL PERSONALE DI SUPPORTO

L'evoluzione dei bisogni di salute della collettività ha determinato, negli anni, lo sviluppo di nuove figure di assistenza il cui inserimento sta oggi coinvolgendo il personale infermieristico.

Al fine di perseguire la migliore efficacia nell'acquisizione di queste nuove figure dovrebbero essere sviluppati, da ogni gruppo infermieristico, procedure o protocolli per l'inserimento e la valutazione di questo nuovo personale.

Per quel che riguarda in particolare la figura dell'Operatore Socio Sanitario (OSS) bisogna precisare che questi non è solo mero esecutore di ordini ma ha assunto con la specifica formazione di base e specialistica un preciso ambito di competenza ed autonomia.⁷

Questa figura ha quindi un'autonomia propria che si riferisce non tanto alla scelta delle cose da fare ma alle modalità di esecuzione delle stesse.

Bisogna che il gruppo infermieristico quindi chiarisca al proprio interno:

- ▣ quando avvalersi del supporto dell'OSS
- ▣ per quali attività
- ▣ quali sono i criteri per l'identificazione delle attività assegnabili
- ▣ quali sono le cose che questa figura può fare in autonomia e quali in collaborazione o sotto supervisione del responsabile dell'assistenza
- ▣ quali sono i livelli accettabili di performance relativi alle attività attribuite
- ▣ per quali casi assistenziali (definizione dei livelli di rischio sulla base della complessità clinica)
- ▣ quali sono gli strumenti informativi necessari al controllo delle performance attese sull'utente
- ▣ quali livelli di comunicazione e di linguaggio adottare per rendere la comunicazione efficace al massimo.

Accanto a questi presupposti organizzativi, l'inserimento del personale OSS potrà essere reso più efficace se avviene in un sistema in cui è adottata la personalizzazione dell'assistenza, ossia dove venga progettata non un'assistenza per compiti ma per obiettivi.

Inoltre, laddove insiste un modello di assistenza personalizzata potranno essere dedicati a gestire l'assistenza un infermiere ed un OSS per un gruppo di pazienti, collaborando con un medico dedicato.

Questa modalità organizzativa di erogazione dell'assistenza consente di avere quella costante vicinanza tra infermiere ed OSS che permette al primo di guidare e supervisionare il secondo nell'affidargli determinate attività.

Accanto al modello organizzativo vi deve essere una documentazione coerente, semplice e completa e tale da favorire da un lato la personalizzazione dell'assistenza dall'altro la qualità della stessa rendendo più omogenee e costanti le prestazioni standardizzabili (con l'impiego di procedure, standard, protocolli).

Accanto alle informazioni trasmesse nella documentazione cartacea, devono essere presenti anche scambi di informazioni verbali ai quali sia partecipe anche l'OSS per le notizie che deve ricevere e per quelle che può a sua volta fornire.

Dovrebbe inoltre essere stilata la job description dell'OSS e dell'infermiere, ossia la descrizione delle attribuzioni e competenze di ogni operatore riferite ad un particolare settore di impiego (es. in endoscopia, sia per l'infermiere che per l'OSS) e che rappresentano lo standard di riferimento rispetto alla procedura di inserimento e di valutazione del neo assunto, che identifica anche i tempi, le fasi, le persone responsabili del processo e le performance attese.

Molta importanza per la procedura è l'identificazione dell'infermiere tutor, che dovrebbe rappresentare l'unità esperta, il modello di competenza rispetto al quale misurare l'efficacia dell'inserimento dell'OSS.

Rispetto all'inserimento dell'OSS la responsabilità dell'infermiere non è solo quella di tipo didattico, ma anche quella relativa alla capacità di diagnosi delle abilità e delle competenze, del potenziale, di relazione interpersonale, di programmazione e di gestione del personale, di leadership e di management.

Riuscire ad effettuare un buon inserimento consente di avere operatori ben preparati dal punto di vista operativo, motivati e con spirito di appartenenza verso il gruppo di lavoro, valorizzati e capaci di valorizzare i loro colleghi e di potenziare la loro competenza col tempo, l'esperienza, la formazione continua.

In questo processo grande è la responsabilità dell'infermiere che domani potrà avvalersi di operatori di qualità se avrà saputo procedere in modo qualitativo al loro inserimento ed alla loro continua valorizzazione.

LE COMPETENZE PER L'ASSUNZIONE REALE DELLA RESPONSABILITA'

All'indomani della Legge 42/99, l'infermiere deve in modo graduale acquisire non solo la capacità e gli strumenti per gestire al meglio le figure che gli sono state affidate dalla normativa, ma deve saper maturare quell'autorità professionale che presuppone all'autonomia ed al riconoscimento di esperto, attraverso il continuo e sistematico sviluppo di nuove competenze tecniche.

Essendo un membro di un'equipe multidisciplinare, l'infermiere deve essere preparato nella comunicazione, nella negoziazione, nella conduzione dei gruppi di lavoro, nella delega e nella gestione delle riunioni.

Deve possedere capacità di pensiero critico e abilità di problem solving.

La competenza e l'abilità nella soluzione dei problemi di salute sono requisiti principali che i pazienti ed i loro familiari richiedono agli infermieri, così come a tutti gli operatori del sistema sanitario.

Ma questa abilità è la risultante di molte altre abilità, così come abbiamo precedentemente evidenziato.

Oggi un infermiere per poter rispondere con una competenza completa non deve essere solamente un esperto clinico ma deve anche possedere altre abilità che gli consentano di perseguire i risultati clinici nei diversi contesti organizzativi in cui andrà ad esercitare la sua professione.

Ossia, la nuova competenza per i professionisti non è legata solo alle singole attività proprie, ma si estende alla capacità di organizzarle in modo coerente, con le risorse disponibili ed i vincoli presenti, per raggiungere il risultato di cui risponde.

Ciò chiama anche in causa non solo la competenza formalizzata

(formazione di base e permanente) ma anche l'esercizio quotidiano della buona pratica e di tecniche basate sull'evidenza, rispondenti ai criteri di appropriatezza ed efficacia (EBN) grazie ai quali ogni operatore costantemente perfeziona la sua capacità di agire.

L'assegnazione infatti della responsabilità dell'assistenza infermieristica all'infermiere comporta il riconoscimento dell'autonomia professionale (DM 739/94, Legge 42/99, Legge 251/00) e la scientificità dell'assistenza infermieristica (EBN).

L'approccio dell'EBN è un processo di autoapprendimento in cui l'infermiere partendo dalla formalizzazione di quesiti attiva un percorso di ricerca sistematica documentale che fornisca evidenze valutabili utilizzandole poi nella propria attività.

Essa porta con sé le basi della responsabilità agita ed è sempre contestualizzata e finalizzata ad affrontare e risolvere i reali problemi del paziente.

Secondo il codice deontologico, l'infermiere deve aggiornare le proprie competenze attraverso la formazione e la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza.

Deve fondare il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate per garantire alla persona le cure e l'assistenza efficaci.

I concetti di persona e di problema di salute richiedono per definizione un approccio multiprofessionale integrato ed i risultati che si conseguono non possono che essere frutto di sinergismi tra azioni professionali, distinte nella specificità, ma comuni negli obiettivi.

Non è pensabile che una professionalità sanitaria rivendichi una esclusività assoluta nel trattare il paziente se il centro di attenzione dell'azione sanitaria è la persona e non solo il suo problema di salute.

In questa logica ogni professionista che opera in equipe si trova nella necessità di dover sviluppare due abilità tra loro divergenti.

Da un lato, approfondire sempre di più la propria specificità professionale al fine di determinare il campo proprio di intervento, dall'altro sviluppare sempre di più la capacità di collaborare con gli altri professionisti ricercando e condividendo ambiti operativi che permettano il raggiungimento integrato degli obiettivi di salute.

Relatività ed integrazione costituiscono un binomio impegnativo che implica il riconoscimento e la definizione del campo di azione comune, su cui le diverse professionalità operano con la propria specificità.

Ne deriva che, nella ricerca di nuovi e meno rigidi confini anche attinenti a specifiche responsabilità, l'infermiere che lavora in equipe dovrebbe potersi avvalere, oltre che del proprio profilo di competenza, anche di strumenti di orientamento quali possono essere i protocolli che gli consentono di esprimere al meglio la sua specifica competenza e responsabilità sull'utente.

Premesso che non esiste una univoca definizione di protocollo e di linea guida e che spesso vengono erroneamente confuse, si può ipotizzare l'adozione dell'uso di questi strumenti come atti di carattere regolamentare sia monoprofessionale che interprofessionale.⁸

Ogni professione cioè avvia un processo di riflessione sul proprio specifico professionale, quale si evince dai criteri guida indicati dalla legge- profilo codice deontologico, formazione ricevuta, e successivamente, per le zone grigie, per tutte quelle attività professionali che necessitano di apporti congiunti, si può provare ad arrivare alla definizione di linee guida e di protocolli interprofessionali.

Si richiama a supporto di ciò, quanto affermato dal giurista Dario Gamba in merito alla responsabilità di gruppo:

*“Quando si tratta di garantire per ragioni di equità un congruo indennizzo, laddove si stenta a reperire le reali dosi di responsabilità individuale all'interno di una equipe ... può soccorrere il disposto dell'art. 2055 del Codice Civile secondo il quale se il fatto dannoso è imputabile a più persone, tutte sono obbligate in solido al risarcimento del danno...”*⁹

Questa appare la strada più praticabile e più in linea con la ratio della legge che indica nella autoregolamentazione e nella elaborazione professionale la strada del nuovo esercizio professionale.

Tali strumenti a contenuto operativo- professionale, non potranno avere una cogenza obbligatoria senza che vi sia stata una maturazione interna al gruppo di lavoro.

L'imposizione dei protocolli e delle linee guida fa venir meno la natura di protocollo che vede nella condivisione la sua stessa ragione d'essere.

Vi è quindi la necessità di un processo di implementazione degli strumenti di integrazione professionali ai vari livelli operativi che per essere validi dovranno possedere caratteristiche di condivisibilità, trasparenza, applicabilità, mutabilità nel tempo in relazione ai cambiamenti scientifici e professionali.

Questo approccio è tanto necessario se si considera la gestione condivisa degli interventi più a carattere relazione- umanistico relativi al progetto di cura ed assistenza.

Ad essi si può soprattutto ricondurre la responsabilità dell'equipe laddove sono gestiti gli aspetti che vanno oltre l'atto in sé e per i quali vi è la necessità di un approccio multiprofessionale.

⁸ tratto da “ *Professioni Sanitarie non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato*”. Di Luca Benci, pagg. 3-10 in *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*, N. 1/99” Ed Lauri srl. Milano

⁹ in merito a ciò si veda : “ Dario gamba: Rischi professionale: “ Malpractice e responsabilità” pagg. 11-14 in Osservatorio Giuridico in Foglio Notizie n.3/maggio- giugno 1999 Federazione Nazionale IPASVI

Un esempio tra questi sono quelli relativi alle conseguenze di un intervento chirurgico che creano incertezza o difficoltà a coloro che dovranno gestire le conseguenze post operatorie. All'interno di queste riflessioni problematiche si gioca la capacità per l'equipe, di agire veramente in termini integrati.

Per fare ciò, un criterio che dovrà essere presente all'interno dell'equipe potrà essere quello dell'uguaglianza delle opinioni di tutti i suoi membri: in certi casi ciò che prevarrà sarà la specificità delle miglior competenza rispetto al problema, in altri la stessa sarà secondaria e prevarranno altre competenze presenti.¹⁰

¹⁰ Tratto da Documenti del XII Congresso Nazionale IPASVI Rimini, 15-16-17 ottobre 1999.

BIBLIOGRAFIA CONSULTATA

- Benci Luca “*Aspetti giuridici della professione infermieristica*” Ed. Mc. Graw Hill, I ed. 1995, Milano.
- Pontello G. “*I nuovi profili professionali nel modello organizzativo assistenziale*”, Nursing Oggi, 1, 1996, 19-21
- Rivista di diritto delle professioni sanitarie n. 1/99 Lauri Edizioni
- Benci Luca: “L’operatore socio sanitario: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica” in Rivista delle Professioni Sanitarie, 2001; 4(3): 219-234
- Lusignani M., Mangiacavalli B., Casati M.: “*Infermieristica generale e organizzazione della professione*” Ed. Masson, Milano, 2001.
- Guida all’esercizio della professione di infermiere III edizione, Edizioni medico scientifiche Torino, 2002,
- Benci Luca “*Le professioni sanitarie(non mediche)aspetti giuridici,deontologici, medico-legali*” Ed, Mc Graw-Hill, Milano, 2002
- Codice Deontologico degli infermieri , Federazione Collegi IPASVI, Maggio 1999

RIVISTE

- Taddia P.” “*Management care e Case management origini, principi, implicazioni*”, IPASVI, Foglio Notizie n. 5, 1997
- Benci Luca, “*Professioni Sanitarie non più ausiliarie. Il primo contratto di lavoro privatizzato*”. Rivista di diritto delle professioni sanitarie, n. 1/99”, pagg. 3-10 Ed Lauri srl. Milano
- Benci Luca, a cura di “*Terza riforma del Servizio Sanitario Nazionale*” Scenario 1999, 16 (3),36-41
- Bonanno A. “Una rilettura del codice deontologico degli infermieri”, Nursing Oggi, 4, 1999, 12-16
- Foglio Notizie n.3/maggio- giugno 1999 Federazione Nazionale IPASVI
- Foglio Notizie n. 5/ settembre, ottobre 1999 Federazione Nazionale IPASVI Speciale congresso- XII°Congresso Nazionale IPASVI. *Relazione introduttiva di Emma Carli: Gli infermieri e la stagione della responsabilità pagg.1-3*
- Documenti del XII Congresso Nazionale IPASVI Rimini, 15-16-17 ottobre 1999.
- Gamba Dario: *Rischi professionali: “Malpractice e responsabilità”* Osservatorio Giuridico in Foglio Notizie n.3/maggio- giugno 1999 Federazione Nazionale IPASVI, pagg. 11-14
- Documenti del XII Congresso Nazionale IPASVI Rimini, 15-16-17 ottobre 1999.
- Piazza C.,Magazzù S. “*Confronto tra profili professionali delle professioni sanitarie, alla luce della Legge 26 febbraio 1999 n. 42*, Scenario, 17 (1), 26-30
- Rodriguez Daniele: “*La responsabilità ed in Triade infermieristico*” Scenario, 1999,16 (3), 4-10
- Assistenza Infermieristica e Ricerca 2000, 19,2: articoli di L. Spiani e M. Franceschini e di A. Silvestro, pp. 91-111
- Silvestro Annalisa: “*Le attività delegabili ad altre figure: La percezione degli infermieri*” Assistenza Infermieristica e Ricerca, 2000, 19,2, p. 105
- Fumagalli Emanuele: “*Evidence Based Nursing: istruzioni per l’uso*” Nursing Oggi, 2000, (1):20-24
- Orlandi C. “*Una nuova figura a supporto degli infermieri: l’operatore socio-assistenziale. Risorsa o problema organizzativo?*”Management Infermieristico, 2/2000, 31-35
- Silvestro Annalisa: “Tavola rotonda al Congresso ANIARTI, in Scenario, 2000, 17 (1), 15-37
- Calamandrei C. “*L’inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto*”, Management Infermieristico, n. 4/2001 16-23

- Argo A., Zerbo S., Mazziotti R., Meli M., Procaccianti P. “ *Competenza, confini, responsabilità dell’infermiere alla luce della legge n. 42/99*” Supplemento Scenario 4/2001,- Atti Regionali- 2° Convegno ANIARTI Regione Sicilia,pagg. 3-5
- Drigo Elio “ *Autonomia e responsabilità dell’infermiere con particolare riferimento al profilo professionale, al codice deontologico ed alla formazione di base e post base*”
- Supplemento Scenario 4/2001,- Atti Regionali- 2° Convegno ANIARTI Regione Sicilia,pagg. 1-2
- Motta P.C. “ *Linee guida, clinical pathway e procedure per la pratica infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico*”, Nursing Oggi, 4, 2001, 27-35
- Baldini V., Zironi M., “ *Delega ed Empowerment in ambito infermieristico*”, Management Infermieristico, n. 1/2002, 22-29
- Motta P.C. “ *La standardizzazione delle conoscenze, dei processi e delle attività nell’infermieristica: un inquadramento concettuale e metodologico*”, Nursing Oggi, 4, 2003, 14-20
- Bortolotti S., Fumagalli E., Tettamanti P. Le figure di supporto all’assistenza infermieristica. Elementi conoscitivi e linee guida per l’integrazione nel processo assistenziale” a cura di, Coordinamento Regionale Collegi IPASVI Lombardia

NORMATIVA CONSULTATA

- G.U. 16/9/1991 n. 217 D.M. 26/7/1991 n. 295 “ *Ordinamento dei corsi di qualificazione per l’accesso al profilo professionale dell’operatore tecnico addetto all’assistenza, in applicazione dell’art. 40 3^ comma del decreto del presidente della repubblica 28 novembre 1990, n. 384*
- D.M. 24/9/1994: “ *Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere*”
- G.U. n. 50 del 2/3/99, Legge 26/2/99 n. 42: “ *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*”
- S.G. G.U. n. 208 del 6/9/2000 Legge 10/8/2000 n. 251: “ *Disciplina delle professioni infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica*”
- S.G. G..U. n. 91 del 19/4/2001: Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 22 febbraio 2001: “ *Accordo tra il Ministro della Sanità, il Ministro per la solidarietà sociale e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano per l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’operatore socio sanitario e per la definizione dell’ordinamento didattico dei corsi di formazione*”
- S.O.G.U. n. 128 del 5/6/2001 serie generale Ministero dell’università e della ricerca scientifica e tecnologica: Decreto 2/4/2001 “ *Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie*” “ *Determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie delle professioni sanitarie*” *determinazione delle classi delle lauree specialistiche universitarie nelle scienze della difesa e della sicurezza*” “
- BUR n. 75/2001 Legge regionale del Veneto 16 agosto 2001, n. 20: “ *La figura professionale dell’operatore socio sanitario*”
- G.U. del 10/01/2002 Legge 8/01/2002 “ *Conversione in legge, con modificazioni, del Decreto Legge 12 novembre 2001, n. 402, recante disposizioni in materia di personale sanitario*”