

COLLEGIO IPASVI DI FORLÌ-CESENA
AZIENDA USL DI FORLÌ

“IL LAVORO DIPENDENTE IN SANITA’
dallo spirito di ippocrate al mobbing”

*“L’ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN
SANITÀ: L’INFERMIERE E LA
COMPENSAZIONE.
DOVERE DEONTOLOGICO O LA LOGICA
DELLA DOMINANZA MEDICA?”*

REL. AVV. VALERIO MOSCATELLI

FORLÌ 22 MAGGIO 2010
SALA ZAMBELLI – CAMERA DI COMMERCIO
PIAZZA SAFFI - FORLÌ

BREVE STORIA DELLE PROFESSIONI SANITARIE DELL'800 AD OGGI

Nel settore sanitario si può individuare un vero e proprio “sistema occupazionale” complesso, formato da oltre trenta occupazioni dove agiscono importanti soggetti collettivi, dotati di proprie strategie e non di rado in conflitto tra di loro.

In Italia, alcune di esse sono istituzionalizzate nella forma della professione “intellettuale” e possiedono ordini o collegi professionali, altre, più numerose, godono di una forma diversa di riconoscimento e di regolazione statale, ossia il profilo professionale, che ne definisce il campo di attività ed i requisiti per l'accesso.

Da un punto di vista storico-evolutivo, la divisione del lavoro nel settore sanitario ha attraversato tre grandi fasi.

Nella prima, tra la fine dell'Ottocento e la prima guerra mondiale, la professione medica riesce a creare un mercato dei servizi sanitari e ad acquisirne il controllo, ponendo altresì le fondamenta, sociali e giuridiche, della propria posizione di predominio sulle altre occupazioni sanitarie.

Nella seconda fase, tra gli anni venti e gli anni sessanta, la logica professionale fronteggia con successo la crescita del mercato e l'intervento dello Stato nel settore sanitario, nel quadro dello sviluppo del welfare state, mentre sotto l'ombrello della dominanza medica si sviluppa un processo di proliferazione delle occupazioni sanitarie

A partire **dagli anni Sessanta**, il settore sanitario entra in una terza fase, tuttora in corso, nel quale il professionalismo appare sotto attacco. L'attacco sembra delineare una nuova situazione nella quale ad un parziale declino della dominanza medica si accompagna una crescita dell'autonomia delle altre professioni sanitarie.

Negli ultimi tre decenni il settore sanitario è stato investito da una serie di mutamenti che, nel loro insieme, suggeriscono l'idea che siamo ormai entrati in una nuova fase dove l'idea guida è **la libertà di scelta dell'individuo consumatore**: l'individuo, in quanto consumatore, deve avere la possibilità di scegliere sul mercato quali servizi acquistare, in quale quantità ed a che prezzo.

Il nuovo paziente-consumatore è più istruito, più informato, più riflessivo, quindi più esigente e perfino più aggressivo: è meno fedele ad un singolo medico, più propenso a ricorrere alle medicine “alternative”, all'auto cura. Per i medici, il problema cruciale è la possibilità di mantenere la propria autonomia professionale.

Le altre professioni sanitarie, per lungo tempo, si sono trovate in condizione di pesante subordinazione alla professione medica, dando luogo ad una struttura occupazionale fortemente polarizzata.

Negli anni '90 esse sono state investite da una serie di innovazioni istituzionali senza precedenti, che ha sconvolto l'assetto esistente: l'istituzione dei profili professionali, il passaggio della formazione delle scuole ospedaliere all'università, l'abolizione dei mansionari esistenti e della vecchia denominazione di “professione sanitaria ausiliaria”, sostituita dalla nuova e più dignitosa dizione di “professione sanitaria”.

Per le professioni come gli infermieri, i tecnici di radiologia, i tecnici di laboratorio, i fisioterapisti, la minaccia più pericolosa viene dalla diffusione della logica manageriale.

Essa tende a frantumare le identità professionali esistenti e ad instaurare un'organizzazione del lavoro basata su mansioni e compiti che vengono progettati a tavolino secondo le esigenze sempre mutevoli, dell'organizzazione.

Questo processo di frantumazione delle professioni agisce sia in senso orizzontale, modificando le mansioni esistenti ad uno stesso livello di qualificazione, sia in senso verticale, tra diversi livelli di qualificazione.

LA PROFESSIONE INFERMIERISTICA NEL CONTESTO ATTUALE

L'esercizio della professione infermieristica è entrata a far parte delle “professioni intellettuali” abbastanza recentemente, grazie alla lenta conquista dello status di “occupazione speciale”.

L'infermiere ha acquisito uno status sociale grazie alla razionalizzazione del suo ruolo nella società, esso si è allocato nelle professioni sanitarie secondo criteri “razionali” di competenza e di specializzazione.

L'infermiere è un professionista sanitario con una preparazione universitaria, in possesso di una laurea immediatamente abilitante all'esercizio professionale e dell'iscrizione all'albo professionale e, in quanto tale, è a pieno titolo il responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

Questo è vero dal 1994, anno in cui il ministero della Sanità ha emanato il **D.M. 14 settembre 1994 n. 739**, l'atto che contiene il *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*.

Dando uno sguardo alla legislazione meno recente che ha riguardato l'infermiere si notano con chiarezza tutte le difficoltà, professionali e non, che per oltre un secolo hanno investito la figura infermieristica, nata come *professione sanitaria ausiliaria* e, ancora prima, quale espressione della solidarietà tra le persone.

Infatti, è noto come l'assistenza infermieristica sia sorta per aiutare, sostenere e confortare la persona sofferente e disabile, senza connotarsi da subito come “professione” istituzionalizzata.

Tale attività, nel corso degli anni, ha preso sempre più una sua forma giuridica, fino a far sì che attualmente l'infermiere sia riconosciuto dalla normativa come il solo professionista responsabile in toto dell'assistenza infermieristica.

Il Testo Unico delle leggi sanitarie del 1934, in parte ancora oggi vigente, ha costituito per oltre quarant'anni e fino alla riforma sanitaria introdotta nel 1978 con la legge 23 dicembre 1978 n. 833, la fonte normativa di riferimento del settore sanitario.

L'art. 99 del T.U. assoggettava a vigilanza l'esercizio delle professioni sanitarie, delle professioni sanitarie ausiliarie e delle arti delle professioni sanitarie.

In pratica il T.U. non faceva altro che fornire un mero elenco delle varie professioni sanitarie.

All'epoca le professioni sanitarie cosiddette principali erano costituite dal medico chirurgo, dal farmacista e dal veterinario; le professioni sanitarie ausiliarie erano esercitate dagli infermieri professionali, dagli assistenti sanitari e dalle ostetriche.

I MANSIONARI DEL 1940 E DEL 1974

Occorre arrivare agli **anni quaranta** per vedere pubblicato il “**mansionario**” che resistette sino alla sua abrogazione determinata nel 1999.

Si trattava di una vera e propria determinazione completa e fin troppo dettagliata dei compiti specifici, di carattere perlopiù esecutivo, attribuiti alle infermiere professionali e agli infermieri

generici, seguendo il criterio, assai criticato in futuro, della mera elencazione delle rispettive attività demandate appunto alle due figure.

La concezione sottesa al “mansionario” era quella di una norma rigida, alla quale gli infermieri avevano l’obbligo di attenersi, considerando vietato tutto ciò che non era esplicitamente espresso.

Dalla lettura del “mansionario” del 1940 e anche dall’esame delle modifiche apportate nel 1974 si comprende molto chiaramente il significato del concetto di “**professione ausiliaria**”, ossia di professione che dipende funzionalmente e per la propria stessa legittimazione d’esistenza da un’altra professione sanitaria, quella medica.

Il legislatore è stato sufficientemente chiaro: l’assistenza doveva rimanere “figlia” dell’atto medico e il medico doveva svolgere costantemente la sua attività di controllo, di vigilanza e di supervisione su ogni atto sanitario.

Solamente con le **modifiche apportate al “mansionario” nel 1974** l’assistenza completa all’infermo acquisirà un margine di autonomia in più.

Vengono infatti previste nuove mansioni, quali la programmazione e l’attuazione dei piani di lavoro, l’orientamento e l’istruzione del personale generico ed esecutivo, la partecipazione a riunioni di gruppo e la ricerca sulle tecniche e sui tempi di assistenza.

Il legislatore si è preoccupato di cosa l’infermiere poteva fare “di più” e “di nuovo”, in particolare sotto l’aspetto tecnico, mantenendo però limiti ben precisi e, soprattutto, senza farsi carico della capacità di valutazione del professionista rispetto a quale situazione clinica e a quale persona andasse eseguito quel determinato “fare”.

Significativa di tale assetto è la sentenza del Tribunale di Bolzano che, nel 1980 (3 marzo).

Ebbe a stabilire come “il medico è responsabile dell’organizzazione interna del servizio a lui affidato e deve svolgere attività di controllo e verifica sull’operato degli ausiliari.

Se il medico effettua una prescrizione di farmaci e l’infermiera la trascrive per consegnarla al malato, il primo è tenuto a controllare che la seconda non incorra in errori di trascrizione causativo della morte”.

Nelle realtà operative questi limiti imposti venivano spesso, se non costantemente, superati, in virtù del continuo sviluppo scientifico e tecnologico e delle mutate necessità organizzative.

Pertanto le attività “aggiuntive” o “diverse” da quelle elencate erano da considerarsi attività proprie e di conseguenza di altre professioni, tra cui soprattutto quella medica.

L’ABROGAZIONE DEL MANSIONARIO

Uno dei traguardi o forse dei passaggi sicuramente più significativi valicati dalla professione infermieristica è rappresentato **dall’emanazione “del profilo professionale”, ossia, il D.M. 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere, che affida e riconosce all’infermiere la piena e totale responsabilità del processo di nursing.**

L’infermiere si trasforma in professionista della salute, con responsabilità giuridica sul risultato assistenziale in ambito autonomo e non derivato dalle attività di cui si rende garante.

La vera novità e la rottura rispetto all’agire mansionariale consistono nel fatto che l’obiettivo sarà realizzare un’assistenza basata su un programma ben preciso e non più sulla base della risposta alla “chiamata” del paziente o su attivazione di altre professioni; l’obiettivo dovrà essere la realizzazione di un’assistenza individualizzata, piuttosto che di serie, e di un’assistenza meditata e non più meramente esecutiva.

Il profilo esige che l'infermiere sia in grado di pianificare, di saper programmare e di saper gestire e, soprattutto, sia in grado di porre la centralità della persona assistita come punto di riferimento del suo agire.

Quindi è chiaro come l'infermiere, non più professionista ausiliario, può compiere qualunque tipo di intervento di carattere sanitario-infermieristico per il quale non solo abbia ricevuto la necessaria preparazione, ma abbia la consapevolezza di poterlo svolgere con competenza.

Il profilo ha quindi permesso all'infermiere di passare dal prestare "assistenza al medico" al prestare "assistenza al malato", superando così quell'aspetto di limitata o semiautonomia a cui corrispondeva necessariamente una limitata responsabilità, circoscritta alla corretta esecuzione delle tecniche e delle procedure affidategli, lasciando che fosse il medico l'unico e solitario responsabile del malato.

E' con la **legge 26 febbraio 1999 n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie**, che la professione infermieristica diviene professione sanitaria a tutti gli effetti e non più ausiliaria, ossia subordinata ad altre professioni.

La legge 42/1999 ha inoltre determinato l'abrogazione del mansionario stabilendo così la nascita di una nuova figura di professionista dell'assistenza non più mero esecutore di atti programmati e "prescritti" da altri, oramai inadeguati e insufficienti per dare risposte qualitative in termini di assistenza, ma un professionista titolare delle scelte che lui, e lui solo, seppure all'interno dell'equipe in cui si muove, è in grado di assumere responsabilmente e che rappresentano il suo impegno nei confronti del cittadino che assiste.

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO IN SANITA'

L'infermiere è un professionista intellettuale, con una preparazione universitaria e con una funzione oggi insopprimibile tanto all'interno del contesto organizzativo del SSN quanto nelle realtà private, in grado di sviluppare le sue competenze dall'assistenza di base alla docenza e alla dirigenza dei servizi.

Deve essere, allora, in grado di adeguarsi alle tendenze in atto all'interno delle aziende sanitarie che hanno oggi come obiettivo primario la soddisfazione del cliente, che altro non significa se non tendere all'obiettivo principale che è il miglioramento dello stato di salute dell'utente, la razionalizzazione delle risorse interne, la flessibilità e l'innovazione.

L'infermiere che si sa confrontare con l'organizzazione nella quale opera è consapevole che non deve più preoccuparsi di svolgere determinati compiti, ma è piuttosto cosciente del suo ruolo di professionista che sviluppa le proprie competenze "per guidare in direzione degli obiettivi istituzionali altri operatori sui quali esercita un'autorità formalmente riconosciuta o almeno ascendente" (Calamandrei C.)

Rendere efficiente una struttura sanitaria ottimizzando i processi di assistenza è uno dei compiti a cui è chiamato l'infermiere moderno, e ciò è confermato anche dalla recente metodologia della **clinical governance**, definita come "il sistema attraverso il quale le organizzazioni sono responsabili del miglioramento continuo della qualità dei loro servizi e della garanzia di un elevato standard di prestazioni creando un ambiente in cui si sviluppi l'eccellenza clinica".

Il contesto organizzativo entro il quale si muove l'infermiere è il sistema delineato dal **D.Lgs 502 del 1992** e successive modificazioni, che ha prodotto due fenomeni fondamentali:

- **la riorganizzazione delle USL** attraverso la loro trasformazione in Aziende con personalità giuridica ed autonomia;
- **la valorizzazione del ruolo normativo delle regioni.**

Il ruolo di sempre maggior autorevolezza che l'infermiere ha assunto all'interno del sistema sanitario nazionale è stato determinato, tra le altre, dall'entrata in vigore della **legge 251/2000**.

È indubbio come tale legge abbia ulteriormente rafforzato il ruolo dell'autonomia professionale delle professioni sanitarie, impegnando lo Stato e le regioni a promuovere la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni stesse, al fine di contribuire alla realizzazione del diritto alla salute e al processo di aziendalizzazione del SSN.

La legge 251/2000 vuole vedere realizzato un professionista responsabile dei processi assistenziali, che sia in grado non solo di prendersi cura della persona, tale dovendo essere il suo mandato, ma anche capace di svolgere una funzione fondamentale all'interno delle diverse articolazioni del sistema salute.

Attribuire agli infermieri la diretta responsabilità e la totale gestione dell'assistenza infermieristica significa delineare in maniera chiara una linea funzionale di tutto il personale infermieristico.

LA SICUREZZA NELL'ORGANIZZAZIONE

Non è raro che agli infermieri venga richiesto di lavorare, per esempio, per altri professionisti piuttosto che per i pazienti, le famiglie o la collettività.

In tutti i casi è sempre presente il rischio che ragioni economiche ritenute, a torto, prevalenti, rispetto al dovere di mantenere elevati standard di qualità delle prestazioni, possano compromettere il buon funzionamento del servizio erogato.

L'art. 48 del Codice deontologico stabilisce che “L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito”.

Il lavoratore è corresponsabile unitamente al datore di lavoro, della propria sicurezza e nel contempo responsabile della sicurezza degli assistiti.

Deve prendersi cura della propria salute e sicurezza e di quella delle persone che sono presenti nel suo luogo di lavoro, su cui ricadono gli effetti delle sue azioni od omissioni, conformemente alla sua formazione, alle istruzioni e ai mezzi fornitigli dal datore di lavoro.

Si tratta di un obbligo cautelare specifico, la cui violazione integra un addebito a titolo di colpa specifica, con gli effetti, in caso di danno alle persone, di cui agli articoli 589, 2° comma, e 590 3° comma del codice penale.

Ovviamente rimane fermo il principio secondo cui, di norma, la responsabilità dell'organizzazione (intesa in questo contesto come il datore di lavoro) non è esclusa da comportamenti negligenti, trascurati, imperiti del datore di lavoro, che abbiano contribuito al verificarsi dell'infortunio.

Ciò in quanto il datore di lavoro ha l'obbligo di esigere che il dipendente rispetti le regole di cautela, dal momento che è proprio il datore di lavoro a essere “garante” anche della correttezza dell'agire del lavoratore.

Nell'odierno contesto gestionale delle strutture sanitarie, che fa leva sulle capacità manageriali dei professionisti a ogni livello di responsabilità, per la creazione di un sistema di sicurezza e di salute intesa in senso ampio non solo nei confronti dell'utenza ma anche dei lavoratori stessi, diventa allora un impegno non solo di natura deontologica ma strettamente giuridico il “comunicare ogni situazione che possa tradursi in una carenza o in un disservizio.

Comunicare vuole anche dire responsabilizzare il soggetto che ha il potere/dovere di assumere quelle iniziative e prendere quei provvedimenti idonei a risolvere la situazione di inefficienza.

LA RESPONSABILITA' ORGANIZZATIVA

La giurisprudenza, tanto di legittimità quanto di merito, sempre più severa nei confronti di una vera o presunta *malpractice* sanitaria, intesa come non solo medica ma anche infermieristica, è orientata, in misura sempre maggiore, a ricercare una responsabilità della struttura sanitaria per “carenze organizzative e di dotazioni strumentali”.

Quindi, a fianco di una responsabilità del singolo professionista e della struttura per non corretta esecuzione dell'attività di cura/assistenza in senso lato, si pone una **responsabilità per inefficiente organizzazione dell'attività sanitaria.**

Nasce, quindi, una responsabilità della struttura sanitaria in caso di danno provocato dalla insufficiente organizzazione o dalla inefficienza della struttura stessa.

La struttura risponde del danno prodotto dalla sua disorganizzazione, quale danno conseguente alla violazione dell'obbligo accessorio, connesso alla prestazione principale, di non recare danno ingiusto al paziente per omissione di diligenza nel predisporre gli strumenti necessari all'esatto adempimento della prestazione sanitaria.

Diviene fondamentale, allora, il rendere partecipi, e quindi segnalare mediante un'adeguata informazione, i propri responsabili professionali, circa ogni situazione di carenza o di disservizio proprio per le ripercussioni che tali situazioni possono avere in ordine ai vari ambiti di responsabilità e per evitare proprio che la disfunzione della struttura si traduca in colpa per il professionista, reo di non aver comunicato e, quindi, sollecitato un intervento doveroso.

LA COMPENSAZIONE

Secondo il vocabolario della lingua italiana dell'Istituto della Enciclopedia italiana per

Compensazione si intende “l'atto di compensare, di ristabilire un equilibrio”, laddove per “compensare” si attribuisce il significato di **ristabilire un equilibrio supplendo a un difetto.**

Secondo Calamandrei e Orlandi sono **comportamenti di compensazione** “*quei comportamenti discrezionali che, in assenza di caratteristiche definite dalla struttura di base o dei meccanismi operativi, costituiscono un rimedio organizzativo che tende a far raggiungere ugualmente all'organizzazione i suoi scopi, in modo intuitivo, personale e non pianificabile.*”

E ancora “*un'organizzazione che ricorra ampiamente ai meccanismi di compensazione affida gran parte del proprio funzionamento al buon senso dei suoi componenti, o meglio, di quelli che sono più capaci di improvvisare all'interno delle regole esistenti*”.

Una certa qual presenza di meccanismi di compensazione è accettabile, in quanto all'interno di un'organizzazione la gestione dell'imprevisto deve trovare soluzione, ove occorra, nell'iniziativa personale.

Anzi, quando vengono messi in atto meccanismi compensativi accettabili o fisiologici, si ottengono spesso miglioramenti innovativi e creativi nel funzionamento dell'organizzazione.

Tuttavia, l'impegnarsi in maniera costruttiva ed efficace nel tentativo di **far fronte a quelle situazioni eccezionali (perché di queste e solo di queste si tratta) che riguardano carenze o disservizi in cui la struttura in via del tutto straordinaria può venirsi a trovare per i più svariati fattori, non significa accettare la compensazione quando da eccezionale si trasforma in abituale o ricorrente o, finisce con il danneggiare, in via sistematica, il mandato professionale.**

Si tratta, in altre parole, non tanto di accentrare il problema delle carenze o dei disservizi, quanto piuttosto di offrire all'infermiere, sul quale rischiano poi di ricadere in maniera negativa tali situazioni, gli strumenti positivi per la sua miglior tutela.

Il richiamo, in via del tutto preliminare, va fatto a quelle norme del “**Testo unico delle disposizioni concernenti lo statuto degli impiegati civili dello Stato**”, ossia il **D.P.R. 3/1957**.

L'art. 16 “Doveri verso il superiore”, afferma che: l'impiegato deve eseguire gli ordini che gli siano impartiti dal superiore gerarchico in merito alle proprie funzioni o mansioni.

Quando l'impiegato rilevi difficoltà o inconvenienti derivanti dagli ordini impartiti deve riferirne in via gerarchica, formulando proposte a suo avviso opportune per rimuovere difficoltà o inconvenienti.

Oggi la “gerarchia”, come logica di lavoro è decisamente superata, dovendosi piuttosto fare riferimento e affidamento al riconoscimento delle autonomie tecnico-professionali, secondo le indicazioni date dal **D.Lgs. 502/92 e dalla Legge 251/2000**, e ai concetti di “**collaborazione e corresponsabilità**”, piuttosto che di linee gerarchiche.

E' ovvio che in tale contesto diventa importante **il saper rispettare le reciproche competenze**.

E' indubbio, comunque, che a carico del dipendente, tanto pubblico quanto privato, gravano una serie di obblighi volti a garantire l'esatto adempimento della prestazione dovuta.

L'art. 17 del T.U., intitolato “Limite al dovere verso i superiori”, stabilisce che:

L'impiegato al quale, dal proprio superiore, venga impartito un ordine che egli ritenga palesemente illegittimo, deve farne rimostranza al proprio superiore dichiarandone le sue ragioni.

Se l'ordine è rinnovato per iscritto l'impiegato ha il dovere di darvi esecuzione.

L'impiegato non deve comunque eseguire l'ordine se esso sia vietato dalla legge penale.

Il CCNL del Comparto sanità, a sua volta, **all'art. 28** elenca **gli “Obblighi del dipendente”**, disponendo, tra gli altri che:

Il dipendente deve eseguire le disposizioni inerenti all'espletamento delle proprie funzioni o mansioni.

Se ritiene che la disposizione sia palesemente illegittima è tenuto a darne immediata e motivata contestazione a chi l'ha impartita, dichiarandone le ragioni; se la disposizione è rinnovata per iscritto ha il dovere di darvi esecuzione salvo che la disposizione sia vietata dalla legge penale o costituisca illecito amministrativo.

In altri termini viene garantito al dipendente il c.d. **diritto di rimostranza** che autorizza il dipendente, il quale ritenga di essere destinatario di un ordine di servizio palesemente illegittimo, di farne appunto rimostranza a chi l'ha impartito, specificandone le ragioni.

Se però l'ordine viene rinnovato per iscritto, il dipendente deve darvi esecuzione, avendo il dovere di non eseguire l'ordine qualora il comportamento ordinato costituisca fatto penalmente punibile o illecito amministrativo.

Parlando di compensazione non possiamo evitare di aprire una parentesi **sull'istituto della reperibilità** il quale rischia di vanificare l'efficacia delle disposizioni che sono state introdotte per garantire ai lavoratori adeguati tempi di recupero.

Emblematico il caso di G.C., 39 anni, infermiere del reparto di Nuorochirurgia dell'Ospedale Civile di Sassari:

1) in servizio 7,00 – 14,00

- 2) smonto intorno alle ore 14,30
- 3) chiamata in reperibilità alle ore 16,00 circa
- 4) arrivo in sala operatoria alle ore 17,00 circa
- 5) inizio intervento ore 20,00 poiché le sale erano impegnate
- 6) termine intervento all'alba del nuovo giorno
- 7) ore 7,00 smonto dal servizio

Sulla strada di casa un colpo di sonno, lo schianto e la conseguente morte dell'infermiere.

Tale fatto accade il 14 gennaio 2003 poco mesi dopo entrerà in vigore il **D.Lgs. 66/2003** il quale **all'art. 7** recita: *“Ferma restando la durata normale dell’orario settimanale, il lavoratore ha diritto a 11 ore di riposo consecutivo ogni 24 ore.*

Il riposo giornaliero deve essere fruito in modo consecutivo fatte salve le attività caratterizzate da periodi di lavoro frazionati durante la giornata, o da regimi di reperibilità.”

Articolo così modificato dal Decreto Legge 25 giugno 2008, n.112.

GLI AMBITI DI AUTONOMIA

L'autonomia dell'infermiere è suddivisibile in due livelli:

- un livello di piena autonomia e quindi di totale discrezionalità;
- un livello di parziale autonomia e quindi di limitata decisionalità.

Sasso e Bagnasco definiscono questi due livelli come *indipendente e interdipendente*, stabilendo che per *“assistenza infermieristica indipendente si intende la completa autonomia e indipendenza dell’infermiere nell’esprimere giudizi e assumere decisioni sullo stato di salute del paziente”* mentre *“l’assistenza infermieristica interdipendente con altre figure professionali si riferisce alla collaborazione esistente tra operatori con ruoli professionali diversi in cui si distinguono varie aree di responsabilità e di competenza”*.

Anche **Carpenito-Moyer** descrive le due situazioni nelle quali l'infermiere opera, una in autonomia e una in collaborazione.

Nei casi in cui l'infermiere opera in totale autonomia può definirsi **“prescrittore”**, quando invece opera interagendo con altre professioni può essere definito “collaboratore”.

In riferimento alla realtà normativa e professionale italiana, si può certamente affermare che **l'infermiere è un prescrittore** quando applica e governa il processo assistenziale, ossia quando (come descritto dal profilo professionale) identifica in bisogni assistenziali, formula gli obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale.

In questi casi la pianificazione assume valore prescrittivi, dal momento che guiderà l'infermiere e di conseguenza il paziente, i familiari e gli operatori di supporto, negli interventi che dovranno essere attuati.

Laddove le conoscenze, le competenze e le abilità dell'infermiere, nonché il quadro giuridico di riferimento impongano un limite a tale autonomia (nei casi in cui l'intervento infermieristico non possa, da solo, risolvere il problema dell'assistito) si entra nel campo “collaborativo”.

In questo caso l'infermiere non è più colui che pone in campo le decisioni principali per il miglioramento dello stato di salute della persona, ma piuttosto colui che accoglie e mette in atto anche le decisioni di altri professionisti, in primo luogo quelle del medico.

Nel caso di interventi prescritti dal medico, l'infermiere potrà comunque decidere le modalità e gli strumenti più adatti per mettere in atto tale prescrizione; l'infermiere cioè non deciderà quale prescrizione, ma come attuarla.

Anche di fronte a una prescrizione medica l'infermiere dovrà mantenere capacità di giudizio autonomo, ovvero prevedere la possibilità di non attuare la prescrizione qualora le condizioni della persona assistita si siano modificate o non consentano l'attuazione in sicurezza.

Nella pratica quotidiana l'infermiere si trova spesso a dover decidere se il problema della persona assistita sia risolvibile con interventi autonomi o se sia necessario l'intervento del medico.

Nell'ambito di un assetto normativo qual è quello attuale che pone indicazioni ma non elenchi di attività valide per tutti, l'orientamento a cosa l'infermiere sia realmente abilitato a fare viene fornito, nella pratica, dalle competenze, dalle conoscenze e dalle abilità che quel determinato professionista possiede.

Pertanto non è più una domanda generale: "può l'infermiere compiere questa o quella azione?", ma diventa un interrogativo personale, una sorta di consapevolezza soggettiva che il professionista deve saper attivare prima di tutto con una riflessione su di sé.

E' chiaro che ci si viene a trovare di fronte ad un "modello di azione incerto", in quanto non è definito a priori e una volta per tutte, ma si rinnova ogni volta che cambia la situazione clinica, organizzativa ed assistenziale.

In tale contesto come si deve muovere l'infermiere?

La risposta non può essere ricercata unicamente nel profilo dell'infermiere e nel codice deontologico in quanto questi non possono contemplare tutte le singole situazioni ed i casi particolari ed essere quindi utilizzati come univoci strumenti di indirizzo.

Il solo professionista deve saper decidere se in quel determinato ambito operativo e alla luce dei criteri guida potrà essere in grado di agire e assumersi le conseguenti responsabilità.

L'INFERMIERE DA ESECUTORE A PRESCRITTORE

Nell'attuale contesto normativo e culturale il passaggio dall'essere "esecutore" a "prescrittore" è soggetto a critiche e conflitti con altre professioni.

Con l'espressione "**prescrizione infermieristica**" ci si riferisce a quegli interventi assistenziali che l'infermiere decide di mettere in atto dopo aver valutato il bisogno, individuato il problema e stabilito obiettivi per la risoluzione.

All'interno di un piano di assistenza l'infermiere può, ad esempio, prescrivere il "piano di idratazione", le modalità e i tempi di insegnamento nel caso di auto-somministrazione di insulina, può scegliere l'uso di presidi per la prevenzione o il trattamento di lesioni cutanee ecc...

Tutte queste sono azioni non secondarie, che concorrono direttamente al miglioramento delle condizioni dell'assistito e a migliorare la sua qualità di vita e che non hanno minor importanza rispetto ad un farmaco o ad un intervento chirurgico.

E' palese, dunque, che il concetto di prescrizione è destinato ad allargarsi, prevedendo non solo interventi assistenziali, ma anche la scelta sull'utilizzo di presidi e ausili che supportino tali interventi.

Il profilo prevede, inoltre, che l'infermiere possa avvalersi, "ove necessario", dell'opera del personale di supporto, lasciandogli spazio di decisione laddove ritenga necessario tale intervento (quando l'intervento è definito semplice dal punto di vista tecnico, quando è richiesta bassa discrezionalità, quando l'operatore ha le competenze per metterlo in atto).

In questi casi è l'infermiere che decide gli interventi e quali/come/quando attribuirli all'operatore sociosanitario.

In questo caso la responsabilità della corretta prescrizione rimane in capo all'infermiere, mentre sarà responsabilità dell'operatore di supporto la corretta effettuazione delle azioni previste.

Per il Tribunale di Torino, nella persona del G.I.P. commettono il **reato di rifiuto di atti d'ufficio p.p. dall'art. 328 c.p.** due medici che, in servizio notturno di guardia all'interno dell'Ospedale, danno disposizioni verbali agli infermieri senza recarsi al letto del paziente.

I fatti risalgono al 1999 quando dalla documentazione acquisita presso la Direzione Sanitaria dell'Ospedale emergevano turni coperti senza soluzione di continuità sino a 18 ore consecutive grazie alla somma del turno programmato con quello quale "medico gettonista".

Il fenomeno caratterizzava soprattutto i medici anestesisti il cui numero era insufficiente per coprire il servizio sulla base della normale programmazione.

I due medici imputati (e condannati) erano fra quelli che nei mesi di agosto e settembre '99 avevano effettuato più turni pagati "a gettone" e si accertava che nel mese di settembre, uno di essi, in un'occasione, dopo il turno di notte aveva la mattina successiva svolto il turno diurno di otto ore in sala operatoria e che un altro medico aveva cumulato turno notturno e turno ordinario per 18 ore di seguito.

Negli ultimi mesi alcune infermiere avevano comunicato che, durante l'orario notturno, vi erano stati dei problemi con i Medici imputati in quanto, allorché si recavano a chiedere supporto medico agli stessi, non ricevevano la dovuta disponibilità perché dormivano e non volevano essere disturbati, si limitavano a dire "fai tu" demandando con questa risposta all'infermiere professionale la valutazione ad esempio sul caso di "estubare" un paziente operato al quale era stato applicato il by pass, mentre trattandosi di malati con un quadro clinico complesso, queste valutazioni dovevano essere assunte solo ed esclusivamente dal medico anestesista o dal cardiocirurgo.

Le infermiere avevano dovuto comunque affrontare le varie esigenze di natura assistenziale e medica sulla base dell'esperienza personale, in alcuni casi i due medici in questione erano stati letteralmente costretti dalle infermiere a svolgere le proprie mansioni, riferendo che uno dei medici, per evitare di essere svegliato, durante la notte dormiva con i tappi auricolari e la mascherina sugli occhi.

Il comportamento dei due medici imputati quale risulta dalle dichiarazioni delle infermiere integra senz'altro il reato di cui all'art. 328 c.p. costituendo infatti un'inerzia omissiva, si deve infatti ribadire ancora una volta che si è in presenza di malati ad elevato rischio con un quadro evolutivo imprevedibile per cui non è possibile delegare al personale infermieristico interventi che richiedono una valutazione personale del medico della situazione del paziente da effettuare al suo capezzale, che vi è quindi stato un rifiuto indebito di atti dovuti da compiere senza il minimo ritardo, in modo indifferibile.

Quando la difesa degli imputati osserva che l'attività del medico è discrezionale e non sindacabile cade in un equivoco, è vero che il medico ha piena libertà nella scelta terapeutica, cioè nel tipo di terapia da adottare, non rientra invece nella sua discrezionalità la decisione di esaminare o meno personalmente la situazione del paziente specie nel caso in esame.

Il caso pratico sopra riportato pone una serie di interrogativi attuali all'interno del **rapporto tra medici ed infermieri in settori particolari e delicati come quelli intensivistici e dell'area critica**, soprattutto alla luce della riforma dell'esercizio professionale degli infermieri.

Si pongono diversi problemi di competenze mediche, infermieristiche e di delega di funzioni.

Non vi sono dubbi in merito all'ascrivibilità alla professione medica di alcune importanti decisioni sul paziente in generale e sul paziente critico in particolare: l'impostazione terapeutica, la decisione sui parametri della ventilazione del paziente, la decisione sull'intubazione e sull'estubazione ecc.

Questi sono indubbiamente atti medici che, in ossequio alla normativa vigente, non possono in alcun modo essere delegati, stante il preciso divieto posto dall'art. 1 della legge 42/1999 di porre in essere atti medici da parte di chi medico non è.

Dopo la decisione medica (con relativa prescrizione in cartella) sono atti che possono essere messi in atto dall'infermiere? La taratura di un apparecchio, l'estubazione di un paziente sono atti che rientrano nella competenza di un infermiere di area critica oppure abbisognano sempre della mano o quanto meno della presenza del medico durante l'effettuazione?

Sono domande che non è corretto porsi in astratto, ma andrebbero calate nella singola realtà e in riferimento alla preparazione del singolo professionista, così come richiede la legge 42/1999.

Non vi sono dubbi sul fatto che si rende comunque necessario stabilire un patrimonio cognitivo minimo per chi esercita in determinati ambiti e che le manovre in questione siano da tempo patrimonio comune dei professionisti infermieri presenti nei settori intensivistici.

Questi atti, più semplicemente, non sono da considerarsi medici in senso stretto, bensì atti sanitari che sono di competenza di più professionisti.

Dall'approvazione della legge 42/1999 il concetto di atto medico deve essere profondamente ripensato.

Deve, infatti, essere ricordata la fondamentale distinzione in campo terapeutico nelle professioni sanitarie: **al medico** compete la decisione da assumersi con atto prescrittivi, **all'infermiere il compito di "garantire la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche"** così come recita il D.M. 14 settembre, ameno che l'atto prescrittivi implichi abilità manualità e conoscenze tipiche ed esclusive della professione medica.

Queste ultime sono proprio oggetto di una profonda riflessione, visto che alcuni atti, fino a ieri considerati di stretta natura medica, o addirittura medico specialistica, sono oggi del tutto consentiti a persone non appartenenti all'ambiente sanitario.

LE PROFESSIONI SANITARE E IL CONCETTO DI DOMINANZA MEDICA

Le occupazioni sanitarie sono passate da nove alla fine dell'Ottocento a oltre trenta all'inizio degli anni 2000; al loro interno alcune di esse si sono specializzate creando delle identità a se stanti e strategie proprie.

Due elementi fra le ragioni all'origine di tale sviluppo:

- la necessità di suddividere il "sapere medico" su più soggetti;
- la necessità di rispondere a una crescente domanda di prestazioni e servizi sanitari.

Lo sviluppo della scienza medica è tale che già da lungo tempo è maturata la consapevolezza che non può essere gestito da un solo gruppo professionale.

In questo processo di "trasferimento di compiti" ad altre figure il filo conduttore è quello di far compiere ad altri attività considerate come non cruciali o ausiliarie:

- **compiti tecnici:** considerati lontani dal processo diretto di cura o legati alla conoscenza e di macchinari;
- **compiti assistenziali:** che liberano tempi di lavoro e permettono di concentrarsi su altre attività;
- **compiti organizzativi:** che precedono, facilitano o seguono le attività mediche e ne aumentano l'efficienza;
- **compiti pericolosi:** a contatto con sostanze potenzialmente rischiose per la salute del lavoratore.

Dal trasferimento di queste tipologie di attività avrebbero avuto origine, ad esempio, le professioni di tecnico di laboratorio e di radiologia, odontotecnico, infermiere, ostetrica, fisioterapista, logopedista ecc.....

Le occupazioni "non mediche" sarebbero quindi un'evoluzione della professione medica, che ne deterrebbe un controllo indiretto.

Si fa strada così il concetto di **dominanza medica**, alla base delle teorizzazioni di Freidson e Tousijn.

Eliot Freidson ne fa l'elemento centrale della suddivisione del lavoro in ambito sanitario e del rapporto con i pazienti.

La professione medica risulta dominante almeno su questi due soggetti collettivi: le persone che si rivolgono a essa e le persone che vi lavorano a stretto contatto.

I pazienti sono molto influenzati dall'autorità del medico supportata dalla sua posizione giuridica e dal monopolio di azioni quali certificare lo stato di malattia, effettuare interventi chirurgici, stabilire le terapie ecc....

Le altre professioni pur attuando processi propri di professionalizzazione devono, in ogni caso fare i conti con l'autonomia, la responsabilità, l'autorità e il prestigio della figura medica.

Negli ultimi decenni, in realtà, è in atto un dibattito sull'evoluzione del concetto di dominanza medica e sulle possibilità di un suo declino dovuto a diversi fattori quali:

- l'evoluzione della normativa e delle riforme del servizio sanitario hanno posto maggior attenzione sugli aspetti economici e sui costi della medicina, influenzando così le scelte diagnostico-terapeutiche e imponendo maggiori controlli sull'operato del medico;
- la crisi del modello paternalistico del rapporto medico-paziente induce le persone a modificare i loro comportamenti cercando soluzioni alternative, facendo maggiori richieste e pressioni ed esercitando un potere nuovo con maggior consapevolezza;
- i maggiori livelli di autonomia raggiunti dalle altre comunità professionali, a seguito della necessità di un approccio multiprofessionale ai problemi degli assistiti, influiscono sulla suddivisione del potere creando nuovi spazi ed equilibri.

Tousijn differenzia quattro livelli di dominanza:

- 1) **DOMINANZA FUNZIONALE**: è fondata sull'attribuzione in via esclusiva ai medici, nell'ambito del complessivo processo di produzione della cura, delle funzioni chiave: la diagnosi e la scelta della terapia. Difficile, ma percorribile, per la professione infermieristica, la possibilità di diagnosi infermieristica intesa come individuazione di un fondamentale bisogno di assistenza e cura, la cui risposta può essere data esclusivamente dal professionista infermiere, quale detentore delle conoscenze scientifiche e tecniche e delle abilità pratiche atte a produrre una risposta efficace alla domanda di assistenza.
- 2) **DOMINANZA GERARCHICA**: è il risultato della divisione verticale del lavoro all'interno di strutture organizzative più o meno complesse. E' ancora difficile per la professione infermieristica liberarsi da questa "sudditanza" in quanto il potere gerarchico medico esercita la sua funzione organizzativa.
- 3) **DOMINANZA SCIENTIFICA**: si esplica attraverso una rigida ed attenta difesa, da parte della professione medica, del potere di definire gli ambiti e le competenze della medicina stessa in quanto scienza
- 4) **DOMINANZA ISTITUZIONALE**: è dimostrata dalla presenza di medici all'interno degli organi di governo delle organizzazioni sanitarie e delle istituzioni formative.

La strada da percorrere per una vera professionalizzazione dell'infermiere è quella della definizione sempre più dettagliata delle competenze, basata su un solido corpus di conoscenze scientifiche-tecniche libero dall'influenza medica.

Avv. Valerio Moscatelli

