

# L'infermiere e la clinica: limite o responsabilità?

*The nurse and the clinical practice: limit or responsibility?*

Elio Drigo, Componente Comitato Direttivo Aniarti

## Riassunto

La responsabilità clinica dell'infermiere si sta profilando come un fattore di criticità nei rapporti con la professione medica. Le ragioni vanno cercate soprattutto nella profondità e rapidità dell'evoluzione delle conoscenze disponibili, nella diffusione delle competenze necessarie allo svolgimento razionale delle attività connesse alla protezione della salute e negli indispensabili adeguamenti dell'organizzazione del sistema sanitario e dunque degli operatori.

L'articolo espone alcuni argomenti a supporto della competenza clinica anche dell'infermiere ed alcune proposte metodologiche per il superamento dell'idea di responsabilità clinica esclusiva e per la concezione di una responsabilità condivisa derivante da quelle competenze che di fatto, sono condivise. Viene anche indicata la necessità di un'impostazione di relazioni interprofessionali basate sull'integrazione piuttosto che su una insostenibile gerarchia delle professioni.

**Parole chiave:** Infermiere, Responsabilità Clinica, Competenza Clinica, Relazione Interprofessionale

## Abstract

The clinical responsibility of the nurse is becoming a critical factor in the relationships with the medical profession. The reasons have to be found mostly in the deep and rapid evolution of the available knowledge, in the diffusion of the competences needed for the rationale activities connected with the health protection and the indispensable adjustments of the organisation of the health system and thus, of the health professionals.

The article presents some arguments supporting the clinical competence also for the nurse and some methodological proposals in order to overcome the idea of the clinical responsibility as exclusive and for a conception of a shared responsibility as a result from those competencies that are shared in the daily practice. It is also shown the need for interprofessional relationships based on the integration instead of on an untenable hierarchy of the professions.

**Key words:** Nurse, Clinical Responsibility, Clinical Competence, Interprofessional Relationship

**P**erché parlare di *responsabilità clinica* dell'infermiere? Forse perché la clinica è competenza specifica dell'infermiere di area critica? Per una riaffermazione di posizioni nello scacchiere della gerarchia delle professioni? Per nessuna di queste due ragioni. La competenza clinica non è *specifica* dell'infermiere, anche se è parte essenziale della sua professionalità. La competenza dell'infermiere si colloca molto di più nella sfera delle relazioni con la persona e gli operatori, visto che deve garantire l'assistenza e quindi il miglior risultato complessivo delle cure.

Gli infermieri usano dire che l'assistenza consente di garantire l'espletarsi di tutte le altre competenze: diagnosi e terapia comprese. Non si discute sul fatto che la porzione clinica della competenza debba essere elevata, in evoluzione e pertanto richiede una costante, equilibrata ricollocazione nel sistema. La clinica rimane *relativamente specifica* per l'infermiere.

Questa ricollocazione diventa urgente da definire, sia per una omogeneità e chiarezza di pensiero della professione

e sia, dobbiamo dirlo con realismo e serenità, per l'incomprensibile resistenza a questa evoluzione, che registriamo nella compagine medica del sistema. Dirimere la questione non è certo semplice: sono in gioco fattori culturali, sociali, conseguenze organizzative, visioni antropologiche e concezioni della medicina e del servizio per la salute. Inoltre, una disponibilità a trasformazioni radicali di strutture e ruoli, che fino a qualche anno fa erano rigidi ed erano stati assunti come inamovibili. Anche da qui la fatica che si registra, anche da parte nostra di infermieri, che dobbiamo rielaborare e convertire modelli cui siamo stati educati.

Per quanto riguarda la seconda ragione che escludiamo, pare fuori luogo continuare a ragionare in termini di gerarchia delle professioni.

Le organizzazioni stanno andando in un'altra direzione. È la complessità dei problemi affrontati a guidare i sistemi e le modalità organizzative finalizzate alla soluzione più ragionevole. Continuare a difendere l'esclusività su porzioni di attività ci sembra un discorso da tempo superato dai fatti.

## EDITORIALE

Pervenuto il 22/06/2011

Accettato il 09/07/2011

L'AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE  
ELIO DRIGO, edrigo@aniarti.it

Intendiamo guardare oltre; al futuro già cominciato. Nessuna rivendicazione, ma una puntualizzazione, oggi, sullo stato della professionalità dell'infermiere. Questo sì. Con chiarezza e la giusta determinazione.

Il nostro obiettivo è affrontare questa criticità, analizzarla, valutare la realtà, chiarire le zone d'ombra e proporre percorsi nuovi di riflessione, di elaborazione, di sperimentazione, di pratica. Sta diventando cruciale questo tema, perché si stanno acuendo situazioni finora latenti di scarsa chiarezza sulle competenze e a fronte di una costanza di difficoltà nell'affrontare situazioni complesse.

Il superamento di questa criticità di oggi nel sistema sanitario e delle professioni, consentirebbe di sbloccare energie e competenze importanti e convertire intere strutture e sistemi a finalità che riescano ad essere all'altezza delle richieste avanzate di cittadini di un mondo molto cambiato e cambiato molto rapidamente.

Abbiamo visto e dichiarato, noi infermieri di Aniarti, perché oggi, nel nostro mondo ipertecnologico, è essenziale richiamare tutti, operatori, agenti culturali, politici, cittadini, alla concretezza ed alla indispensabilità dell'assistenza per la comunità. Dobbiamo ridefinire il ruolo dell'infermiere in questa questione critica, vista la fatica che fa ad affermarsi. L'infermiere e la clinica: dove si collochi il limite ed in che cosa consista la responsabilità.

Sono necessarie delle riflessioni sulle risorse, sulla crucialità del ruolo che queste giocano anche per la salute e per la vita delle persone soprattutto se guardiamo a livello planetario, ci saranno stimolazioni anche sulla figura del cittadino esigente.

Ci siamo posti *alcuni interrogativi*, tentando di dare degli spunti per riflessioni e per proposte che possano trovare concretezza nel prossimo futuro.

Nell'evoluzione della medicina, è ancora sostenibile una *esclusività* del medico sulla competenza e sulla responsabilità per gli aspetti clinici anche del *"prendersi cura"* o è più ragionevole - considerata l'estensione degli interventi necessari per risolvere problemi di salute e di situazioni personali sempre più

complesse - praticare una responsabilità, almeno in parte, diffusa fra più professionisti?

L'approccio e la gestione dei problemi di salute, considerato il livello di complessità e la loro collocazione nei sistemi attuali, richiedono conoscenze, competenze, energie e risorse non disponibili all'interno di una sola professione. È chiaro che la medicina oggi ha la possibilità, ed è anche costretta, ad affrontare processi diagnostici e terapeutici in espansione in tutte le direzioni. È la capofila di questi percorsi e ne ha la responsabilità.

Tali percorsi muovono però sistemi estesi. Ma la medicina non è l'unico agente in campo: sempre di più il ricorso ai trattamenti medici è subordinato dal livello di consapevolezza delle persone. Molte altre attività, sono indispensabili affinché un processo diagnostico e terapeutico possa rimanere rispondente ai propri fini. Tra queste, quella assistenziale risulta la più diffusa e trasversale a qualunque ambito dei servizi per la salute. In questo senso e solo in questo senso, l'assistenza diventa *"complementare"* all'attività medica. Ma le responsabilità dell'ambito assistenziale sono legate al referente dell'assistenza: l'infermiere. Non devono né possono essere ritenute dipendenti dalle decisioni di un professionista di *"altro"*.

Ciascuna delle attività non può essere isolata, ma deve contenere gli elementi di conoscenza e competenza necessari/sufficienti a costruire e garantire una buona integrazione: uno di questi elementi per l'infermiere è la competenza clinica, certo a minore livello di intensità rispetto al medico.

All'interno di una tale complessità, è insostenibile che anche sugli stessi aspetti clinici la responsabilità sia attribuita in maniera esclusiva al medico.

Nella definizione delle rispettive competenze fra i vari professionisti, la specifica responsabilità può essere identificata in maniera netta e/o sulla base di una serie di *"atti"* esclusivi o è più oggettivo identificare delle *aree di competenza* che fondino la propria legittimità sugli ambiti *specifici* di professionalità?

Ritornare agli *"atti esclusivi"* per ciascuna professione suona, sinceramente, come una marcia indietro della storia. Ma constatiamo che di fronte alla sfida della complessità e dell'inevitabile (e

con tutta evidenza, vantaggiosa) integrazione a tutti i livelli, la risposta è la chiusura a riccio ed il ripiego sulla illusoria separazione e semplificazione.

Di fronte ad obiettivi di salute spesso avanzati e dai risultati incerti, le risposte risiedono nel *mix* di competenze che cooperano senza cercare, come primo obiettivo, le *primazie*.

Le competenze sono caratterizzate da una costante evoluzione e pertanto non sono e non possono essere definite in maniera secca e definitiva. È molto più ragionevole definire delle aree di competenza di determinate professioni, all'interno delle quali, in base ai diversi livelli di complessità delle situazioni e delle attività da mettere in atto, le professioni affini possono muoversi in accordo ed integrazione finalizzata.

Alcune posizioni ufficiali delle rappresentanze mediche, sono particolarmente rigide su questo versante dell'esclusività delle competenze. L'impressione chiarissima è che vi sia la paura a rimettere in discussione certezze consolidate, ma non più funzionali a rispondere alle esigenze sanitarie attuali, bensì a difendere privilegi di altra natura.

L'Unione Europea dei Medici Specialisti (UEMS) ha pubblicato un documento che contiene la *"Definizione europea di Atto Medico"*. Questa definizione, adottata per la prima volta nel 2005, è stata in seguito emendata nel 2006 ed infine nel meeting di Bruxelles del 25 aprile 2010. Questa la versione attualmente approvata:

*"L'atto medico ricomprende tutte le attività professionali, ad esempio di carattere scientifico, di insegnamento, di formazione, educative, organizzative, cliniche e di tecnologia medica, svolte al fine di promuovere la salute, prevenire le malattie, effettuare diagnosi e prescrivere cure terapeutiche o riabilitative nei confronti di pazienti, individui, gruppi o comunità, nel quadro delle norme etiche e deontologiche. L'atto medico è una responsabilità del medico abilitato e deve essere eseguito dal medico o sotto la sua diretta supervisione e/o prescrizione"*.

... dunque, qualcun altro può eseguire l'atto medico... in certe situazioni. Allora, la *"supervisione"* cos'è se non la volontà del mantenimento dell'esclusività?

La *"delega"* implica che il delegato possiede le stesse competenze del delegante e, in quanto tale, al delegato è solo trasferito un mandato.

Se l' "atto" deve essere "medico", o lo fa il "medico" o non si fa. E allora, certe attività fatte senza alcuna conseguenza pericolosa, anzi..., da "non-medici" e reclamate come "atto medico", evenienze oggi all'ordine del giorno, come si risolvono?

La strada, ragionevolmente, sembra chiusa. Oppure si cambia questa impostazione rigida.

Si può pensare l'ambito della responsabilità sul versante clinico di professionisti diversi, in termini di *area di esercizio della libertà attiva*, con la garanzia (in relazione alle aree di competenza specifica di altre professioni) della salvaguardia delle decisioni caratterizzate dalla complessità specifica di campo?

La responsabilità è necessariamente legata alla libertà.

Anche nel campo delle attività finalizzate al recupero o alla protezione della salute è necessario applicare il concetto e la pratica della libertà. Naturalmente, non si tratta di "licenza" a qualunque livello. Certo la libertà è legata alla responsabilità e dunque all'esercizio ed allo sviluppo delle proprie competenze. Il criterio guida deve essere il perseguimento del bene desiderato dalla persona assistita e dalla comunità significativa e generale. L'esercizio di una tale libertà risulta pertanto non un essere svincolati da doveri, ma un impegno a far avanzare le conoscenze e le competenze. Un impegno immanente ed inesauribile di ciascun professionista, che lo vincola eticamente ad un modo univoco di interpretare il proprio lavoro. Questa dovrebbe essere la garanzia dell'esercizio della libertà nella responsabilità verso tutti.

Come definire le situazioni caratterizzate dalla "complessità" specifica di campo, per ciascuna professionalità?

A partire dagli ambiti di competenza (diagnosi e terapia per il medico; prendersi cura per l'infermiere; riabilitare per il fisioterapista; ecc...), vengono identificate quelle situazioni che richiedono degli interventi per la cui attuazione sono necessarie conoscenze, abilità e attitudini acquisibili tramite specifica formazione ed esperienza.

Le situazioni caratterizzate dalla "complessità" specifica verranno reciprocamente riconosciute tali da tutti i professionisti di volta in volta coinvolti.

Questo riconosce sia la personalizzazione della cura e dell'assistenza ed anche la professionalità soggettiva dei singoli professionisti e dell'équipe. Dovrebbe essere il massimo del riconoscimento, certamente difficile da attuare, perché implica una costante rielaborazione ed adattamento delle interazioni nel gruppo, ma sarebbe anche la massima espressione dell'integrazione. Rimangono da definire – e qui la discussione è aperta – le modalità concrete per darsi strumenti operativi applicabili per gestire queste modalità.

Le situazioni di complessità specifica, possono essere convenzionalmente definite a partire dalle aree di competenza specifica. Nelle situazioni di particolare complessità, quando si prevedono possibili sovrapposizioni di competenze e possibili conflittualità, si adotta il metodo della concertazione. Ciascun professionista dichiara e concorda di volta in volta con gli altri, il livello di complessità di determinate situazioni e/o degli interventi clinico-assistenziali: diagnosi e cura e prendersi cura.

Stabiliti i punti di scarsa chiarezza clinico-assistenziale, ed i livelli di specifica complessità di campo, si stabiliscono le responsabilità ed i livelli di reciproca collaborazione. Questo dovrebbe esplicitare con relativo anticipo i risultati che si intendono/possono raggiungere, gli ambiti di intervento, di possibile sovrapposizione accettata. Si potrà, poi, riesaminare lo svolgimento dei fatti per eventuali chiarimenti e/o considerare le evoluzioni complessive in atto.

L'infermiere, nel contesto di un servizio e di un sistema per la salute radicalmente modificato rispetto anche al recente passato ed in continua evoluzione, può "prendersi cura" delle persone rispondendo alle esigenze espresse sia dalle persone sia dal sistema, senza una competenza e dunque una responsabilità anche clinica, ancorché non sempre di livello complesso?

Considerata l'oggettiva impossibilità di risolvere i problemi di salute complessi con interventi e decisioni monoprofessionali, nei rapporti tra le professioni è ipotizzabile una transizione sistematica dalla conflittualità alla corresponsabilità, almeno progettuale o come tavolo di riflessione?

Vista la complessità e l'impraticabilità,

per definizione, della predominanza di una professione sulle altre (altra cosa è la definizione delle *priorità* degli interventi sulla base dei problemi clinici della singola persona!), vista la estensione delle competenze specifiche, viste le esigenze (di varia natura – non solo clinica) espresse dalle persone è necessario superare definitivamente il modello gerarchico per la soluzione dei problemi clinico-assistenziali ed adottare sistematicamente modalità relazionali tra le diverse professioni che accettino oltre che la responsabilità personale, anche la corresponsabilità sugli interventi considerati nella loro completezza.

La conflittualità deve essere "bandita" e quindi evitata con ogni mezzo, per riuscire ad orientarsi sulle sinergie, per evitare la dispersione di risorse e per ottenere invece il potenziamento delle competenze e dei risultati.