

LA RESPONSABILITA' PROFESSIONALE

Nel passaggio dal mansionario del 1940 a quello del 1974
l'impostazione di fondo restava invariata e
l'attività infermieristica rimaneva
soggetta ad alcuni vincoli ben precisi:

- l'infermiere non era considerato un professionista a tutto tondo ma una figura di supporto e di integrazione rispetto all'attività del medico
- dal momento che quella infermieristica risultava essere una professione ausiliaria, il medico riceveva una piena legittimazione a controllare e vigilare sull'operato degli infermieri

L'emanazione del profilo professionale (1994) sancì
l'indebolimento
della tutela del medico sull'infermiere e il passaggio
per gli infermieri a una nuova fase di professionalità matura.

All'infermiere veniva affidato il compito di
assistere il malato e si andava profilando
un'autonomia professionale completa
e, di conseguenza, una responsabilità
professionale piena

Non risultava più fondamentale individuare
vincoli e limiti da rispettare nell'operare quotidiano,
ma, su un piano più generale e astratto,
alla professione infermieristica venivano associati:

- un campo d'azione
- delle funzioni
- delle responsabilità

Il professionista è un lavoratore che possiede un determinato campo professionale, delimitato da una *mission*, sostanziata da obiettivi.

Gli obiettivi non sono né assegnati né prescritti al professionista, ma elaborati e continuamente messi a punto dall'insieme degli esponenti di una determinata professione

Il singolo professionista può:

- elaborare gli obiettivi di dettaglio del proprio operato
 - individuare e decodificare la domanda
 - gestire situazioni impreviste e/o inconsuete
- gestire il rapporto con gli interlocutori rilevanti

Il professionista infermiere svolge dunque compiti complessi, proporzionati alla complessità della realtà in cui è inserito e associati a forme rilevanti e significative di responsabilità

Gli interlocutori principali per l'infermiere all'interno della relazione di cura sono:

- altri infermieri
- medici
- paziente
- famiglia del paziente

L'assistenza infermieristica dopo l'emanazione del profilo professionale:

1. assistenza basata su *un progetto*, un piano, un programma, un percorso clinico

IN RELAZIONE CON IL GRUPPO DI LAVORO

2. un'assistenza individualizzata che tenga conto dei reali bisogni espressi o impliciti e preveda il coinvolgimento della persona

IN RELAZIONE COL MALATO

3. un'assistenza pensata e progettata in collaborazione
CON GLI ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI,
con la logica dell'intervento multi e interprofessionale
4. assistenza per obiettivi con una CENTRATURA SUL
PAZIENTE
E SULLA FAMIGLIA

Considerata l'importante evoluzione professionale subita dalla figura infermieristica, si deve sottolineare che tra professionisti del settore sanitario esiste una forte interdipendenza di ruoli e compiti.

Dal momento che alla professione infermieristica vengono riconosciute pari dignità e rilevanza rispetto alle altre professioni sanitarie, la tipologia e le caratteristiche della responsabilità ad essa associata risultano influenzate dal quadro complessivo dei doveri e dei compiti relativi all'insieme delle professioni sanitarie

Ad esempio, risulta essenziale definire le caratteristiche fondamentali dell'atto medico.

La definizione di quest'ultimo fornisce, per molti versi, una chiara ed efficace indicazione rispetto al ruolo e alla responsabilità dell'infermiere.

Che il concetto di atto medico sia il risultato anche di fattori storici e contingenti (ad esempio l'evoluzione tecnologica) è indiscutibile, e costituisce un fatto di grande rilievo per l'individuazione non solo delle responsabilità mediche ma anche di quelle infermieristiche

Nel campo della responsabilità infermieristica devono valere tre criteri guida e due limiti.

I criteri guida sono:

- profilo professionale
- formazione di base e post-base
- codice deontologico

I limiti sono definiti dalle competenze attribuite alla professione medica e alle altre professioni sanitarie laureate

La consapevolezza delle proprie competenze rappresenta la chiave di volta della responsabilità professionale.

Il concetto di competenza è per molti versi vago e richiede, di conseguenza, di essere interpretato con giudizio e spirito critico

La responsabilità e la competenza etico-deontologica, in definitiva, costituiscono uno dei valori aggiunti più preziosi e qualificanti per il professionista sanitario

Si parla sempre più di competenza etica, riferendosi con questo concetto a un “bene necessario per fronteggiare i contesti vitali quotidiani e, *in primis*, i contesti sociali lavorativi”

“Forse un po’ illuministicamente, possiamo pensare che mentre aumenta l’ampiezza e la criticità dei dilemmi etici quotidiani, in assenza di risposte facilmente e largamente condivise, una delle poche leve disponibili sia quella dello sviluppo dello spirito critico e della competenza etica”

(Boschini, Masi “Etica, organizzazione e formazione” 2004)

“[...] La competenza può essere pensata come l’espressione di un equilibrio dinamico – culturale ed operativo – che la persona trova tra sé e il contesto; quindi come la caratteristica propria dei soggetti che sanno diagnosticare l’ambiente in cui operano e produrre prestazioni complesse, reazioni, relazioni, adeguate al contesto stesso.”

(Boschini, Masi “Etica, organizzazione e formazione” 2004)

“In quest’ottica parlare di competenza etica significa pensare che per diagnosticare la società in cui viviamo e per trovarvi positivi equilibri è necessario disporre di conoscenze e capacità specifiche in merito alle questioni morali più frequentemente al centro del dibattito, alle modalità utilizzabili per ragionare su di esse o alle soluzioni oggi prevalenti.”

(Boschini, Masi “Etica, organizzazione e formazione” 2004)

L’infermiere deve sapersi collocare all’interno del “mondo etico” e deve essere in grado di gestire il confronto dialettico anche acceso col paziente o col gruppo di lavoro.

Pratiche contrarie all’etica e alla responsabilità professionale possono generare conflitti, contrasti, difficoltà comunicative interne al gruppo di lavoro, ostacoli nel miglioramento della qualità assistenziale o veri e propri errori

La riflessione razionale e approfondita sui propri compiti e doveri e sugli strumenti più idonei per affrontarli, la consapevolezza rispetto alle proprie responsabilità professionali aiutano gli operatori sanitari non solo ad evitare i conflitti ma anche ad aumentare le chances di risolverli

La capacità di riflettere consente al professionista di trovare soluzioni a situazioni indeterminate e imprevedibili, cioè a quelle situazioni di bisogno e di debolezza fisica e psicologica a cui è esposta la persona malata.

La riflessività mette in questione abitudini, schemi di azione, interpretazioni della realtà, concetti, assunti, valori e valutazioni

Riflettere sulle proprie azioni non significa soltanto considerare criticamente quel determinato atto e la situazione complessiva in cui si è inserito, ma consente di analizzare anche le ragioni che stanno alla base di un'azione e che la motivano ai nostri occhi e agli occhi degli altri.

Le azioni vengono confrontate con modelli ideali, con opzioni alternative, con valori e beni diversi e, in questo modo, si ottiene un parametro di valutazione del nostro operare quotidiano e della qualità del servizio

Solo passando attraverso questo tipo di esperienza il professionista sanitario può affrancarsi da pratiche ingiuste e sbagliate, esplorare i propri ambiti di forza e di debolezza, avere consapevolezza dei propri sistemi di riferimento e allo stesso tempo mettere alla prova i propri modelli

La riflessività determina una prospettiva di critica e autocritica radicata e una disposizione continua al miglioramento.

“L'operatore riflessivo si percepisce come un creativo, non un esecutivo, e nel fare questo conosce i propri margini di decisionalità, la propria autonomia personale, si assume dei rischi, accetta la responsabilità, riconosce la complessità, è curioso, riconosce i meriti degli altri [...], ha un sistema di gratificazioni interne legate alla percezione di fare “bene”, considera una virtù il proprio miglioramento, conferisce valore alle proprie conoscenze”

(Bissolo, Fazzi, Gianelli “Relazioni di cura” 2009)

Oggetto d'elezione della nostra riflessione devono essere
le pratiche che sono costituite da:

- azioni ricorrenti
- modalità con cui si fanno le cose e con cui si parla delle nostre
azioni e si negoziano i loro significati
- valori etici e morali
- attitudini e virtù delle persone

Le pratiche producono conoscenza:

- consentono di dare un'interpretazione comune e
condivisa agli eventi
- creano una comunità professionale che si tiene insieme
grazie alle pratiche e ai saperi ad esse collegati, tipici
di quella categoria professionale

Il processo di riflessione sulla pratica assistenziale
si articola in tre fasi principali:

- individuazione della pratica da analizzare
- descrizione della pratica
- analisi della pratica

L'analisi a sua volta si compone delle seguenti
operazioni fondamentali :

- interpretazione
- individuazione e scelta delle possibili alternativa
- apprendimento generativo

Nella fase di “individuazione e scelta delle possibili alternative” si collocano le alternative etiche più importanti e delicate:

- la pratica analizzata era quella maggiormente rispettosa e vantaggiosa per la persona?
- che cosa si poteva fare di diverso e perché?
- quali sono i pro e i contro di ogni alternativa?
- quali sono gli effetti per ciascuna alternativa ipotizzata?
- quali sono le risorse e i vincoli per ciascuna alternativa?