

Il peso delle decisioni del singolo infermiere all'interno della gerarchia dell'unità operativa

A cura di Nadia Regonaschi *

Il caso

Il caso esaminato è accaduto molti anni fa, quando la cosiddetta “cultura del rischio” non si era ancora fatta strada all'interno delle aziende sanitarie.

A metà degli anni '90 lavoravo in un blocco operatorio, dove le funzioni di caposala erano esercitate da un mio collega “anziano” incaricato.

Con la frequenza di due o tre volte la settimana venivano effettuati interventi su pazienti portatori di particolari patologie tumorali. Questi interventi si protraevano fino a tarda sera.

Per questo motivo, era importante tenere il paziente il più possibile stabile nelle funzioni vitali, e riscaldarlo mantenendo una buona temperatura corporea aiuta allo scopo. In quegli anni, però, non esistevano ancora le copertine ad aria calda che sono a disposizione oggi.

Il caposala prese accordi con una ditta di materassini riscaldanti a resistenza e si fece consegnare il materassino coinvolgendo un medico anestesista per la prova.

Per la prova del materassino fu scelto il sig. X, affetto da patologia neoplastica, e quindi destinato a subire un lungo intervento chirurgico.

La data dell'intervento fu fissata in un giorno che mi vedeva in quella sala operatoria con il ruolo di infermiera di sala, quindi toccava a me allestire la nuova apparecchiatura, prepararla sul

lettino e adagiarvi sopra il paziente. Per questi motivi, il giorno prima dell'intervento, quando arrivò il materassino, volli leggere le istruzioni della ditta fabbricante, e sincerarmi che l'ufficio tecnico avesse fatto il collaudo, autorizzandone l'utilizzo.

Ma alle mie domande il caposala mi rispose di non preoccuparmi e di fare ciò che mi veniva ordinato, tuttavia il fatto di dover adagiare sopra una resistenza elettrica coperta di plastica (questo era in effetti il materassino!), per almeno 12 ore un paziente, non mi convinceva affatto.

Espressi chiaramente la mia contrarietà, al punto che dichiarai che non l'avrei posizionato, e il caposala mi liquidò con un minaccioso “vedremo se non lo farai!”. L'intervento chirurgico era programmato per il giorno dopo.

La mattina successiva, vidi scritto sulla consegna l'ordine del caposala di preparare e utilizzare l'apparecchiatura. Nonostante questo, io preparai la sala operatoria senza posizionare il materassino. Però, quando il caposala se ne accorse, entrò lui stesso in sala operatoria, mise il materassino sul letto operatorio, e mi ordinò di prepararlo a dovere.

A quel punto lo feci, sovrapponendo un doppio lenzuolo al materassino, così come era prescritto dalla ditta costruttrice. Non collegai, però il cavo tra la resistenza e la macchina di controllo collegata alla rete elettrica.

Accolsi e preparai il paziente sul lettino. Il sig. X era un paziente intorno ai cinquant'anni, tran-

quelli, non credo si sia interrogato circa i problemi etici emersi con questo caso. L'istituzione non è stata coinvolta visto che non è venuta a conoscenza del fatto.

Prendersi cura di un paziente sottoposto ad un intervento chirurgico è una responsabilità senza eguali, a maggior ragione nel caso di un paziente neoplastico. Il paziente è entrato in sala operatoria animato dalla speranza di veder risolti i suoi problemi, ma carico di ansie sul suo presente e sul futuro. Egli ci ha affidato la sua vita, fiducioso che medici e infermieri l'avrebbero preservata come la propria. Vedere disillusa questa speranza è gravissimo, e getta un'ombra sui professionisti coinvolti. Per questi motivi avrebbe dovuto essere doveroso procedere all'accertamento delle cause e quindi delle responsabilità degli attori coinvolti.

Penso che in questa vicenda, l'intervento di un rappresentante legale avrebbe avuto senso, in quanto il comportamento del caposala e dell'anestesista denota imprudenza e imperizia nel gestire la situazione, a tutto danno del paziente, e imprudenza e imperizia di un professionista della salute sono reati puniti dalla legge.

Oltretutto, il danno provocato al paziente è stato pesante, con conseguenze nefaste non solo per gli esiti conseguenti all'ustione, ma anche per le ridotte capacità di ripresa e di guarigione dalla neoplasia provocate dalla compromissione dello stato di salute generale.

Ho creduto di poter mantenere la mia integrità etica demandando la responsabilità dell'atto e delle conseguenze all'autorità professionale dell'anestesista, che in quanto medico, viene ritenuta preponderante rispetto a quella dell'infermiere. Infatti, il campo proprio di attività e responsabilità dell'infermiere, come sancito dal D.lgs. 502/92, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e 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 per altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali.

La decisione finale di usare l'apparecchiatura nonostante non ci fossero le garanzie di un perfetto funzionamento, su un paziente sottoposto ad un intervento così lungo è stata presa, no-

nostante tutto, dalla figura medica che in quel momento aveva "in carico" la gestione del paziente.

L'ambiente di lavoro non sereno e disteso, i rapporti conflittuali con il caposala, non hanno facilitato il soddisfacimento delle mie richieste di chiarimenti. Mentre per me la cosa più importante era la sicurezza del paziente, la preoccupazione che non corresse rischi inutili, per l'anestesista era la prova del materassino, che doveva tradursi in un maggior confort del paziente durante l'intervento, quindi, nel suo caso le finalità erano di tutto rispetto. Per il caposala probabilmente era più importante imporre la sua volontà, facendomi percepire così di essere un collaboratore "senza importanza", piuttosto che rimandare la prova a collaudo avvenuto. Purtroppo l'assunzione di decisioni che ne è conseguita ha avuto l'esito nefasto che abbiamo visto, in grado di influenzare la qualità di vita del paziente per il resto dei suoi giorni. Non mi è dato di sapere se addirittura ne sia stata influenzata la durata della vita.

Considerando a posteriori il mio operato, credo di aver fatto la cosa che in quel momento mi sembrava giusta. La presenza del materassino era "garantita" dalla competenza del caposala che ne imponeva l'uso dichiarando che era tutto a posto, e dall'anestesista che in definitiva si è preso l'onere di decidere per l'uso del presidio.



quillo e fiducioso, con un fisico tonico e allenato, apparentemente nulla traspariva della sua malattia.

All'arrivo dell'anestesista, mi affrettai a prenderlo da parte, gli illustrai tutte le mie perplessità e sottolineai che non avrei collegato il materassino all'apparecchiatura perché non me ne volevo prendere la responsabilità, visto che poteva essere rischioso per il paziente.

L'anestesista sbuffò, disse che esageravo, e collegò il cavo ridendosela dei miei timori.

L'apparecchiatura di controllo serviva a regolare le 4 aree in cui era diviso il materassino e in cui passavano le resistenze, impedendo alla temperatura di salire troppo. Quando tutto fu pronto, l'intervento chirurgico iniziò.

Durante la mattinata effettuai numerosi controlli sulla parte di paziente che mi era permesso raggiungere compatibilmente con le esigenze dei chirurghi, cioè le gambe e la parte sinistra del corpo, mentre la parte destra, regolata da un diverso quadrante di resistenze elettriche, non era accessibile. L'apparecchiatura di controllo non dava segni di anomalie, tutto sembrava a posto.

Alla fine del turno di lavoro passai le consegne ai colleghi del pomeriggio e andai a casa.

Il giorno dopo arrivai in ospedale per il turno del mattino, e venni a sapere che la sera precedente, alle 23,30, quando ad intervento concluso i colleghi infermieri reperibili si erano apprestati a spostare il paziente dal lettino operatorio alla barella della Rianimazione, si erano accorti che tutta la parte destra della schiena presentava ustioni gravissime.

Nel corso dei mesi successivi il paziente ha poi subito numerosi interventi di chirurgia plastica per innestare pelle in tutta l'area cutanea coinvolta dall'ustione. Per questo motivo gli fu prelevata la pelle da innestare da entrambe le cosce e anche da parte dei glutei, compromettendo, quindi, anche la capacità di stare seduto, almeno per un certo periodo di tempo.

Riflessione

Passai dei giorni bruttissimi, chiedendomi: avevo fatto abbastanza per evitare quello scempio, o avrei potuto fare di più?

Mi aspettavo di essere chiamata, dal Primario, o comunque da qualcuno che volesse anche la mia versione dei fatti. Ma nessuno mi chiamò.

L'anestesista, nei giorni successivi, quando regnava un gran fermento perché non si sapeva se il paziente avrebbe sporto denuncia o meno,

venne a parlarmi e provò a dire che comunque ero stata io a posizionare il materassino, e che forse non l'avevo preparato bene. Ma i colleghi che avevano disfatto il letto testimoniarono che la preparazione era consona alle istruzioni. Oltretutto, tutti sapevano quanto mi ero opposta all'uso dell'apparecchiatura e lo ricordai caldamente anche all'anestesista. A quel punto nessuno mi interpellò più.

A una verifica tecnica risultò che il quadrante destro del materassino si riscaldava senza nessun controllo, e quindi era andato a temperature altissime, mentre la macchina non aveva alcun allarme.

I chirurghi e l'anestesista parlarono con il paziente ed i parenti e questi non sposero denuncia.

Ho rivisto più volte il paziente nei mesi successivi, in occasione degli interventi di innesto cutaneo, io con uno stato d'animo disperato alla vista dello scempio che era stato provocato, lui sereno e fiducioso ha sempre sopportato tutto con il sorriso.

Non essendo emersa alcuna riflessione in merito alla vicenda da parte sia dell'equipe infermieristica, che da quella medica, si può dire che il conflitto etico è stato vissuto solo da me, anche se non si può escludere che a livello personale l'anestesista si sia interrogato in tal senso circa la sua decisione. Per quanto riguarda il caposala, penso che si sia preoccupato solo degli eventuali risvolti penali della vicenda: una volta risolti



Le mie obiezioni si possono ricondurre ad un ragionamento di prudenza, in quanto una resistenza elettrica coperta di plastica non mi sembrava adatta per farci stare il paziente per molte ore, e, in più, ebbi l'intuizione di leggere tra le righe delle risposte del caposala e capire che il collaudo non era stato effettuato, ma non avevo la certezza di avere ragione.

L'urgenza di preparare il paziente per quel particolare tipo di intervento mi imponeva di occuparmi velocemente di altre attività atte allo scopo.

Tuttavia, a posteriori, penso che avrei dovuto tenere in considerazione sia il Patto infermiere-cittadino che riporta come dovere dell'infermiere il segnalare agli organi e alle figure competenti le situazioni che possono causare danni o disagi, che lo stesso Codice Deontologico, che al capo VI art. 48 recita: *“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”* e all'articolo 51: *“L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale”*.

Conclusioni

Dopo l'analisi etica effettuata ritengo, perciò, che la cosa giusta da fare sarebbe stata informare il primario di quanto stava per accadere, anche se questo avrebbe voluto dire avere scarse possibilità di successo a fronte di una ulteriore compromissione dei miei rapporti con il caposala. Inoltre, ritengo che una volta avvenuto il malaugurato incidente, il comportamento corretto avrebbe dovuto essere quello di:

- Chiedere un colloquio chiarificatore con il Primario, per avere modo di esporre la mia versione dei fatti.
- Informare il Dirigente Infermieristico, attraverso un colloquio richiesto presso il collaboratore che si occupava di quell'unità operativa.
- Segnalare al Collegio degli Infermieri la vicenda, così come raccomanda l'articolo 51 del Codice deontologico.

Questa serie di azioni avrebbe sicuramente compromesso la mia permanenza lavorativa in quell'unità operativa, ma la gestione etica del caso impone che i fatti non siano gestiti con lo scopo di tacitarne l'eco, ma dall'accaduto bisognereb-

be trarre insegnamenti atti ad evitare il ripetersi di danni ai pazienti.

La discussione degli eventi presso gli organi deputati all'indirizzo della professione non può che produrre azioni positive in tal senso.

Inoltre, attualmente, il tema del rischio clinico si pone come argomento di rilevante interesse. Il Ministero della Salute, in tema di qualità dei Servizi Sanitari, ha istituito la Commissione Tecnica del Rischio Clinico (D.M. 5 marzo 2003), avente come finalità lo studio della prevalenza e delle cause del rischio clinico, la formulazione di indicazioni generali e l'individuazione di tecniche per la riduzione e gestione del problema. La Commissione ha elaborato il documento *“Risk management in Sanità. Il problema degli errori”* che partendo dall'analisi approfondita del tema del rischio clinico, fornisce una raccolta di riflessioni e raccomandazioni utili agli operatori che lavorano in ambiente sanitario.

Il concetto, quindi, è quello di considerare l'errore come componente ineliminabile della realtà umana, ma anche come fonte di conoscenza e miglioramento per evitare il ripetersi delle circostanze che hanno portato l'individuo a sbagliare, e mettere in atto iniziative finalizzate a ridurre l'incidenza.

Bibliografia

- Benci, L., *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*, Milano, McGraw-Hill, 2003.
- Calamandrei, C., D'Addio, L., *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Milano, McGraw-Hill, 1999.
- Fry, S., Johnstone, M., *Etica per la professione infermieristica*, Milano, CEA, 2004.
- IPASVI, *Commentario al codice deontologico dell'infermiere 2009*, Milano, McGraw-Hill, 2009.
- IPASVI, *Linee d'orientamento alla lettura del Codice Deontologico degli Infermieri, l'Infermiere*, 6/1999.
- Lusignani, M., Mangiacavalli, B., Casati, M., *Infermieristica generale e organizzazione della professione*, Masson, 2001.
- Orlandi, C., *“Gli infermieri possono essere in disaccordo con i medici? Un caso emblematico di deontologia professionale”*, *Management Infermieristico*, n 3/2005, pp. 30-37.

* *Infermiera. S.I.T.R. Presidio ospedale dei Bambini Azienda Spedali Civili Brescia.*