

Un caso di conflitto di valori in due atti

A cura di Loredana Affò *

Casi in cui è necessario affrontare situazioni e prendere decisioni implicanti scelte di valore sono all'ordine del giorno nell'attività dirigenziale in ambito assistenziale. Oserei esprimere l'idea che non c'è decisione da prendere che non presenti un risvolto etico.

L'attività di direzione, a qualsiasi livello si collochi, implica sostanzialmente decisioni. Chi non decide non dirige, non sta svolgendo la funzione che gli compete. Tuttavia decidere comporta di schierarsi con determinazione, affrontare e farsi carico di rischi, giudicare persone apprezzando o svalutando comportamenti, promuovere o troncicare relazioni, persuadere o imporre, motivare o punire. Tutto ciò è oneroso, richiede una continua attenzione e riflessione e la tentazione di sottrarsi è forte, soprattutto quando ci si trova di fronte a incalzanti conflitti valoriali. Non prendere decisioni, ossia - nel caso della funzione dirigente - non agire, non blocca immediatamente l'organizzazione, ma ne disgrega progressivamente l'efficacia. Dunque al dirigente è richiesta una forte dose di responsabilità, poiché la sua condotta non è spesso immediatamente controllabile. Il processo che conduce dall'azione o non azione, alle conseguenze è spesso lungo. In quell'intervallo di tempo chi svolge la funzione di direzione può, per così dire, nascondersi dietro il proprio ruolo, essere solo "chiacchiere e distintivo" (citazione liberamente tratta dal film

"Gli intoccabili" di Brian De Palma).

Ne consegue che il principio etico che deve innanzitutto muovere un dirigente è quello della *fedeltà*, in quanto soggetto della fiducia dell'azienda. Non decidere significa principalmente non obbedire al principio della fedeltà, a prescindere dall'opportunità delle scelte effettuate. La questione se le decisioni prese siano o meno adeguate è questione diversa e successiva e comporta in primo luogo la messa in gioco di valori quali la *competenza* e la *responsabilità*. Le conseguenze dell'incompetenza e della mancata assunzione di responsabilità conducono a situazioni in cui risulta difficile intravedere il rispetto degli altri fondamentali valori della professione, ossia i principi di *beneficenza* e *non maleficenza*, *autonomia*, *caring*, *collaborazione*, *condivisione*, *aggiornamento continuo* e in cui risulta *ipocrita accreditarsi come promotori di advocacy*¹.

Il caso che segue è emblematico di decisioni che hanno richiesto un'analisi etica delle implicazioni valoriali delle scelte che si prospettavano a soluzione di un problema di organizzazione dell'assistenza. Sono coinvolti operatori neo-laureati e altri che da lungo tempo prestano servizio nell'unità, hanno assimilato i valori e le modalità di lavoro e di relazione cementate da una lunga tradizione. A prescindere da quale sia la validità della cultura professionale che la tradizione esprime, è fuor di dubbio che la tradizione tranquillizza. Di fronte al disorientamento che proviene dalla difficoltà di leggere il

Per il giorno successivo fisso un'incontro con il capo di Dipartimento, il direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo. Maria ed io illustriamo la situazione, chiediamo quindici giorni per organizzare il trasferimento e il loro pieno appoggio per attuarlo.

Il piano prevede: un incontro tra i caposala, i due infermieri, il medico della comunità con rispettivi colleghi del servizio per acuti al letto del paziente con il compito di stendere un piano di assistenza personalizzato a cui far seguire la verifica e la richiesta di presidi necessari - letto articolato, materassino antidecubito, pompa per infusione e altro; l'attivazione di una consulenza periodica medica e infermieristica dell'U.O di chirurgia; la consulenza della dietista. Prevediamo anche un breve corso di formazione - tre incontri di tre ore - per tutto il personale medico e infermieristico su responsabilità e ruolo dell'infermiere e del medico nella gestione del paziente portatore di PEG, catetere venoso centrale, catetere vescicale. Si opta poi per un eventuale ricorso ad orario aggiuntivo incentivato allo scopo di incrementare le presenze in alcune fasce orarie ritenute critiche. Infine, un incontro con tutti gli operatori della comunità, per illustrare il piano. La Direzione condivide e accetta. Maria ed io ci attiviamo e ci dividiamo i compiti. La macchina si mette in moto, troviamo consenso e anche interesse da parte dei colleghi di chirurgia, della dietista e del reparto acuti. Grazie al contributo della Direzione Sanitaria e Amministrativa, i

presidi sono disponibili in tempi brevi.

L'incontro con gli operatori della comunità non è facile, ci sono dubbi, ma anche disponibilità. Due infermieri, si offrono per visitare Giacomo e stendere un piano di assistenza, il medico si incontrerà con i colleghi. I quindici giorni diventano venti, ma il grande giorno arriva! Tutto è pronto! Giacomo con l'ambulanza arriva in comunità. C'è fermento, gli altri ospiti sono stati contagiati e con gli operatori sono sulla porta ad accoglierlo, parte anche un applauso! Giacomo è commosso, piange, è un po' confuso, la sua stanza non è più la stessa che occupava da anni: la nuova situazione richiede una stanza singola.

Secondo atto: la porta

Il primo giorno sembra vada tutto bene. Maria è soddisfatta, il clima sembra positivo, ma il mattino successivo, al suo arrivo, prima di recarsi in infermeria passa da Giacomo e con grande sorpresa trova la stanza chiusa. Chiede cosa sia successo. Mario, infermiere, spiega che sono tutti occupati nell'igiene dei pazienti. Giacomo è tranquillo, l'ha visto da poco, la porta è momentaneamente chiusa per evitare che altri ospiti entrino e lo aggrediscano mentre gli operatori sono occupati.

Maria pone il problema e chiede agli operatori di discuterne. Laura, da alcuni mesi in servizio alla comunità, si offre di sorvegliare Giacomo. Il dibattito è acceso. Maria, la caposala, propone di rivedere l'organizzazione delle attività della



dal fatto che potrebbero creare danno al paziente in conseguenza di una decisione errata. Ne consegue che ricercando una maggiore certezza per fondare le loro scelte si appellano alla tradizione. Di diverso avviso, rispetto agli infermieri e al medico, è la caposala. Maria dimostra di voler assumere la responsabilità del proprio ruolo. Ha accettato la sfida di innescare la crescita professionale nel reparto in cui è stata inserita. E' una persona che di fronte al dilemma tradizione vs. innovazione sceglie il nuovo. Ha lo spirito per assumersi i rischi, sa navigare a vista in un mare aperto in cui non si intravedono rassicuranti sponde. Per questa ragione vive gli eventi con frustrazione, interpreta la posizione degli operatori come un venir meno a *valori* della professione quali la *competenza e la responsabilità*, e quindi teme che siano compromessi il *prendersi cura e l'advocacy*, ossia la promozione dei *diritti fondamentali della persona*.

Se osserviamo la situazione dal punto di vista del paziente - per quanto caratterizzato da una misura di infermità mentale, ossia da una compromessa capacità di intendere e volere, comunque non al di sotto di un livello di soglia che ne determinerebbe l'eterotutela - egli avanza con le sue richieste implicite, che si manifestano prevalentemente in modalità non verbali, una volontà di *autonomia e di autodeterminazione* che lo spingono a scegliere l'ambiente più consono al mantenimento di un labile equilibrio psichico. Questo è un bisogno che l'operatore deve considerare, seppur di fronte a un paziente psichiatrico. Ne va del valore fondante dell'*advocacy*.

In quanto dirigente dell'assistenza ho il dovere di rispondere alla mission aziendale che mi si presenta tuttavia con differenti volti: il primo è rappresentato dalla caposala che, in quanto elemento chiave dell'organizzazione, devo sostenere; il secondo è il volto dell'unità operativa che non devo far "esplodere", assumendo esclusivamente, e quindi, avventatamente la difesa di una parte in causa. Inoltre in un'organizzazione il gioco dei ruoli e le modalità in cui i ruoli sono vissuti dalle persone, non si cambiano per decreto. Un'organizzazione presenta sempre resistenze al cambiamento che sarebbe da incompetenti non considerare. L'inerzia organizzativa è della stessa natura di quel fenomeno denominato inerzia sociale, determinato dal fatto che gli attori sociali hanno una storia e un corredo di esperienze che, fungendo da strumenti d'azione, permettono loro di non ritrovarsi completamente

sprovveduti di fronte agli eventi, ossia paralizzati. In questo senso le società e le organizzazioni sono come barriere coralline: la parte morta sottostante sorregge la parte viva e permette ad essa di collocarsi vicina alla luce e alla superficie.

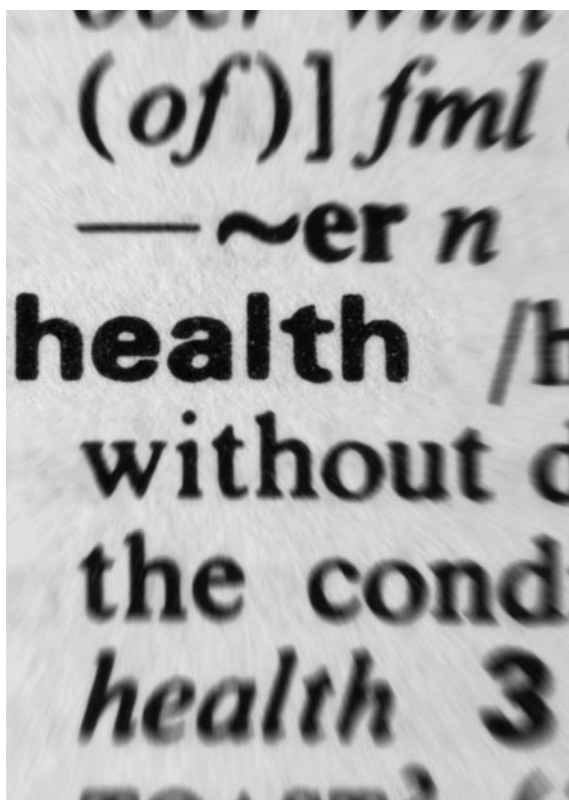
È necessario allora tener conto delle ragioni degli infermieri e del medico, contemporaneamente rispondere alle istanze etiche rappresentate dalla caposala e non da ultimo dai bisogni del paziente. La scelta che compio è di dare una gerarchia ai valori in gioco. Devo infatti rispondere al principio di tutela dei diritti del paziente e al valore del prendersi cura, ai valori della competenza e dell'aggiornamento continuo e al principio di fedeltà verso l'organizzazione.



La decisione

Nei giorni successivi con Maria, la caposala, elaboriamo un piano, lo condividiamo e decidiamo di presentarlo alla Direzione del dipartimento. E' importante in questa fase la condivisione che proviene dal *coinvolgimento* per costruire una soluzione. La condivisione soltanto può promuovere la *collaborazione*, valore estremamente importante che costituisce la cornice entro cui si collocano tutti gli altri, in quanto senza di esso si risponde esclusivamente, malgrado le buone intenzioni, ai propri bisogni.

singolo caso, l'appello a quanto è sempre stato fatto è rassicurante. Bisogna tuttavia osservare che se riconosciamo alla tradizione, ossia alle pratiche e alle culture ripetutamente sperimentate, un valore euristico, dobbiamo ravvisare in essa un potente strumento da utilizzarsi in casi di incertezza, vale a dire in casi in cui gli elementi di informazione e i nessi causali tra fattori sono insufficienti a prendere una decisione di fronte a un'alternativa. L'appello alla tradizione occupa dunque un posto nelle tavole dei valori della professione accanto a quelli citati, anche se con questi ultimi può entrare in conflitto. Non v'è dubbio che l'appello alla tradizione presenti tuttavia un risvolto negativo: di fronte alla necessità di aggiornare continuamente le proprie competenze, essa costituisce un freno.



Il caso: un dramma in due atti

Giacomo ha 67 anni, dall'età di 25 ricoverato prima in manicomio, poi, in seguito alla legge Basaglia del '78, presso una Comunità. Il reinserimento presso la famiglia non è stato possibile perché la sua famiglia è sparita. Le condizioni generali, buone fino ad un anno prima, sono compromesse: ha un'artrosi importante e deambulava a fatica, ha difficoltà nella deglutizione. Ha

avuto una polmonite ab ingestis che lo ha condotto in pericolo di vita. Dopo 15 giorni di terapia intensiva è stata posizionata una PEG (enterogastrostomia percutanea) ed è stato trasferito presso il reparto per acuti. Giacomo è abbastanza tranquillo, del resto in tutti questi anni ha risposto positivamente alla terapia farmacologica ed è ben compensato. Di carattere mite, manifesta paure per grandi spazi aperti e il suo confine è il giardino della comunità, dove passa gran parte del suo tempo. Ha subito delle aggressioni verbali e fisiche da parte di altri ospiti a cui non reagisce e che si risolvono solo con l'intervento degli operatori. La PEG è definitiva, è allettato ed è seguito dagli infermieri della degenza che sono attenti alla sua igiene, alla somministrazione della terapia infusiva attraverso un catetere venoso centrale. Giacomo ha iniziato anche la somministrazione nutrizionale.

Primo atto: dove deve essere ospitato Giacomo?

Gli infermieri e i medici della degenza insistono per il suo trasferimento: "Questo è un reparto per acuti non una lungodegenza, servono posti letto". Il servizio sociale esclude la lungodegenza poiché il paziente è psichiatrico cronico. Si verifica la disponibilità in casa di riposo: il posto c'è ma chi paga la retta? La diatriba non si risolve, i giorni passano e la decisione è presa: Giacomo deve rientrare in comunità. Gli viene comunicato, è contento, si torna a "casa" tra le sue cose nel suo giardino!

Gli infermieri e il medico responsabile della comunità sollevano perplessità, affermano che Giacomo ora non è più da comunità psichiatrica, l'assistenza richiesta va oltre. La caposala, Maria, inserita in comunità da un anno e con esperienza nell'area medica, ammette che ci sono carenze sia strutturali sia organizzative nell'accogliere quel paziente, ma gli operatori della psichiatria sono tutti infermieri e operatori socio sanitari, inoltre pazienti come Giacomo sono seguiti a domicilio! Questa è la casa di Giacomo, perché non tenere conto dei suoi bisogni, dei suoi desideri?

Il paziente psichiatrico è portatore di una singolarità mai del tutto riconducibile a una casistica corroborata. Dunque, per queste ragioni, si comprende il timore degli operatori a seguire strade nuove, percorsi innovativi e per questo rischiosi. Gli infermieri e il medico sono animati nella loro azione dal principio di *beneficenza/non maleficenza*, e sentono la *responsabilità* che deriva

giornata e, se necessario, richiedere altre risorse incentivate.

Tutti accettano, anche se alcuni non condividono: intensificare la sorveglianza a loro avviso non è sufficiente, basta un attimo e a Giacomo possono fare del male, come già accaduto in passato quando è stato vittima di aggressioni senza nemmeno urlare per chiedere aiuto. Maria mi chiama, mi riferisce il nuovo problema.

Ancora si confrontano due paradigmi: il modello della tradizione e la spinta all'innovazione. La situazione si presenta caratterizzata questa volta non tanto da un conflitto di valori, quanto da una contraddizione scaturita dalla volontà di appellarsi a un valore.

Un gruppo di operatori si appella alla necessità etica di salvaguardare l'incolumità del paziente, costoro fanno appello al valore del *caring e all'advocacy*. Tuttavia, agendo mossi da tali valori, incorrono inconsapevolmente nella *violazione* di quegli stessi moventi valoriali che hanno motivato la loro azione: infatti per assicurare l'incolumità al paziente decidono di privarlo dell'autonomia; l'appello all'advocacy naufraga.

Al contrario, il gruppo di operatori rappresentati da Laura e dalla caposala, mostrano di provenire da una scuola di valori che, in sintonia con i recenti sviluppi della deontologia professionale in linea con una maggiore coscienza diffusa nella società negli ultimi decenni, pone in primo piano l'integrità della persona, portatrice di diritti fondamentali inalienabili.

Da parte mia, interpellata dalla caposala, aderisco alla prospettiva valoriale ultima delineata. Innanzitutto ogni paziente è una persona, in quanto tale è il fine dell'azione assistenziale. Se il paziente è una persona dotata di esistenza fisica e morale, il prendersi cura degli aspetti di fisicità non può comprometterne l'integrità morale. Si tratta di trovare soluzioni organizzative e tecniche che permettano di formulare interventi caratterizzati dalla salvaguardia dei valori in gioco.

La decisione

Con Maria studiamo la possibilità di incrementare nelle fasce orarie più a rischio le presenze, ricorrendo all'orario aggiuntivo incentivato e di rivedere la distribuzione delle attività nella giornata. Quindi autorizzo l'incremento degli incentivi. Convinta che la tecnologia ci possa soccorrere anche sulla via della risoluzione di conflitti, faccio richiesta all'ufficio tecnico di

installare alla porta della stanza di degenza del paziente un ordinario segnalatore acustico a codice, affinché ogni intrusione venga segnalata.

Note

- 1 - Confronta per un'analisi sistematica della letteratura e per una soluzione di grande interesse Sara T.Fry e Megan-Jane Johnstone, "*Etica per la pratica infermieristica*". La tavola di valori etici e deontologici che le autrici propongono contempla sostanzialmente: fedeltà alla mission, competenza, responsabilità, beneficenza e non maleficenza, autonomia, caring, collaborazione, condivisione, aggiornamento continuo, advocacy

Bibliografia

- Carlo Calamandrei, Laura D'Addio "*Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*" Mc Graw-Hill 1999- Milano
 - Sara T.Fry e Megan-Jane Johnstone "*Etica per la pratica infermieristica*" Casa Editrice Ambrosiana 2004-Milano
 - Antonia Peroni, Milko P.Zanini "*L'organizzazione tra sociologia ed etica*" Mc Graw-Hill 2007 Milano
 - Benci "*Aspetti giuridici della professione infermieristica: elementi di legislazione sanitaria*" Mc Graw-Hill 2003- Milano
 - Carlo Calamandrei, Carlo Orlandi "*La dirigenza infermieristica*" Mc Graw-Hill 2002-Milano
 - Emma Carli (AA.VV.), *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing*
- * *Infermiera. S.I.T.R. Presidio ospedale dei Bambini Azienda Spedali Civili Brescia*

