

Nursing malpractice: qualche riflessione sul fenomeno

Pio Lattarulo ¹

¹ Professore a contratto di Infermieristica – Università degli Studi di Roma TorVergata (Sora), di Bari (Taranto) e del Piemonte Orientale (Novara)

ABSTRACT

The phenomenon of medical error is wide known, and many strategies, such as clinical risk management, have been developed in order to stop it. Among these corrective actions, a greater attention has been paid to nursing malpractice, defined as «all adverse events that arise from purely practical nursing, or the participation of registered nurses in collaborative problem-solving». The solution of the problem of nursing malpractice consists in promoting cultural change. We are ready for this challenge, by sharing the results with other health care professionals, respecting the competences and the value of all people, catching up the goal “to defeat the error in medicine”. Trust should be part of the solution: it comes to a measurable factor, which consists in collaborating with courage and speaking out.

Keywords: Nursing malpractice; Nursing; Professional responsibility; Cultural change

Nursing malpractice: some considerations on the phenomenon

Pratica Medica & Aspetti Legali 2011; 5(4): 113-118

■ A PROPOSITO DI NURSING MALPRACTICE

Il fenomeno dell'errore in medicina è ormai ampiamente conosciuto e numerose sono le azioni poste in essere per arginarlo, tra cui l'introduzione nel nostro panorama sanitario nazionale di metodiche e strategie proposte dal *Clinical Risk Management*. Ciò che invece meriterebbe maggior attenzione potrebbe essere il certamente più fruttuoso passaggio analitico dalla generalizzazione d'insieme, alla sottolineatura del particolare. Ciò significa che, tra le azioni da porre in essere, maggior attenzione andrebbe puntata nei confronti della *nursing malpractice*, che convenzionalmente può essere definita come l'insieme di eventi avversi che originano da pratiche di pura assistenza infermieristica, o dalla partecipazione di professionisti infermieri alla risoluzione di problemi collaborativi.

I dati in merito alla stima del fenomeno dell'errore in medicina non sono molto confortanti, sebbene la macrodifferenza che salta agli occhi consista nel

fatto che, nonostante siano trascorsi ben dodici anni dalla pubblicazione del celeberrimo “To err is human”, il rapporto dell'*Institute of Medicine* che ha scoperciato il vaso di Pandora, a tutt'oggi non sono disponibili in Italia studi di ricerca in grado di quantificare il problema.

Tra i dati consultabili, derivanti da riscontri giuridici o proiezioni assicurative, gli unici “numeri” da considerare (seppur col beneficio d'inventario data la loro genesi) per strutturare progetti di gestione del rischio sono quelli contenuti nel rapporto PiT Salute, elaborato a cura del Tribunale per i diritti del malato – Cittadinanza attiva, che da anni si prodiga in questo senso, non limitandosi a raccogliere e censire segnalazioni, ma facendosi promotore di soluzioni [1]. Anche in questo caso però, l'operato degli infermieri, nonostante essi rappresentino il numero maggiore di professionisti presenti negli ospedali, non viene significativamente considerato. Se da un lato qualcuno potrebbe intenderla come una fortuna, dall'altro chi studia il fenomeno ne conosce benissimo i presupposti dell'infondatezza, dato che, nel coacer-

vo di atti assistenziali compiuti quotidianamente in ogni luogo/situazione in cui viene assistita una persona, certamente, come anche accade per gli altri professionisti, è possibile che venga commesso un dato numero di errori o si realizzino i cosiddetti *near miss*. Nel PiT Salute 2010, il punto dedicato all'assistenza infermieristica appare piuttosto sommario, in ogni caso ritenuto dagli estensori come sottostimato e comunque in calo (0,1% del 2009 contro il 2,5% del 1996) [1]. Tale decremento delle segnalazioni viene addebitato al fatto che la formazione infermieristica oggi avviene in Università, fattore certamente utile per tracciare una cornice di riferimento ma che, pensato singolarmente, non chiarisce l'entità della situazione. Non si può che concordare sulla sottostima di questo dato, posto anche il fatto che, in ogni caso, la scarsa presenza di fenomeni rilevati mal si incrocia con una serie di altre situazioni rappresentate anche nello stesso rapporto. Il punto della questione risiede nel fatto che, benché utile per fornire uno spunto di riflessione, il solo dato del PIT Salute non permette di compiere quel balzo in avanti che potrebbe consentire di arginare il fenomeno in maniera veramente efficace.

Nel suddetto rapporto viene individuata una serie di situazioni tali da essere classificate come indicatori di non corretta pratica clinica, tra cui le lesioni da pressione o gli errori nella somministrazione da farmaco, ma non vengono sottolineate le cause, che purtroppo, essendo ancora una volta prevalentemente organizzative, non fanno altro che confermare l'addebito, piuttosto a carico dell'organizzazione, che non del singolo, sebbene la responsabilità individuale sia ovviamente ben lungi dallo scomparire.

Se così non fosse, non vi sarebbe un allarme mondiale, tanto da indurre, ad esempio, alcuni infermieri del Kent in Inghilterra a indossare una pettorina con la scritta "do not disturb" durante la somministrazione della farmacoterapia. La proposta già fa discutere, tant'è vero che: «si tratta di un'iniziativa grottesca – ha commentato Joyce Robins del gruppo *Patients Concern*. Se sei un infermiere e non puoi fare più di una cosa alla volta sei un infermiere che manda ai malati un messaggio sbagliato, ovvero quello di "levarsi dai piedi"» [2]. Questo assunto riflette l'espressione di un punto di vista, con delle conclusioni tratte peraltro in maniera affrettata. In realtà, qualche studio retrospettivo e l'esperienza sul campo, tratta anche dalla narrazione di episodi riguardanti errori commessi, dimostrano che proprio il fatto di dover adempiere a troppe incombenze contemporaneamente è tra le principali fonti di errore nella somministrazione della farmacoterapia.

In realtà, andrebbe approfondita l'analisi su quelle che sono le cause di *nursing malpractice*, adottando strategie per adeguare gli organici alla richiesta di assistenza. Tale asserzione non collima affatto con

la drammatica situazione che la sanità mondiale sta vivendo, e che è possibile ben individuare anche nel contesto italiano. Le logiche politiche, che hanno indotto in molte regioni alla formulazione dei piani di rientro, non tengono ovviamente alcun conto della riduzione del fenomeno errore in medicina, e purtroppo, nella gran parte dei casi, le spese vengono sostenute dal malcapitato di turno che deve sostenere ritmi assistenziali improponibili e che, anche a fronte di reiterate proteste, si trova a fare i conti con il solito muro di gomma.

La carenza cronica di infermieri, così come ampiamente dimostrato dalla letteratura, va indiscutibilmente a influire sulla sicurezza delle cure erogate. È chiaro che, a fronte di un elevato volume di prestazioni eseguite da un numero insufficiente di personale infermieristico, i risultati delle procedure stesse sono spesso qualitativamente inadeguati, rappresentando non di rado un rischio per le persone che vi si sottopongono.

L'eccessivo carico di lavoro e l'insorgenza di errori ed eventi avversi sono tra loro in stretta correlazione, rappresentando di fatto le due facce della medesima medaglia [3].

■ ERRORE IN MEDICINA E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: QUALE INTERCONNESSIONE?

Nel mare magnum delle attività che è possibile individuare, enucleare e anche numerare, tra quelle che sono parte di un percorso clinico-assistenziale, soltanto da pochissimi anni si possono individuare, talvolta anche con precisione geometrica, oltre alle responsabilità di gruppo, anche quelle del singolo professionista o operatore che ha compiuto quell'atto/azione.

Ciò sino a qualche tempo fa rappresentava una pura chimera per la professione infermieristica, giacché ogni forma di responsabilità, nella duplice accezione di onere/onore, veniva posta in capo al medico, cui addebitare, peraltro in pochissimi eventi descritti, la riuscita o meno di ogni pratica, anche quando strettamente assistenziale. È evidente, al tempo, che il tramonto, peraltro non sempre compiuto, della stagione del paternalismo medico, e l'affermazione dell'intellettualità delle altre professioni sanitarie, sino al 1999 intese con la connotazione di "ausiliarie", ha recato con sé anche nuovi profili di responsabilità che, in molti casi, hanno sorpreso la gran parte dei professionisti infermieri, impreparati a una nuova visione del mondo.

La rivoluzione copernicana grazie alla quale l'infermieristica, assieme alle altre ventidue professioni sanitarie, ha potuto completamente rivo-

luzionare il suo *assessment*, è di non poca entità. Nell'arco di soli venti anni, con la legge 341/90, sono state gettate le fondamenta per l'ingresso del *nursing* negli atenei e la produzione legislativa successiva ha sgombrato (o tenta di farlo) il campo da una mole infinita di equivoci e paradossi, tra cui il più significativo è dato dalla coesistenza, per ben cinque anni (1994-1999), di un profilo professionale e del mansionario, in cui ancora si parlava di "infermiere professionale".

Nel corso degli anni, il passaggio dalle conoscenze all'effettiva competenza ha contribuito a dare un volto nuovo al professionista infermiere, così come la conquista faticosa del proprio ambito di autonomia e soprattutto la consapevolezza e la capacità di autovalutare il proprio operato.

Ma competenza e autonomia, per forza di cose, partoriscono responsabilità.

Naturalmente questo processo è stato tutt'altro che indolore, ed è ancora in gran parte incompiuto, oltre che oggetto di continua avversione da parte della professione medica, e il cui acme può essere individuato nel ricorso avverso l'emanazione del profilo professionale all'epoca promosso dalla CIMO (Coordinamento Italiano Medici Ospedalieri), oppure la più recente questione relativa alla sperimentazione del *see and treat* in corso nella regione Toscana. Ciò che è realtà in numerosi stati del mondo, per gli infermieri di pratica clinica avanzata nella nostra bella penisola appare classificato ancora come un puro atto di lesa maestà.

Tutto questo *tourbillon* giuridico purtroppo ancora non è servito a modificare la visione all'interno della professione. Parimenti, è possibile capovolgere la lente e considerare il modo con cui l'attività del singolo infermiere viene valutata da chi ne usufruisce o dal consorzio civile in senso più ampio.

Sintesi ultima di quanto detto sinora è che misurare il fenomeno della *nursing malpractice* nel nostro Paese è tutt'altro che semplice, dato che gli unici dati eventualmente possibili da presentare sarebbero relativi al numero di avvisi di garanzia ricevuti da infermieri o condanne riportate. Sappiamo bene che nel primo caso, per la gran parte degli eventi, come anche per la professione medica, la presunta violazione viene archiviata o non esita in condanna, mentre nel secondo, le variabili da considerare sono troppe per poter essere analizzate compiutamente. In realtà, soltanto uno studio di ricerca potrebbe dare la misura del fenomeno, ma al momento sono disponibili in letteratura unicamente dati parziali.

■ L'INFERMIERE ALLO SPECCHIO

Chi è oggi l'infermiere? La domanda ha apparentemente una risposta banale: secondo la defini-

zione di Wikipedia «l'infermiere è il professionista sanitario che, avendo conseguito la Laurea in Infermieristica, ed essendo iscritto all'Albo presso il Collegio provinciale IPASVI di appartenenza, è responsabile unico della Assistenza Infermieristica». Sarà vero? «Proprio in ragione della specificità normativa delle figure dell'infermiere e dell'ostetrica, la responsabilità di questi deve essere graduata a seconda dell'autonomia a loro riconosciuta in relazione alle singole attività che svolgono, potendo essere assimilati al personale medico al fine dell'accertamento delle loro responsabilità in tutte le ipotesi in cui siano legittimati ad operare delle scelte discrezionali; dovendo viceversa essere considerati alla stregua degli operatori socio-sanitari nello svolgimento di attività meramente esecutive di disposizioni mediche. Nel primo caso la responsabilità sarà personale, nel secondo caso dei danni risponderà la struttura sanitaria, cui il personale paramedico afferisce» [4].

L'analisi di questa chiave di lettura giuridica della responsabilità professionale infermieristica lascia intendere come vi sia, ancor'oggi, profonda confusione rispetto la scissione netta, operata dall'evoluzione di cui si è fatto cenno. L'infermiere agisce in piena autonomia professionale, rispetto al proprio specifico professionale, come indicato chiaramente dal Profilo professionale (D.M. 739/94), dal Codice di Deontologia infermieristica del 2009 e dagli Ordinamenti didattici della laurea triennale e di tutti i percorsi formativi post-base che è possibile compiere, e non può in alcun caso essere assimilato alla stregua di un mero esecutore.

Senza alcuna *vis* polemica, ma soltanto per esprimere i sensi della volontà di chiarificazione, appare quanto meno improbabile associare l'infermiere all'operatore socio-sanitario. Nel Codice di Deontologia infermieristica del 1999, art. 1.1, si poteva leggere: «l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica» [5].

A distanza di dieci anni, la quarta versione dello stesso documento, nell'*incipit* presenta un cambiamento sostanziale, frutto di duro lavoro e di riconoscimento dell'identità professionale, art. 1: «L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica» [6]. Si potrebbe obiettare a ciò che ogni professione nel suo codice deontologico scrive ciò che vuole, ma così non è, se si tiene conto di quanto disposto da due pilastri fondamentali del riordino e dell'intellettualità delle professioni sanitarie. Infatti la Legge 42/99, art. 1 comma 2 dice: «Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei ri-

spettivi 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 le altre professioni del ruolo sanitario per le quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali» [7]. E ancora, il comma 1 dell'art. 1 della L. 251/00 prevede: «Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici e utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza» [8]. Peraltro la disposizione medica, quanto meno nei confronti degli infermieri, non è più da tempo considerata, in luogo della prescrizione rispetto agli ambiti previsti dalla formazione e dalla responsabilità specifica e dalla collaborazione in équipe nell'ottica di un percorso clinico-assistenziale. Possono naturalmente essere emanate disposizioni di carattere organizzativo a cura della Direzione medica di quella Struttura Complessa, o a salire nei livelli verticistici e del management strategico. Appare chiaro come una visione del genere, in specie se espressa da addetti ai lavori, possa determinare ulteriore incertezza in un panorama già difficile. Gli editori di rischio e gli assicuratori hanno faticato non poco nello stimare i costi delle polizze assicurative per gli infermieri, dato il fatto che, praticamente per quasi un secolo, i casi di imputazione a carico di infermieri potevano contarsi sulle dita di una mano.

La metamorfosi avvenuta ha colto di sorpresa una compagine professionale in cui, allo stato attuale, coesistono, per quanto attiene la formazione di base, sei tipologie di professionisti, con storie, percorsi e motivazioni non di rado agli antipodi tra loro.

È in questo ambito che talvolta trova terreno fertile la *malpractice* infermieristica, con tutte le conseguenze nefaste del caso.

re esplica attività palesemente visibili, come nel caso dei professionisti operanti nel Sistema 118 o degli infermieri di assistenza domiciliare i quali operano in contesti di grande autonomia professionale, godendo particolarmente dell'ausilio dei protocolli operativi e sono in ogni caso a forte rischio di essere personalmente individuati in caso di *malpractice*, e situazioni nelle quali molti "professionisti" preferiscono abdicare a qualsiasi assunzione e pubblica dichiarazione di responsabilità, rinviando gli interlocutori sempre al coordinatore o al medico anche per questioni di natura puramente assistenziale.

Ne consegue il fatto che diventa difficile per le persone assistite e i loro familiari identificare con chiarezza ruolo dell'infermiere, anche perché non di rado costui continua a raffigurarsi come *factotum*. A ciò si aggiunge anche l'opera dei media che sono soliti identificare tutti i vari attori professionali e non con il titolo di infermiere. Ne deriva una visione sfumata rispetto all'identità professionale e la non chiara identificazione dei profili di responsabilità.

Sarà compito del singolo professionista, in autonomia e nell'ambito del proprio gruppo professionale, affermare l'importanza del suo contributo disciplinare, consacrando l'epistemologia della disciplina infermieristica e non considerando la responsabilità professionale soltanto nella classica accezione negativa, consistente nel rispondere dei propri atti, ma anche sulla base dell'influenza positiva che ne può derivare, in particolare rispetto ai *nursing sensitive patient outcomes*.

Tutto il lavoro compiuto negli ultimi anni non è mirato a creare nuovi nani sulle spalle di giganti, bensì professionisti in grado di dare soluzione ai bisogni di assistenza e assistenza infermieristica, termini non ridondanti, ma che riflettono una profonda differenza. Se, infatti, l'assistenza di base viene quotidianamente erogata da una miriade di persone, tra cui badanti, *caregiver*, operatori socio-sanitari e quanti altri, il garante del sapere disciplinare, insito nell'assistenza infermieristica, è proprio il professionista infermiere, colui il quale sarà sempre più in futuro solutore di problematiche connesse al proprio esercizio.

■ L'INFERMIERE OSSERVATO

Il notevole cambiamento di cui si è fatto cenno in precedenza avrebbe dovuto indurre una modificazione profonda nella percezione sociale. Purtroppo questo percorso è tutt'altro che compiuto. È possibile rappresentare graficamente, attraverso la metafora dell'arcobaleno, le modalità di esercitare la professione talvolta quasi antinomiche. Sostanzialmente vi sono contesti nei quali l'infermie-

■ CONCLUSIONI

La strada verso il successo, per dirla con Baden-Powell, è lastricata di ottime intenzioni, proprio come quella per l'inferno. Si tratta soltanto di scegliere il bivio giusto. Nel caso di specie, ovvero arginare il triste e pesante fenomeno della *nursing malpractice*, l'unica soluzione sta nella cultura del cambiamento, ovvero nell'abbandonare la teo-

ria della mela marcia, secondo cui, ghigliottinato il colpevole si è avviato alla possibilità del verificarsi di un nuovo errore/evento avverso. Si è visto che questa è una convinzione del tutto infondata, e, pertanto, gli sforzi andrebbero concentrati nei programmi di formazione permanente.

Anche qui, però è necessaria un'inversione di rotta. Allo stato attuale, il programma di educazione continua in medicina, seppur utile dal suo avvio per smuovere le acque limacciose in cui versava l'aggiornamento di gran parte dei professionisti della sanità italiana, non è al momento sempre garante di qualità, proprio in ragione del fatto che le scarse motivazioni, unite a un non uniforme impegno di gran parte delle aziende sanitarie, non hanno prodotto significativi cambiamenti. Il sentiero più idoneo da percorrere per avviare a tale impasse parrebbe essere l'accreditamento del singolo professionista.

Il professionista medio italiano, almeno per quanto attiene la questione in analisi, avverte ancora fortemente i segni della onnipresente cultura della colpevolizzazione. Ne è prova un esperimento condotto in ambito formativo di cui si vuol far cenno in questa sede. Nell'anno 2005, nell'ambito di un corso di formazione itinerante sulla *nursing malpractice* [9], non pochi infermieri che vi hanno partecipato hanno rifiutato di simulare la compilazione di un modello di *incident reporting*, asserendo candidamente di non aver mai commesso un errore nel corso della loro vita professionale. *Tertium non datur*: o tali incontri hanno visto la partecipazione di una platea particolarmente fortunata, oppure la paura di essere riconosciuti (nonostante vi fosse indipendenza totale dalle organizzazioni lavorative) ha avuto la meglio. Sembrerebbe prevalere la seconda ipotesi.

Si avverte l'indubbia necessità di cambiamento: «In medicina, però, continuiamo a lavorare in un sistema che appartiene ancora all'era del capomastro, un sistema in cui un primario, con un ricettaio, una sala operatoria e un manipolo di collaboratori ai suoi ordini, pianifica ed esegue ogni fase

dell'assistenza al paziente, dalla diagnosi al trattamento. Siamo stati lenti ad adattarci alla nuova realtà, al fatto che – per limitarmi a un esempio – un terzo dei pazienti, nel loro ultimo anno di vita, riceve direttamente assistenza da almeno dieci medici specialisti, affiancati in media da un'altra ventina di operatori, tra infermieri professionisti, assistenti medici, farmacisti e addetti alle cure a domicilio. E la prova della lentezza di questo adattamento risiede nell'altissima percentuale di cure ripetute, difettose o completamente scoordinate che si registrano in campo medico» [10].

Pronti ad affrontare il cambiamento, noi infermieri, quotidianamente impegnati su ogni fronte possibile, ripartiamo dalle parole di Florence Nightingale, capostipite dell'infermieristica moderna, la quale affermava che potrebbe quasi apparire strano che la prima qualità di un ospedale debba essere quella di non nuocere. E siamo pronti a farlo in gruppo, concorrendo al risultato, assieme agli altri professionisti, nel rispetto delle competenze e dei valori di ciascuno, proprio per centrare il bersaglio più significativo che permetterà di abbattere il fenomeno "errore in medicina". Stiamo parlando della fiducia, parametro assolutamente misurabile, da ottenere soltanto con il coraggio e anche la voglia di parlare chiaro, abbandonando i fronzoli del tecnicismo e soprattutto da uomo a uomo, o donna o bambino, ciascuno con la propria capacità di comprendere il messaggio che si vuol far passare. In caso contrario, tutte le possibili invenzioni del *clinical risk management* continueranno a ottenere un'efficacia soltanto parziale.

■ DISCLOSURE

L'Autore dichiara di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Cittadinanzattiva-Tribunale per i diritti del malato. Rapporto PIT Salute 2010. Disponibile all'indirizzo: http://www.assimedicini.it/pdf/Rapporto_pit_salute_2010.pdf. Ultimo accesso ottobre 2011
2. IPASVI. Una pettorina rossa con la scritta "Do not disturb" per le infermiere inglesi. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/attualita/una-pettorina-rossa-con-la-scritta-do-not-disturb-per-le-infermiere-inglesi-id165>. Ultimo accesso ottobre 2011
3. Lattarulo P, Martorana M, Sannino G. Ancora sulla carenza infermieristica. *Io Infermiere* 2004; 3: 30-6
4. Diurni A. Gli eventi dannosi. In: Belvedere A, Riondato S (a cura di). *Le responsabilità in medicina*. Trattato di Biodiritto. Milano: Giuffrè, 2011
5. Codice deontologico della professione infermieristica, 27 febbraio 1999. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvigoria.it/numeroRiferimento.php?action=1>. Ultimo accesso ottobre 2011

6. Codice deontologico della professione infermieristica, 10 gennaio 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm>. Ultimo accesso ottobre 2011
7. Legge 26 febbraio 1999, n. 42. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. *Gazzetta Ufficiale* n. 50 del 2 marzo 1999
8. Legge 10 agosto 2000, n. 251. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. *Gazzetta Ufficiale* n. 208 del 6 settembre 2000
9. Lattarulo P, Martorana M. Etica e sicurezza nelle cure. In: Lattarulo P. Bioetica e deontologia professionale. Milano: McGraw-Hill, 2011
10. Gawande A. Checklist. Einaudi: Torino, 2011

CORRESPONDING AUTHOR

Dottor Pio Lattarulo
piolattarulo@libero.it