

Metaresponsabilità e responsabilità situazionale

di Annalisa Pennini

Direttore Scientifico, FORMAT sas; e-mail: a.pennini@formatsas.com

Questo contributo nasce con l'intenzione di dare un nome a due aspetti della responsabilità dei professionisti sanitari, provando nel contempo a descriverli e ad analizzarli. I due concetti di cui ci occuperemo sono quelli della *meta-responsabilità* e della *responsabilità situazionale*, collegati fra loro dal filo conduttore dell'evoluzione normativa delle professioni sanitarie.

In questo contesto, le professioni sanitarie citate sono quelle "non mediche", avendo consapevolezza del limite di questa accezione e intendendo quindi le 22 professioni sanitarie delle 4 classi di laurea. I concetti, di fatto, sono estensibili a tutte le professioni sanitarie nel loro complesso, ma rispetto all'evoluzione normativa trovano maggior spazio di trattazione nelle 22 professioni sopracitate.

Comunità professionali e di pratica delle professioni sanitarie

Per poter meglio comprendere i due concetti oggetto di questo contributo, è necessario iniziare dalla descrizione dei modelli d'azione che definiremo *certo* e *incerto*. I modelli d'azione sono il modo in cui agiscono ogni giorno i professionisti sanitari, facendo riferimento a paradigmi culturali che di solito sono prevalenti in quel dato momento storico. Ogni professione ha pertanto modi di pensare e di intendere la funzione esercitata, dati da condizionamenti normativi, culturali e organizzativi che modellano le tipologie di azione.

Tali condizionamenti possono essere classificati in due grosse tipologie (Zan, 2011)¹:

- connessi alla comunità professionale: "*derivano dal sentirsi parte di una comunità professionale (nazionale o internazionale) che [...] definisce come si debba fare il "mestiere"*" (Zan, 2011, p. 97);
- connessi alla comunità di pratica: "*derivano dallo svolgere il proprio "mestiere" nell'ambito di un contesto organizzativo situato, fisicamente identificabile, nel quale si interagisce"* (Zan, 2011, p. 97).

Le due comunità hanno una espansione macro-micro, in quanto la comunità professionale segna i contorni più ampi e trasmette le ideologie più diffuse, non dando certezza che tutti i suoi membri siano allineati a tali paradigmi; la comunità di pratica, invece, può mettere in atto quan-

to indicato dalla comunità professionale o agire in modo più o meno differente. All'interno della comunità professionale vi è con ogni probabilità una linea culturale prevalente, che propone simboli, identità, modi di essere e di agire di quella professione. Ma è altresì possibile che vi siano linee di pensiero differenti all'interno della stessa comunità professionale, o che la cultura prevalente abbia avuto sviluppi a macchia di leopardo, con situazioni avanzate e altre più arretrate.

La comunità di pratica si identifica, per le professioni sanitarie, con l'Azienda sanitaria o l'Unità Operativa di appartenenza, o con altre articolazioni organizzative strutturalmente definite, che possono riconoscere in varia misura le indicazioni delle comunità professionali, farle proprie o agire in modo autonomo e proporre alternative. In ogni caso, da ognuno di questi micro-mondi escono sub-culture della principale, che influenzano il modo di interpretare le professioni. In questo quadro, le prescrizioni date dalla normativa insieme a quelle culturali (comunità professionale) e a quelle organizzative (comunità di pratica) definiscono un modo di essere e di agire.

In questo lavoro si vuole ipotizzare che esista un'unica comunità professionale, cioè quella delle 22 professioni sanitarie, che, indipendentemente dal profilo di appartenenza, fa riferimento a un solo paradigma prevalente in tema di responsabilità professionale. Dichiarando fin d'ora che vi sono rilevanti differenze nell'interpretare le responsabilità connesse ai profili professionali, si userà questa semplificazione dell'unica comunità professionale per poter ipotizzare generalizzazioni utili alla lettura del fenomeno nel suo complesso.

Partiamo quindi definendo i modelli d'azione, derivanti appunto, da norme, cultura e organizzazione, che si coagulano attorno ai concetti di comunità professionale e comunità di pratica.

I modelli di azione delle professioni sanitarie: certo e incerto

Possiamo descrivere due modelli prevalenti, come sopra accennato: il modello *certo* e il modello *incerto*. Quello certo può essere riferito a un passato recente, soprattutto in termini normativi. È possibile che a oggi vi siano ancora retaggi di tale modello, soprattutto in riferimento agli aspetti culturali e organizzativi, ma è necessario collocarlo nel passato, per un'utile classificazione e analisi. Il modello incerto è da collocarsi nel presente e nel futuro, in riferimen-

¹ Zan in realtà parla di quattro tipologie di condizionamenti, ma ai fini di questo contributo ne citeremo soltanto due.

Tabella 1 – I modelli certo e incerto

	Modello certo	Modello incerto
Interpretazione delle norme	<ul style="list-style-type: none"> - Norme che consentono rigide interpretazioni - Mansionari o regolamenti con elenchi di attività - Elenchi dove le attività sono interpretabili come “escluse/incluse” a priori, con scarsa adesione alla situazione organizzativa e alla competenza del professionista 	<ul style="list-style-type: none"> - Norme che fungono da guida e indicazione - Norme che necessitano di “declinazione” all’interno delle realtà organizzative - Attività non specificate dalle norme, ma attribuibili in base alle condizioni organizzative e alla competenza del professionista
Definizione degli ambiti di azione	<ul style="list-style-type: none"> - L’ambito di azione è definito dall’adesione alla norma - “Si può fare” è dato dalla norma di riferimento, non dalla situazione organizzativa e dalla competenza del professionista 	<ul style="list-style-type: none"> - L’ambito di azione è guidato dalla norma, ma non definito in modo preciso - “Si può fare” è dato dalla competenza personale, dalla situazione clinica e organizzativa
Evoluzione del paradigma scientifico-culturale	<ul style="list-style-type: none"> - La situazione non si evolve finché sono in vigore le norme - L’aggiornamento professionale è basato prevalentemente su acquisizioni tecniche 	<ul style="list-style-type: none"> - La situazione si evolve continuamente in base all’evoluzione scientifico-tecnologica - L’aggiornamento professionale è basato su evidenze scientifiche per la ricerca dell’appropriatezza e della sicurezza

Fonte – Barbieri e Pennini, 2008

to a tutti e tre i livelli: normativo, culturale e organizzativo. Si proverà ora ad analizzare i due modelli secondo tre variabili, tra loro collegate: l’interpretazione delle norme, la definizione degli ambiti di azione, l’evoluzione del paradigma scientifico-culturale.

Nel modello certo l’interpretazione delle norme è rigida e basata su elenchi, mansionari, regolamenti, che individuano *a priori* le attività che sono escluse o incluse dal campo di azione dei professionisti. Le attività elencate in questo tipo di norme possono definirsi adatte per tutti o per nessuno e raramente tengono conto delle situazioni, delle risorse, delle competenze. Questo comporta che le risposte ai dubbi sui confini di responsabilità e sulle attività che il professionista può svolgere sono spesso univoche e per l’appunto certe. In caso di controversie o necessità di definire procedure di lavoro, la norma segna dei confini piuttosto netti e definiti.

Nel modello incerto l’interpretazione delle norme è più cangiante, in quanto le norme di riferimento sono delle guide, delle indicazioni sugli spazi di azione, ma necessitano di declinazione organizzativa, attraverso degli strumenti (es. procedure, istruzioni di lavoro, protocolli). Non è un caso che le principali norme di riferimento che tracciano i confini di competenza e il campo di azione delle professioni sanitarie siano denominate *profili*, ovvero “linea di contorno”, “concisa o breve descrizione”, “sagoma”, come indicano le definizioni da dizionario. Come tali, per renderle vive si ha bisogno di colorarne l’interno, di espanderle, di declinarle, interpretarle, leggerle. Questo è da un lato un grosso vantaggio, perché le rende flessibili, adattabili e moderne nel senso che non seguono la logica del mansionario e del compito, ma quella della competenza; dall’altro può essere un limite, in quanto l’indicazione è vaga e poco contestualizzata.

La definizione degli ambiti di azione, che è il secondo punto che si analizzerà, segue concettualmente l’interpretazione delle norme. L’ambito di azione è descritto nelle

norme di riferimento, di conseguenza quanto descritto nel primo punto ritrova qui la sua validità. Tuttavia, qualcosa in più possiamo dirlo. L’ambito di azione corrisponde nella realtà a quello che il professionista può svolgere, alle risposte che dà ai problemi e alle situazioni che risolve o contribuisce a risolvere.

Nel modello certo l’ambito di azione era perlopiù definito da dove il professionista poteva agire ed era, si è detto, di norma descritto all’interno delle norme di riferimento. Il confine di azione era dato dal compito in sé, che poteva o non poteva essere di quella professione, e non era dato, di norma, dalla situazione e delle competenze.

Nel modello incerto il campo di azione trova nella legislazione la sua origine, ma i confini reali vanno ricercati in una lettura più contestualizzata, che tenga conto delle risorse, della situazione clinica, delle condizioni organizzativo-culturali, delle competenze del singolo professionista. Non è più il compito in sé a farla da padrone, ma la situazione e le persone che ci ruotano attorno: singoli professionisti, *team* multidisciplinare e persone assistite.

Analizziamo ora la variabile evoluzione del paradigma scientifico-culturale. Nel modello certo la situazione è regolata soprattutto dai confini legislativi e meno dall’evoluzione scientifica. Non che questa non ci sia stata, anzi. Ma la sua penetrazione nelle realtà organizzative ha spesso dovuto fare i conti con le regole date da norme e leggi, creando in molte situazioni conflitti e inadeguatezze. Nel modello incerto la situazione muta continuamente e si adegua all’evoluzione scientifico-tecnologica. Anche l’aggiornamento professionale, che nel primo modello poteva essere orientato a tecniche e procedure, nel secondo è basato su evidenze scientifiche e mira all’appropriatezza e alla sicurezza.

Una rappresentazione schematica di quanto finora espresso viene offerta nella tabella 1.

Nella realtà i due modelli descritti non sono nettamente distinti e anche la collocazione temporale è molto variabi-

le. Il modello attuale è quello incerto o, per utilizzare il termine coniato da Zygmund Bauman, *liquido*. La metafora *solido-liquido*, conosciuta da Bauman, è riferita alla società e alla vita moderna dove le "situazioni in cui agiscono gli uomini si modificano prima che i loro modi di agire riescano a consolidarsi in abitudini e procedure" (Bauman, 2006, p. VII).

Il mondo personale e professionale in cui sono inseriti i professionisti sanitari, quindi, è liquido e incerto, a partire dall'interpretazione delle norme di riferimento. L'incertezza si manifesta nelle numerose possibilità interpretative, nel fatto che l'organizzazione delle attività non è definita *a priori* e una volta per tutte, ma cambia al variare delle situazioni. L'incertezza può far scaturire nuove possibilità, far esplorare nuove strade per cercare risposte, ma al tempo stesso creare confusione e disorientamento, proprio perché in continuo mutamento e perché le alternative sono molteplici e non è semplice individuare quella appropriata.

Definire la metaresponsabilità

La descrizione di questi due modelli e in particolare la focalizzazione su quello incerto forniscono le basi per poter introdurre i concetti oggetto di questo contributo: *metaresponsabilità* e *responsabilità situazionale*.

Partiamo dalla *metaresponsabilità*. La responsabilità diventa meta quando arriva prima o sopra la responsabilità intesa come civile, penale, disciplinare, deontologica. Questi aspetti della responsabilità non sono messi in discussione da questa riflessione, che vuole invece sottolineare che la metaresponsabilità è una responsabilità che precede tutti questi aspetti. L'essere responsabile, in questa visione, "viene ancor prima del rispondere di ogni singolo atto (che comunque rimane) e diventa una metaresponsabilità, legata al saper leggere tanto i propri limiti, quanto e soprattutto le proprie potenzialità" (Barbieri e Pennini, 2008, p. 63). La metaresponsabilità consiste in un saper essere responsabili prima ancora delle singole azioni. Di fronte ad un dubbio di competenza², il professionista dovrà interrogarsi su cosa deve/può/vuole fare per quella persona assistita o in quella situazione.

Nel modello certo questa domanda trovava risposta prevalentemente nella lettura della norma di riferimento, che dettava i confini del "si può/non si può fare" ed era collegiale, ovvero teoricamente riproducibile per l'intera comunità professionale. Oggi nel modello incerto la risposta diviene articolata in almeno tre livelli, che di seguito elencheremo in domande guida, di auto-somministrazione da parte del professionista:

- lo posso fare?

- lo so fare?
- in questa specifica situazione la sicurezza dell'assistito e quella del professionista è garantita?

Queste tre domande guida possono aiutare a comprendere come il concetto di metaresponsabilità possa divenire uno strumento professionale nella pratica quotidiana. Di fronte a un dubbio o a un quesito sui confini di azione, il professionista può percorrere questo filo concettuale e porsi le tre domande in modo consequenziale. Iniziamo dalla prima: "lo posso fare?". In questo caso la risposta va ricercata nella normativa vigente, è una sorta di abilitazione a operare ed è una risposta collegiale, valida per tutti i professionisti. Oggi, spesso, la domanda (e di conseguenza la risposta) è da rivolgere con una accezione negativa, ovvero: "nella normativa vigente vi è indicato un riferimento che mi impedisce di svolgere questa azione o di occuparmi di questo problema o situazione?". Riflettendo meglio, questa prima domanda corrisponde all'unica già presente nel modello certo, che, come si è detto, coinvolgeva tutti i professionisti e aveva come riferimento il compito: questa attività può essere fatta da questa professione?

Ipotizzando una risposta affermativa alla prima domanda, cioè che nulla vieta (nel panorama normativo) al professionista di svolgere quell'attività o di occuparsi del problema o situazione, si passa alla seconda domanda: "lo so fare?". La risposta, in questo caso, va ricercata nella lettura e comprensione del proprio livello di competenza, attraverso l'auto-analisi e la riflessione individuale. Il saper fare non implica solo il saper agire tecnicamente, ma sottende conoscenze teoriche, capacità di analisi per applicare le conoscenze, oltre che abilità pratiche e relazionali, esperienza e altro ancora, tutto riconducibile al grande capitolo della competenza. All'interno di questa domanda vi sono compresi anche gli ambiti di studio delle professioni sanitarie, cioè il riconoscimento delle singole discipline scientifiche, come elemento indispensabile per definire i confini professionali. Continuando nella disamina delle domande guida, se si è risposto affermativamente anche alla seconda, si giunge alla terza: "in questa specifica situazione la sicurezza dell'assistito e quella del professionista è garantita?". La risposta va ricercata principalmente nelle metodologie dell'*Evidence Based Practice* e del *Risk Management*, oltre che nei metodi e strumenti propri delle singole professioni.

Solo se tutte e tre le domande hanno avuto risposta positiva è possibile procedere nell'azione professionale responsabile. Le tre domande e risposte sono quindi da intendersi a cascata nei tre livelli: dalla professione nel suo complesso al professionista singolo, alla specifica situazione. Nella tabella riportata di seguito sono riassunti i tre livelli di decisione responsabile.

L'ultima domanda, in particolar modo, apre la strada all'analisi del secondo concetto chiave di questo contributo, cioè quello di *responsabilità situazionale*.

² In questa accezione "competenza" ha un duplice significato: di ambito di azione (mi compete/non mi compete) e di conoscenza, abilità, esperienza. Come ambito di azione, diventa una sorta di "autorizzazione", nel secondo caso una "qualificazione".

Tabella 2 - Domande guida per l'azione professionale responsabile

Domanda guida	Riferimento	Cosa significa in termini pratici	Livello di applicabilità
Lo posso fare?	Legislazione vigente	Abilitazione o autorizzazione ad operare	Collegiale - valida per tutti i professionisti
Lo so fare?	Competenza individuale	Qualificazione a operare	Individuale – valida solo per quel professionista
In questa specifica situazione la sicurezza dell'assistito e quella del professionista è garantita?	Situazione complessiva (risorse, competenza, condizioni cliniche e organizzative)	Governo responsabile del processo e dell'azione professionale	Situazionale – valida solo per quella situazione specifica

Fonte – Barbieri e Pennini, 2008

Definire la responsabilità situazionale

Per responsabilità situazionale intendiamo quella forma di responsabilità messa in campo quando si tiene conto di tutte le variabili presenti in ogni singola situazione. È in un qualche modo l'espansione della terza domanda dell'analisi sulla metaresponsabilità, che invita a governare il processo riferendosi alla situazione complessiva, fatta di risorse, competenze, condizioni cliniche e organizzative.

La responsabilità situazionale quindi non è un riferimento astratto o teorico alle norme, e non è nemmeno (solo) l'auto-analisi delle proprie competenze: è un modo di leggere e gestire la situazione, riconoscendo dove è opportuno agire e dove no. Il riferimento alle norme vigenti e alla competenza, sono senz'altro presenti e fungono da basi per la riflessione contingente al momento specifico. L'attività che in una data situazione può essere effettuata, può non esserlo in un'altra. Le stesse competenze possono non essere sufficienti a garantire la sicurezza

za della persona assistita in un dato contesto, con certe risorse, e quant'altro.

La situazione è data quindi dai seguenti fattori:

- condizioni complessive dell'assistito;
- competenze del professionista;
- risorse disponibili;

che, mixati fra loro, costituiscono appunto la situazione contingente.

La responsabilità situazionale è, in una qualche misura, la sintesi pratica del modello incerto che caratterizza oggi le azioni professionali. Non vi sono risposte univoche, certe e definite una volta per tutte, ma vi sono risposte contestuali e variabili, che sottendono al termine "dipende". Dalla situazione, appunto.

Concludendo, si può affermare che i due concetti della responsabilità, oggetto di riflessione in questo contributo, si riferiscono all'ambito della responsabilità positiva, intesa come tensione a operare per il bene, come azione preventiva in un'ottica di sicurezza e appropriatezza.