

La pulizia degli strumenti chirurgici in sala operatoria: aspetti logici e pratici

Prof. Mauro Di Fresco



Alle lezioni universitarie del corso in Infermieristica si tende, frequentemente, a subliminare le capacità tecniche del personale ausiliario (di supporto) per accrescere il novero delle competenze infermieristiche, spesso, anche consapevolmente, a danno della professionalità e dell'intellettualità dell'infermiere (art. 2229 C.C.).

Non intendo dilungarmi su questo aspetto che attiene perlopiù alla materia del demansionamento strategico né sull'esegesi legislativa e giurisprudenziale delle competenze ausiliarie perché entrerei in una polemica che vede come maggiori responsabili gli insegnanti delle università e chi, per conto loro, ha deciso che nella didattica debba permanere la vecchia storia dell'infermiera della guerra di Crimea sacrificando utili informazioni di diritto sanitario (probabilmente pensando che all'infermiere non debbano interessare i diritti dei pazienti e la tutela del lavoro).

Riprendendo il discorso chiave della presente trattazione, giova ricordare che il principio sotteso gli artt. 2103, co. 1 e 2 C.C. e 52, D.Lgs. 30.03.2001 n. 165 non è meramente formale ma sostanziale perché impedisce al datore di lavoro di sfruttare vergognosamente il professionista.

In pratica, in assenza di tale tutela, il medico alla fine della seduta operatoria potrebbe essere adibito alla pulizia della sala e non si potrebbe rifiutare di lavare il pavimento senza rischiare di essere licenziato per insubordinazione.

Un assetto organizzativo del genere indurrebbe l'amministrazione ospedaliera ad assumere esclusivamente medici ed infermieri così da impegnarli in ogni altra "faccenda" durante i tempi di inattività professionale (lavaggio pavimenti, trasporto materiali, centralino, ecc.) razionalizzando al massimo la spesa retributiva.

Il diritto impedisce lo sfruttamento obbligando il datore ad adibire il lavoratore alle mansioni per le quali è stato assunto e a variare il profilo o la qualifica di assunzione solo verso l'alto cioè verso le mansioni c.d. superiori, più gratificanti e migliorative, vietando, nel contempo, quelle inferiori.

Questa premessa è indispensabile per dimostrare che, in spregio alle leggi e ai principi appena enunciati, l'infermiere anziché crescere funzionalmente verso l'alto è degenerato progressivamente verso il basso, radicandosi, nella pratica, una serie di attività igienico-domestico-alberghiere (mansioni della casalinga) che erano state, invece, assegnate al personale ausiliario (agente socio-sanitario > specializzato > O.T.A. > O.S.S.).

La maggior parte del personale ausiliario, grazie alla complicità di alcune organizzazioni sindacali, è fuggito dall'assistenza ai malati agli uffici amministrativi (ovviamente in beffa agli infermieri e nel silenzio dei Collegi IPASVI), e il vuoto organico così formatosi ha catalizzato la necessità impellente e cogente di garantire i bisogni primari dei pazienti, per cui l'infermiere, a differenza dei colleghi europei e non solo, ha dovuto far fronte a tali necessità praticando le mansioni della casalinga, tanto che questo

nuovo profilo si è strutturato profondamente e oggi costituisce non solo parte dei processi di nursing, con tanto di testi universitari che spiegano come si insaponano e si sciacquano i capelli di una persona o come si tagliano le unghie (come se le unghie di un paziente ricoverato fossero particolari rispetto alle unghie di un altro paziente non ricoverato o di una persona sana), ma, soprattutto, costituisce il parametro di riferimento per pianificare l'organico assistenziale di un servizio dove la figura dell'O.S.S. rimane, di fatto, una forma di retribuzione dell'impiegato amministrativo e nelle corsie una teorizzazione metafisica.

Il fatto che una determinata attività venga svolta dalla casalinga, che non si è laureata in scienze infermieristiche, ci fa pensare che creare un alone di sacralità professionale su pratiche esecutive semplici, non è altro che uno stratagemma utile per costringere psicologicamente e poi pragmaticamente l'infermiere a svolgere qualsiasi lavoro, in poche parole a trasformare l'attività altamente professionale dell'infermiere in semplice forza operaia, senza che se ne accorga.

Al riguardo basterebbe chiedersi per quale motivo per svolgere la professione di infermiere sia indispensabile possedere un titolo abilitante se poi alcune attività sono identiche a quelle svolte da tutte le casalinghe del mondo; tra l'altro senza che queste vengano a subire una denuncia e la relativa condanna per abusivismo della professione infermieristica!!

E', come vedete, logico, senza bisogno di produrre leggi e sentenze, che tutte quelle attività che vengono svolte dalle casalinghe non appartengano esclusivamente all'infermiere solo perché l'oggetto della prestazione lavorativa è *sanitario*.

Lo schema mentale che inculcano agli studenti infermieri, fa apparire *diverso* e, quindi, delicato tutto ciò che è *comune*, per il semplice fatto che appartiene alla sanità.

Così è comune sciacquare una forchetta ma, se la forchetta l'ha usata un paziente, allora, diventa *diversa* e, quindi, delicata, e non sarà possibile far sciacquare la forchetta da chiunque perché chissà cosa potrebbe succedere, chissà quali danni potrebbero prodursi; ergo la forchetta è meglio che la sciacqui un infermiere che non è importante come un dottore ma è certamente più preparato di un portantino (è una via di mezzo).

La sottrazione di numerose attività ausiliarie da parte dell'infermiere, sulla scorta di questo schema mentale, non ha fatto altro che peggiorare la qualità dell'assistenza ai danni del paziente e la qualità professionale dell'infermiere che, incapace di migliorare, si è oramai arroccato sulla esecuzione meccanica dell'ovvietà.

In questo contesto si inserisce l'annoso problema della pulizia degli strumenti chirurgici in sala operatoria.

Chi ha interesse a relegare in basso l'infermiere perché garantisca forza operaria disponibile per ogni evenienza, vuole farci credere che insaponare una pinza chirurgica sia diverso dall'insaponare una pinza per le ciglia.

Vogliono farci credere che per sciacquare una pinza chirurgica ci sia bisogno di un infermiere perché solo l'infermiere può gettare l'acqua sulla pinza e strofinarla come nessun altro potrà mai fare.

E' come se esistesse un monopolio esclusivamente infermieristico sul materiale sanitario (e ciò spiegherebbe anche alcuni atteggiamenti di controllo, talvolta morbosi, sull'armamentario in dotazione al servizio, con tanto di legittimazione del potere con il semplice possesso delle chiavi degli armadi, del tipo: "ho le chiavi, quindi comando").

Ma se analizziamo dettagliatamente le fasi di pulizia degli strumenti chirurgici, che non sono altro che leghe metalliche aventi una determinata forma (e solo questo le distingue dalle posate), scopriremo che non vi sono così tante differenze come alcuni sostengono nelle due pratiche che pongo a confronto e che l'infermiere deve e può liberarsi dalla morsa di un demansionamento illogico e deleterio.

SALA OPERATORIA



LAVASTRUMENTI



CASA



LAVASTOVIGLIE



LAVASTRUMENTI



LAVASTOVIGLIE



Anche evitando di utilizzare la normativa legislativa e contrattuale in tema di mansioni ausiliarie (D.P.C.M. 24 settembre 1981; D.P.R. n. 384/1990; allegato A, Accordo Conferenza Stato-Regioni 22 febbraio 2001), la logica ci permette di comprendere che non vi è alcuna differenza nel pulire uno strumento chirurgico rispetto alla forchetta; sono ambedue operazioni semplici perché la pulizia delle posate è pratica quotidiana di ogni persona, anche delle fasce subculturali.

Difatti anche la tecnologia non ha rilevato particolari differenze: la lavastrumenti è identica alla comune lavastoviglie.

Per migliorare l'assistenza e rispettare la dignità professionale dei lavoratori basterebbe usare appropriatamente gli ordini di servizio evitando di usare più la bocca del cervello.

Roma 03.07.2013

Dott. Mauro Di Fresco