



UNIVERSITÀ DI PISA

FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Management per le funzioni di coordinamento nell'area delle Scienze
infermieristiche, Ostetriche e Infermieristiche pediatriche

TESI

La responsabilità infermieristica alla luce delle
nuove basi giuridiche della professione: ruolo del
coordinatore nella diffusione di una nuova cultura

Relatore
Prof. P. Migliaccio

Candidato
Bruschi Monia

anno accademico 2008-2009

INDICE

Introduzione.....	3
1 L'evoluzione legislativa.....	10
1.1 Il mansionario	10
1.2 Gli anni dal 1994 al 1999	13
1.3 L'abrogazione del mansionario	15
1.4 I campi propri di attività	17
1.5 Il "dopo-mansionario"	22
2 Responsabilità e deontologia professionale	27
2.1 I Codici Deontologici	29
2.2 Il Codice Deontologico del 1999.....	38
3 Analisi della conoscenza attuale e proposta di progetto formativo aziendale.....	45
3.1 Analisi delle competenze.....	45
3.2 La pianificazione del corso aziendale	Errore. Il segnalibro non è definito.
Conclusioni.....	55
Bibliografia.....	61
Sitografia.....	62

INTRODUZIONE

L'assetto legislativo della professione è stato integralmente modificato negli ultimi dieci anni rispetto al passato, cambiando anche la natura e la componente psicologica del rapporto tra il paziente e il professionista sanitario: l'infermiere oggi deve avere la consapevolezza che dovrà necessariamente confrontarsi con una nuova concezione della responsabilità o, perlomeno, con una visione sicuramente più ampia rispetto a quella a cui si era abituato per decenni. Infatti, l'infermiere, oggi, è, a pieno titolo, il professionista "*responsabile dell'assistenza infermieristica*" sotto ogni aspetto, dando così piena attuazione agli impegni e alle previsioni del c.d. profilo, ovvero il D.M. n. 739 del 1994, sino al 1999 attuato solamente in minima parte, stante la presenza vincolante del c.d. mansionario (D.P.R. n. 225/74). Da allora, l'infermiere è un professionista sanitario con preparazione universitaria, in possesso di laurea abilitante all'esercizio professionale e iscritto all'albo professionale, e, in quanto tale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.

Storicamente la figura dell'infermiere non ha mai avuto connotati di

“professione”: fino agli inizi del secolo scorso l’assistenza infermieristica era svolta da persone caritatevoli e di sesso femminile che aiutavano, sostenevano e confortavano le persone sofferenti o disabili. Questo personale laico femminile era “completamente privo di cultura, ignorava anche i principi più elementari dell’asepsi, delle diete e delle pratiche assistenziali”¹ e solo nel 1929, con il r.d. 21 novembre 1929 n. 2330 “*Approvazione del regolamento per l’esecuzione del r.d.l. 15 agosto 1925 n. 1832 riguardante le scuole-convitto professionali per infermiere e le scuole specializzate di medicina, pubblica igiene e assistenza sociale per assistenti sanitarie vigilatrici*” si arrivò ad una regolamentazione che portò al miglioramento delle condizioni generali dell’assistenza infermieristica, soprattutto negli ospedali pubblici; solo nel 1934 si ha l’inserimento delle norme sulla formazione infermieristica all’interno del testo unico delle leggi sanitarie.

Nel 1934 si ha l’inserimento delle norme sulla formazione infermieristica all’interno del testo unico delle leggi sanitarie.

I primi corsi di formazione infermieristica prevedevano una durata di due anni, con internato obbligatorio. È interessante osservare che, fino al 1971

¹ LIPPI, Storia della medicina, Ed. Clueb, 2002

l'accesso alla professione di infermiere era consentita solo alle donne; ma con la L. 25 febbraio 1971 n. 124 si ha l'estensione alla professione anche al personale di sesso maschile.

La L.124/1971 trasformò in seguito le scuole-convitto, in scuole per infermieri professionali, sancendo definitivamente l'abolizione dell'internato obbligatorio.

Altro momento fondamentale nella strada verso la professionalizzazione è stata la nascita, nel 1954, del collegio professionale, organo che tutela la professione e l'esercizio professionale, vigila affinché nell'esercizio della professione vengano rispettate le norme deontologiche, è uno strumento di disciplina, ma anche difesa degli interessi dei professionisti.

Il 1974 segnò un forte cambiamento dell'*iter* formativo e professionale dell'infermiere, infatti con l'accordo di Strasburgo vennero definiti gli standard minimi per la formazione degli infermieri al fine di favorire una libera circolazione tra Paesi europei: per la realizzazione di questo rivoluzionario *iter* formativo, furono emanate la L. 15 novembre 1973 n. 795 concernente la "*Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo di Strasburgo sull'istruzione e formazione degli infermieri*" e il D.P.R. 13

ottobre 1975 n. 867 che indica le “Modificazioni all’ordinamento delle scuole per infermieri professionali e i relativi programmi di insegnamento”.

La preparazione dell’infermiere con questa riforma legislativa, fa acquisire un forte connotato professionale e caratterizzante alla professione stessa: da questo momento, per diventare infermiere occorre, oltre al possesso dell’ammissione al terzo anno di una qualsiasi scuola superiore riconosciuta, la frequenza al corso di tre anni (comprensivi di oltre 4600 ore di formazione teorico-pratica in ambito ospedaliero) di formazione infermieristica a carattere regionale (ma riconosciuto in ambito europeo).

La rapida evoluzione legislativa avvenuta dalla abolizione del mansionario in poi, spesso non ha riscontro nella coscienza degli infermieri, che troppo spesso sono ancora legati ad una logica mansionariale ed ancillare del medico, e non si rendono conto di quanto le nuove leggi e la formazione universitaria abbiano modificato la professione in termini di responsabilità, e continuano ad operare seguendo una rigida divisione del lavoro per compiti e non per obiettivi.

Nell'affrontare il lavoro di elaborazione della tesi sono stati posti i seguenti obiettivi:

1. Analisi del perché vi è necessità di cambiare i comportamenti professionali tramite un'analisi del percorso legislativo
2. Analisi dei cambiamenti in termini di responsabilità
3. Correlazione responsabilità/etica
4. Analisi bibliografica della evoluzione storica recente della professione e della relativa evoluzione legislativa

5. Analisi volta ad analizzare la diffusione della cultura della responsabilità

Per la redazione della tesi sono stati utilizzati i seguenti materiali e metodi:

- consultazione di riviste e testi scientifici
- consultazione di siti internet infermieristici
- consultazione di siti internet di riviste infermieristiche

LA FORMAZIONE UNIVERSITARIA

Con il D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modificazioni, e con il D.Lgs. 7 dicembre 1993 n. 517 si ha il progressivo e definitivo trasferimento della competenza in campo di formazione infermieristica, dal livello scolastico regionale a quello universitario².

Il corso di Laurea in infermieristica (L.) si pone l'obiettivo di garantire allo studente, che si appresta a diventare infermiere, un'adeguata padronanza dei metodi e contenuti scientifici generali della materia di studio (infermieristica), garantendo alla fine del percorso triennale un facile inserimento nel mondo del lavoro, sia presso enti pubblici che privati, nonché l'accesso alla libera professione; oltre all'acquisizione di una solida base, che permette l'accesso all'alta formazione, magistrale.

La Laurea magistrale (LM), successiva alla Laurea triennale, fornisce al Dottore in Scienze infermieristiche una formazione approfondita superiore nell'area sanitaria specialistica, garantendo a quest'ultimo l'acquisizione di elevate competenze in ambiti altamente specialistici della professione stessa.

² BENCI, Manuale giuridico per l'esercizio del nursing, La formazione infermieristica di base, *McGraw-Hill, Milano, 2001*.

L'evoluzione legislativa

1.1 Il mansionario

Nel 1940³ viene pubblicato il primo mansionario dell'infermiere professionale, che, modificato nel 1974⁴, resisterà in vigore fino alla sua parziale abrogazione, avvenuta nel 1999⁵. Si trattava di un dettagliato elenco di compiti specifici a carattere esecutivo, una norma rigida che definiva molto chiaramente che la professione era ausiliaria a quella del medico, che aveva compito di controllo, vigilanza e supervisione. In altre parole l'infermiere dipendeva funzionalmente dal medico e poteva eseguire, dietro prescrizione di quest'ultimo, solo gli atti che erano contenuti nell'elenco dettato dalla legge.

Si dovrà attendere il 1974 per acquisire un minimo di allargamento nell'autonomia professionale: con le modifiche apportate dalla legge n.225 del 1974 infatti, sono previste nuove mansioni che riguardano la programmazione ed attuazione di piani di lavoro, l'istruzione del

³ R.D. 2 maggio 1940, n.1310 Determinazione delle infermiere professionali e degli infermieri generici

⁴ Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n.1310,sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.

⁵ Legge 26 febbraio 1999, n. 42 Disposizioni in materia di professioni sanitarie

personale generico ed esecutivo, la partecipazione a riunioni di gruppi di lavoro e la ricerca sulle tecniche di assistenza.

Manca del tutto la capacità di valutazione del professionista, ma scompaiono le diciture che rimandano alla dipendenza ed il controllo diretto del medico, che comunque rimaneva responsabile dell'organizzazione del servizio.

Significativa a questo proposito la sentenza del Tribunale di Bolzano del 3 marzo 1980: *“Il medico è responsabile dell'organizzazione interna del servizio a lui affidato e deve svolgere attività di controllo e di verifica sull'operato degli ausiliari. Se il medico effettua una prescrizione di farmaci e l'infermiera la trascrive per consegnarla al malato, il primo è tenuto a controllare che la seconda non incorra in errori di trascrizione causativo della morte”*.

Bisogna però precisare che alcune attività aggiuntive o diverse da quelle stabilite dal mansionario sono entrate a far parte delle realtà operative, in virtù del continuo sviluppo tecnologico, senza che nessuna sentenza di condanna risulti a carico di infermieri per abuso della

professione medica⁶.

L'infermiere era comunque vincolato al rispetto di questo complesso di norme e attribuzioni, e, secondo il Testo Unico delle Leggi Sanitarie del 1934, al rispetto di un preciso ordine gerarchico delle professioni sanitarie, che venivano distinte in due rami: quelle principali (mediche) e quelle ausiliarie, cioè tutte quelle figure per le quali sono stati recentemente pubblicati i Profili.

⁶ BENCI, Manuale giuridico per l'esercizio del nursing, La formazione infermieristica di base, *McGraw-Hill, Milano, 2001*.

1.2 Gli anni dal 1994 al 1999

L'ausiliarietà è l'antitesi del concetto di AUTONOMIA. AUTONOMIA significa "capacità di governarsi con proprie leggi".

Il Decreto 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, all'art. 1 stabilisce che "L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica."

Questo significa che l'infermiere *risponde*, quale professionista, direttamente delle sue azioni orientate al risultato assistenziale, sopportandone l'onere delle relative conseguenze di natura civile, penale e disciplinare.

Con l'emanazione di questa legge l'infermiere diventa titolare del proprio atto sanitario, transitando da una responsabilità limitata e circoscritta al mero atto esecutivo (mansionario) alla assunzione di responsabilità dell'atto infermieristico.

Il profilo viene emanato in sovrapposizione al mansionario, che sopravvivrà fino al 1999: da un lato quindi l'infermiere si trovava ad essere il responsabile del processo di nursing, dall'altro era fortemente vincolato dalla sua ausiliarità al medico e dall'elenco delle mansioni che poteva espletare.

1.3 L'abrogazione del mansionario

La Legge 26 febbraio 1999, n. 42, recante *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie "* all'art.1 stabilisce che *"La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria" "*, abolendo la ausiliarietà della professione, soprattutto alla professione medica; all'art.2 sancisce che *"dalla entrata in vigore della presente legge è abrogato il regolamento approvato con decreto del presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225"*. abroga cioè il mansionario.

Dopo almeno un secolo di rivendicazioni, pressioni, proposte, l'infermiere finalmente abbandona quella veste di professionista sanitario ausiliario che lo ha sempre contraddistinto e confinato in un ruolo subordinato e deresponsabilizzato, ed inoltre viene liberato dai vicoli restrittivi e riduttivi indicati dal mansionario, oramai abrogato. Si pone fine così alla "schizofrenica commedia rappresentata dalle Istituzioni Sanitarie da una

parte e dagli infermieri dall'altra, tutti consapevoli della costante disapplicazione della legge, il cui rigoroso rispetto avrebbe peraltro causato la chiusura di interi reparti e servizi”⁷. La naturale e necessaria conseguenza della abrogazione del mansionario, che ha "compresso" la professione infermieristica o, meglio, la professionalità dell'infermiere, per un quarto di secolo all'interno di quella che più voci hanno definito una vera e propria gabbia, dovrà essere lo sviluppo di una dimensione nuova della professione, autonoma e responsabile nella sua professionalità e nella sua individualità.

L'abolizione del mansionario, infatti, se da una parte consentirà al cittadino di usufruire di adeguate e avanzate forme di assistenza infermieristica, sia a domicilio che in residenze sanitarie assistenziali, senza peraltro la presenza del medico, dall'altra contribuirà certamente ad una maggiore responsabilizzazione della professione.

⁷ La nuova regolamentazione per l'esercizio professionale. IPASVI-Roma. *Dalla presentazione di G.Rocco.*

1.4 I campi propri di attività

Abolendo i limiti imposti dalla L.225 del 14 marzo 1974, la Legge 26 febbraio 1999, n. 42 determina anche il campo di attività dell'infermiere, definendo tre criteri e due limiti: i primi sono dati *“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”*, i secondi da *“le competenze previste per le professioni mediche e per le 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.”*

All'abrogazione del mansionario segue, in sostanza, l'individuazione del campo di attività e soprattutto di responsabilità, dell'infermiere, effettuata alla luce del profilo (D.M. 739/94), del corso di studi, della formazione post-base e del codice deontologico, che diventa non solo un essenziale strumento di autoregolamentazione ma anche una vera e propria guida, sotto l'aspetto etico, ma non solo, all'esercizio professionale.

Tuttavia, non è facile oggi individuare il concetto di "campo proprio di attività e di responsabilità" sulla sola base dei criteri guida indicati. Sorgeranno sicuramente dei problemi, anche perché, poi, il profilo non è esaustivo cioè non ricomprende tutte quante le situazioni operative e cognitive nelle quali si trovano di fatto ad operare gli infermieri.

Oltre ai criteri guida, la legge pone due limiti.

Il limite delle competenze previste per i medici e il limite previsto per le competenze degli altri professionisti sanitari forniti di laurea.

In sostanza, si parla del limite dell'atto medico, che è pur sempre di difficile individuazione perché per molto tempo atto medico e atto sanitario sono stati concetti pressoché equivalenti. Venuta oggi meno questa equivalenza tra atto medico e atto sanitario (una cosa, cioè, è l'atto medico, un'altra è l'atto sanitario), risulta di non facile individuazione l'esclusiva competenza medica, proprio perché si è passati da una situazione di estrema rigidità ad una situazione di flessibilità, dove i singoli ruoli professionali e le rispettive funzioni del medico e dell'infermiere, non sono più precostituite in modo rigido, come avveniva fino a poco tempo fa, ma dipendono da vari fattori evolutivi,

legati soprattutto all'evoluzione delle conoscenze necessarie per compiere determinati atti.

Vale la pena, a questo punto, ricordare quali sono i tradizionali ambiti peculiari della professione medica che sono l'ambito della diagnosi e della cura. In altre parole, il medico è responsabile della diagnosi e della terapia, cioè dell'attività diagnostica, delle scelte e delle attività terapeutiche. Limiti insopprimibili ma non sempre esclusivi (si pensi, ad esempio, al D.P.R. 27 marzo 1992, sull'emergenza sanitaria).

Ma pensiamo anche al concetto stesso di "terapia" che nel corso degli anni ha subito una progressiva dilatazione per l'ampliamento del concetto di salute. Pensiamo anche al concetto di "atto medico delegato" che a volte può lasciare un po' perplessi perché il medico non può delegare ad altri quelle che sono le sue attribuzioni riconosciute dalla legge e che solo dalla legge possono esser modificate.

Cesare Gerin, medico legale e autore di un famoso trattato appunto di medicina legale ha definito l'atto medico come *“quell'insieme di atti che hanno la finalità di prevenire, di diagnosticare, di curare”*⁸. Si tratta di concetti molto estensivi, che sembrano ricomprendere tutto il "fare"

⁸ GERIN, La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile, *ed. Giuffrè*, 1987

sanitario. Oggi, alla luce di un campo proprio di attività dell'infermiere, il concetto di atto medico va sicuramente rivisto in un modo che tenga conto dell'esistenza di un atto autonomo infermieristico.

Tuttavia vale la pena di ricordare che situazioni particolari si possono presentare in condizioni di *urgenza*. L'urgenza, nel senso medico legale del termine, ricorre quando si realizza una condizione di oggettivo pericolo di vita associata allo stato di necessità determinato dall'incombente di un danno grave alla persona. In sostanza il compiere un atto medico da parte dell'infermiere che si trova in una situazione di urgenza non integrerà il reato di esercizio abusivo di professione medica.

La "linea" di confine tra attribuzioni infermieristiche e atti medici è individuata dalla legge dalle "competenze previste per le professioni mediche".

Pertanto, la "nuova" responsabilità dell'infermiere dovrà necessariamente far sì che ogni professionista sanitario prenda coscienza e consapevolezza della sufficienza (o insufficienza) della propria preparazione ad erogare una prestazione con competenza, ad utilizzare una tecnica con la necessaria sicurezza o a sviluppare, in autonomia, una serie di attività assistenziali sul paziente.

Quindi, l'infermiere ha una propria completa autonomia e un suo proprio ambito di responsabilità puntualmente individuato, *in primis*, dal profilo professionale (...è responsabile dell'assistenza infermieristica..) e sarà chiamato a rispondere direttamente delle proprie azioni non più indirizzate al mero compimento di un atto tecnico, quale poteva essere uno di quelli individuati dal mansionario, bensì orientate al risultato assistenziale con la necessaria sopportazione dell'onere delle relative conseguenze di natura civile, penale e disciplinare.

Da tempo le mansioni già previste dal D.P.R. 225/74 erano state per così dire ampliate e, in parte, anche superate da leggi successive proprio nel tentativo, in parte riuscito, di adeguare costantemente il campo di attività dell'infermiere all'evoluzione dei bisogni dei pazienti e delle conoscenze disponibili.

Quindi, si potrà senza dubbio alcuno affermare che l'abrogazione del mansionario dovrà necessariamente comportare il riconoscimento di una logica di funzioni integrate e complementari che vedranno gli infermieri chiamati ad assumere una responsabilità in ambiti propri, piuttosto che sviluppare implicitamente competenze in ambiti altrui.

1.5 Il “dopo-mansionario”

Il "dopo mansionario" non deve e non può costituire un "lato oscuro" della professione, ma può solo offrire opportunità nuove ad una professione che deve trovare i pilastri del proprio esercizio professionale in altri strumenti.

Il patrimonio giuridico dell'infermiere si è poi arricchito di una nuova e recente legge. Il riferimento è alla Legge 10 agosto 2000 n. 251, *"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione di ostetrica"*. La legge è nota come la legge che ha approvato la dirigenza infermieristica ma non si è occupata solo di questo. L'art. 1 afferma che *"infermieri e ostetriche 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 degli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza"*. La prima parte dell'articolo sostanzialmente ribadisce e ripropone i contenuti della Legge

n. 42/99 e sancisce la piena autonomia della professione infermieristica.

Sulla base, quindi, della vigente normativa, è possibile individuare quali sono oggi le regole e gli obblighi ai quali deve attenersi l'infermiere per prevedere ed evitare situazioni che potrebbero dare luogo alla sua responsabilità.

Sono:

- obbligo di informarsi;
- obbligo di agire con cautela al fine evitare o ridurre i pericoli;
- obbligo di astenersi completamente dall'agire (per evitare rischi incontrollabili);
- obbligo di idonea scelta dei propri ausiliari e di controllo sugli stessi.

L'infermiere ha il preciso dovere di "informarsi", cioè curare in via permanente la propria preparazione. La Legge n. 42/99 è molto precisa sul punto: *"campo proprio di attività e di responsabilità dell'infermiere è determinato ... dai corsi di formazione post-base"*. La Legge ora citata e, in senso lato, tutto il nostro sistema giuridico, prevedono un generale obbligo di "sapere" a carico di chi svolge professionalmente un'attività; obbligo tanto etico quanto giuridico. Non si potrà più dire: "io non lo

sapevo". Nel caso dell'attività infermieristica, all'interno dell'obbligo di sapere e di conoscere, rientra l'obbligo non solo di conoscere le leggi, i regolamenti, gli ordini di servizio ma anche di conoscere i "protocolli". L'infermiere non potrà, quindi, non conoscere e non saper applicare con sicurezza i protocolli e dovrà necessariamente aderire ad essi, a meno che non siano manifestamente errati.

L'obbligo di agire con cautela sembra una banalità ma il non osservare quest'obbligo è la causa più frequente degli errori sanitari. E questa è la colpa professionale, laddove la colpa è determinata dall'agire con imprudenza, imperizia, negligenza o non osservando le leggi e i regolamenti. Essere imprudenti, ad esempio, significa agire in maniera affrettata, senza riflettere, ad esempio, su quello che è stato definito come il "risultato assistenziale". L'essere imprudenti, ad esempio, significa agire senza attenzione.

L'infermiere ha poi il dovere di astenersi, dall'agire per evitare rischi incontrollabili. Si pensi al codice deontologico che afferma che *"L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con*

prudenza al fine di non nuocere".⁹ (Codice Deontologico degli Infermieri, 2009 art. 9 capo II).

Infine, occorre un'idonea scelta del personale di supporto e un controllo sul loro operato.

⁹ Codice Deontologico degli Infermieri, 2009, art. 9 capo II

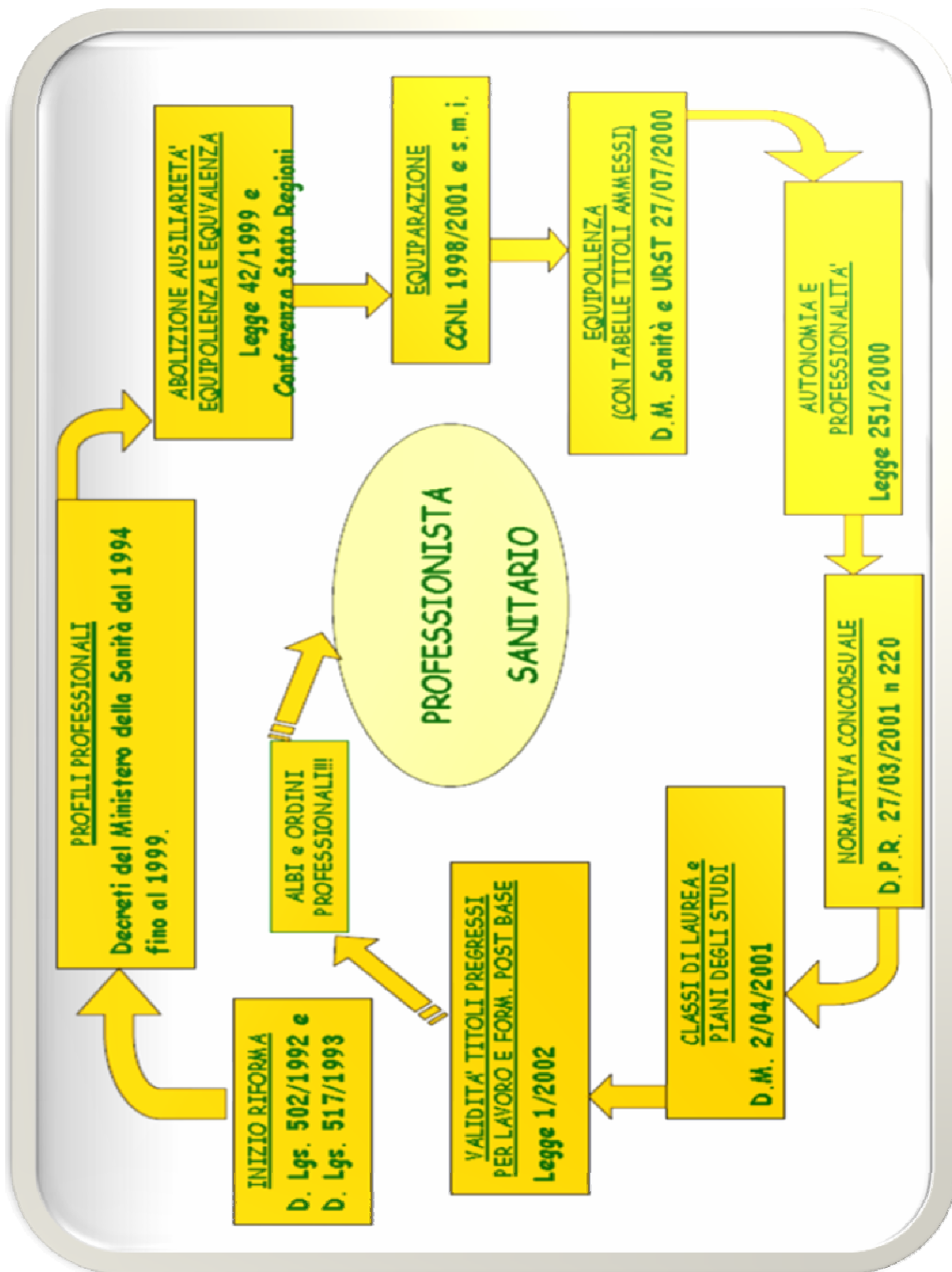


Figura 1 Il percorso legislativo *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*,

2 Responsabilità e deontologia professionale

Per responsabilità professionale si intende il carattere o la situazione a cui è chiamato a rispondere in prima persona chi compie un fatto o un atto nell'esercizio delle proprie funzioni, in piena autonomia decisionale. Da ciò discende l'obbligo di operare con la massima perizia, diligenza, prudenza, in piena osservanza di tutte le norme giuridiche, deontologiche e tecniche.¹⁰

L'infermiere è tenuto, nell'ambito dell'esercizio professionale, ad avere presenti in ogni momento le forme di responsabilità a cui deve a rispondere. Queste sono indipendenti ma concorrenti fra di loro, e riguardano:

- la responsabilità civile, che si può definire come il dovere imposto ad un soggetto di risarcire un danno prodotto ad un altro soggetto come conseguenza della illegittimità della sua azione od omissione, essa può essere di natura contrattuale quando l'obbligo di risarcire il danno deriva da un rapporto contrattuale, o extracontrattuale quando l'obbligo di risarcire deriva da un fatto illecito;

¹⁰ L.Benci "Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing", *McGraw-Hill*, 2004

- la responsabilità penale, che determina nei confronti di un individuo la sanzione della pena, quale restrizione della libertà, per aver commesso fatti vietati dalla legge, e previsti come reati;
- la responsabilità amministrativa, la quale determina una sanzione applicata dalla pubblica amministrazione per comportamenti che violano le regole di condotta della vita sociale; la responsabilità disciplinare, in cui la sanzione viene erogata dall'organismo di cui si fa parte, e di norma consiste in richiami, limitazioni di facoltà nell'ambito del gruppo sociale, multe.

2.1 I Codici Deontologici

Da sempre, in ogni documento lasciato dagli ispiratori dell'assistenza, dalle Regole per i Ministri degli Infermi di S. Camillo De Lellis , al Giuramento di F. Nightingale, sono presenti i valori etici e le norme che saranno codificati successivamente nei Codici Deontologici delle associazioni infermieristiche.

La Deontologia è la scienza dei doveri, l'etimologia del termine ci parla anche di necessità e di convenienza. E' la scienza della moralità¹¹;

E' l'insieme di regole tradizionali che indicano come comportarsi in quanto membri di un corpo sociale determinato, e il senso di tale regole è di provvedere alla "convenienza" o utilità di tale corpo sociale, perché possa meglio conseguire il fine che si propone¹².

I principi su cui essa si fonda sono i principi Etici, dell'Etica Fondamentale, dell'Etica Clinica e della Bioetica.

¹¹ Bentham, *Deontology or the Science of Morality*, Edimburgo, 1834

¹² Spinsanti, *Etica Biomedica*, Ed. Paoline 1992

Detta i comportamenti e si fonda sull'idea che questi comportamenti siano il frutto di "buona volontà, che determina la scelta delle azioni per amore del dovere, e non semplicemente in nome del dovere"¹³.

Gli infermieri da sempre si sono creati i loro strumenti di riferimento a norme etiche.

Gli infermieri italiani sono stati accompagnati da un Codice Deontologico (sebbene poco conosciuto) fin dal 1960, un codice delle infermiere. In quegli anni infatti, le infermiere sono una realtà particolare, ancora molto coniugata ad uno spirito missionario, vocazionale, confessionale. Il Codice Deontologico del 1960 è un codice fortemente prescritto, immaginato e predisposto per cercare di sviluppare e costruire una disciplina e uno zelo per coloro che non erano preparati a svolgere un impegno, un'attività così rilevante nei confronti degli assistiti. Quindi un codice col quale si cerca di dare una disciplina a chi una disciplina di fatto non aveva, per una carenza formativa molto forte.

In questo codice troviamo il riferimento a una "leale collaborazione nei confronti del medico", si indica di onorare la propria professione, dichiarando l'impegno/dovere di aggiornarsi e perfezionarsi, di non

¹³ Kant, *Nursing Medico Chirurgico Ed. Ambrosiano 1994*

lasciare il posto di lavoro senza la sicurezza della sostituzione, ma soprattutto l'art.5 che recita: “... *osservano il segreto professionale in base ad intima convinzione al di sopra di ogni obbligo giuridico. Il segreto si estende a tutto ciò che i professionisti siano venuti a conoscere nell'esercizio della professione: non solo quindi a ciò che gli fu confidato, ma anche a ciò che essi hanno veduto, inteso o semplicemente intuito*”, che esprime il concetto che il senso di responsabilità professionale esiste al di là della legge. La legge è molto importante, ma gli individui e le loro coscienze esistono anche al di là della legge. Il segreto professionale, tornando all'oggetto in questione, è un impegno, una intima convinzione proprio per il rapporto specifico che l'infermiere ha e che costruisce con la persona assistita: se anche il codice penale non parlasse assolutamente del segreto professionale in termini di violazione, di possibile reato, gli infermieri sempre e comunque vi si atterrebbero. Gli infermieri esprimono con questa ricercatezza, con questa precisione, il concetto di segreto professionale, che non è relativo soltanto a quello di cui si è venuti a conoscenza per il ruolo rivestito, ma che comprende anche quello che la persona può aver confidato, magari in misura individuale. Pensiamo a quello che avviene durante la notte, in alcuni momenti di particolare

apertura per le persone assistite, a quante volte gli infermieri possono vedere, intendere o semplicemente intuire/percepire, per esempio osservando gli assistiti nei momenti delle visite dei parenti o delle persone significative. Sono momenti che si osservano da lontano a cui non partecipiamo direttamente, ma certamente molto significativi per comprendere molti aspetti.

Gli anni '70 sono anni in cui la professione infermieristica assume una dimensione sociale e anche un'identità professionale più precisa. professionale più precisa.

Il Codice Deontologico del 1977 si presenta più strutturato rispetto al precedente, organizzato al suo interno con titoli e premessa; i suoi contenuti non mirano più ad un fine disciplinare, ma a dare fondamenta precise, appunto quelle dei valori della professione, alla identità dell'infermiere. Nella premessa si parla appunto dei valori della professione, indicando nell'infermiere il soggetto al servizio della salute e della vita:

“l'infermiere svolge una professione al servizio della salute e della vita. E' chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica, ma anche a dare risposte professionali nuove per favorire,

*con la collaborazione di tutto il personale sanitario, il progresso della salute nel paese". L'art.4, recitando "l'infermiere promuove la salute del singolo e della collettività operando contemporaneamente per la prevenzione, la cura e la riabilitazione",*previene il primo documento giuridico che lo affermerà, la L. 833/1978, di un anno e mezzo dopo.

Oggetto di critica invece potrebbe essere l'articolo che parla dell'obiezione di coscienza, prevedendo che questa possa essere espressa se le richieste di particolari interventi vanno contro i contenuti etici della professione. In realtà il riferimento giusto da fare è il conflitto con la coscienza individuale, più che nei confronti delle scelte etiche della professione, ed infatti in questo senso sarà ripresa nel Codice Deontologico del 1999.

Il Codice Deontologico del 1999 nasce da una maturità degli infermieri nel frattempo raggiunta, poiché enfatizza la separazione e l'integrazione che devono esistere tra la deontologia e l'etica soggettiva, che possiamo definire coscienza individuale, cioè i valori della persona. Con il termine coscienza professionale invece si intendono i valori della professione. Queste due diverse visioni devono integrarsi fra loro ed aiutare il professionista a prendere decisioni per altri o a guidare processi decisionali importanti.

Il Codice Deontologico approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipasvi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009 riflette l'esigenza nata dall'evoluzione della professione, che nell'arco di un decennio ha acquisito un'identità finalmente netta e definita nei suoi contorni: l'infermiere non è più "l'operatore sanitario" dotato di un diploma abilitante, ma "il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica". Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso *l'atto infermieristico* inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali.

Da questa significativa svolta ha origine il "nuovo" rapporto infermiere-persona/assistito recepito dal Codice Deontologico dell'infermiere de 2009.

Il Codice Deontologico non ha solo una valenza deontologica, anzi, a partire dalla L. 42/1999 il Codice ha avuto anche riconoscimento giuridico. E' la prima volta che il mandato sociale (l'insieme delle norme giuridiche che assegnano ruoli e responsabilità ai sanitari) riconosce pienamente il mandato professionale (l'insieme degli standard e delle definizioni interne alla professione che completa la visione sociale) come elemento parimenti costitutivo.

Ma la deontologia è cosa diversa dal diritto: c'è una distanza precisa fra la coscienza professionale e la legge. Anticamente la deontologia era superiore a qualsiasi regola giuridica, oltre a qualsiasi definizione sociale. I sanitari spesso si trovano in condizioni di dover decidere, affrontare situazioni che sono oltre qualsiasi riferimento giuridico: questo è quello che il giuramento di Ippocrate sostanzia. I sanitari non devono decidere solo in base alla legge, hanno un mandato importante: prendere in carico delle persone. Per gestire la meglio questo mandato, la bioetica suggerisce di muoversi secondo tre coordinate di riferimento: i principi di autonomia, beneficenza e giustizia, peraltro rintracciabili anche nel Codice Deontologico dell'infermiere.

Più che parlare dei doveri dell'infermiere, il Codice Deontologico

del 2009 esprime in primo luogo le responsabilità e gli impegni che gli infermieri hanno assunto. La parola impegno ha un valore ben più alto rispetto al termine dovere: non è quindi un caso, come molti autori hanno sottolineato, che gli infermieri nel loro Codice abbiano completamente escluso il termine dovere. Neppure è casuale aver optato per una performance infermieristica che si evidenzia con azioni quali l'infermiere si attiva, l'infermiere promuove, l'infermiere garantisce. Il Codice deontologico è quindi una vera e propria dichiarazione, quasi solenne, degli impegni che questa professione si assume verso i suoi interlocutori: i cittadini, le istituzioni, i colleghi, gli altri professionisti.

“ Essere infermiere oggi non è come esserlo stati all’inizio della nostra storia o solo 10 anni fa; è però indubbio che continua ad esserci un filo rosso, ben visibile, mai interrotto, che ci unisce. E’ il filo rosso: della scelta del prendersi cura della serietà e responsabilità che caratterizza il nostro impegno della certezza di svolgere un ruolo rilevante ed anche insostituibile a fianco delle persone che hanno bisogno di assistenza della consapevolezza di volere e dover essere sempre all’altezza dei nostri alti compiti sia sul piano umano che su quello professionale”¹⁴.

¹⁴ Tratto dal discorso tenuto al Congresso Nazionale IPASVI, A. Silvestro, Roma 2005

2.2 Il Codice Deontologico del 2009

Il concetto di responsabilità è ampiamente richiamato nel Codice negli articoli:

- art.1 L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.
- art.3 La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- art.4 L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.
- art.5 Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica

I valori ed impegni, nel significato letterale di promessa, incombenza, attivo interessamento enunciati nel Codice Deontologico sono:

- rispetto della vita, salute, libertà, dignità dell'individuo;
- accettazione dei valori e impegno a viverli nel quotidiano.

- rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo, basati sui valori universali che sono il germe di tutte le norme legislative, deontologiche, delle carte e delle dichiarazioni;
- salute intesa come bene fondamentale dell'uomo e della collettività;
- libertà di pensiero e credo: rispetto dei valori religiosi, ideologici, etici, culturali, etnici, sessuali.
- principio di autonomia, rispetto del diritto di scelta dell'assistito.
- rispetto delle indicazioni dell'assistito;
- aiuto alla persona nelle scelte terapeutiche.

Il principio di autonomia si ritrova, per quanto riguarda la specificità infermieristica, in:

- art.17 l'agire professionale non deve essere condizionato

Si intende infatti per autonomia la capacità di operare una scelta libera da imposizioni esterne, di qualunque natura esse siano.

La riservatezza :

- art.28 L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito.

L'informazione:

- art.24 L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere
- art.25 L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

In questi articoli, in merito alla tutela dei diritti delle persone, e specificatamente del diritto di conoscere i propri diritti, l'infermiere adegua le comunicazioni alle capacità di comprensione del proprio interlocutore e ne rispetta anche la volontà di non essere informato.

- art.22 L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito.

In questo art. non si parla di "diritto" ma di "dovere". Deontologicamente l'infermiere "deve" conoscere il progetto diagnostico-terapeutico, in quanto egli è uno degli attori di questo progetto.

Nel vivere la professione l'infermiere si può trovare di fronte a problematiche relative alla identificazione dei valori etici ed alla loro posizione gerarchica, ed avere difficoltà nelle scelte operative: il Codice Deontologico si preoccupa di porre dei riferimenti relativi ai criteri di discernimento etico in caso di conflitto (art. 8), ed indica come ancora di salvezza di fronte a profondi contrasti con i principi etici della professione il diritto all'obiezione di coscienza; mentre nel caso di dilemmi etici indica il ricorso alla consulenza professionale ed istituzionale (art.16). Indica inoltre i principi dell'operare per il bene dell'assistito, principio di beneficio (art. 9), e di non maleficenza, sul ricorso alla contenzione (art.30), e nell'art. 38 sui trattamenti finalizzati a procurare la morte, in cui seppur indirettamente, si sottolinea il valore primo: quello della vita.

Negli art. 11 e 12 l'infermiere definisce il fine del suo studio, del suo aggiornamento, della ricerca: innalzare il livello qualitativo dell'assistenza, e puntare alla qualità della vita; l'infermiere si impone strumenti di autovalutazione e di verifica, aspirando ad una sempre maggiore affermazione in base a criteri di accreditamento di eccellenza, in ambito sociale ed istituzionale, sia operando attivamente per la costruzione di un

sistema basato su valori e diritti, sia comunicando, riferendo, segnalando (art. 42, 43 e 44) alle autorità preposte, ogni situazione od evento che possa ridurre o limitare la qualità delle cure e dell'assistenza, le carenze e i disservizi.

Un ulteriore concetto che emerge dal Codice Deontologico è quello relativo alla tutela dei più deboli: nell' art. 33 viene espresso l'impegno rispetto a persone in condizioni limitanti il proprio sviluppo o espressione, e a chi subisce maltrattamenti o privazioni.

Da questa breve analisi dei contenuti del Codice emergono diversi livelli di responsabilità, che hanno basi etiche e si intrecciano con i riferimenti legislativi. L'infermiere risulta responsabile:

- del proprio operato nei confronti dell'assistito, considerato come persona nella sua unicità;
- della propria preparazione e dell'aggiornamento delle proprie conoscenze
- del mantenimento di rapporti con colleghi ed altri operatori incentrati sulla cooperazione
- dei rapporti con le istituzioni

- dell'immagine professionale che trasmette all'esterno.

Il Codice del '99 nasce in una fase molto delicata della professione, infatti nel febbraio dello stesso anno la Legge n. 42 accresce molto l'importanza attribuita al Codice stesso, che diventa da strumento di autoregolamentazione, una vera e propria guida nell'agire infermieristico, non solo dal punto di vista etico, ma anche dal punto di vista giuridico, essendo uno dei criteri guida individuati per definire il campo di azione dell'infermiere dopo l'abrogazione del mansionario; il codice del 2009 invece riconosce pienamente il mandato professionale (l'insieme degli standard e delle definizioni interne alla professione che completa la visione sociale.

Il Codice non è un documento che si limita a determinare ciò che l'infermiere può fare, ma specifica gli obiettivi che è chiamato a realizzare, sostenendolo nelle scelte non sempre facili che si può trovare ad affrontare, problemi che possono investire sia la sfera individuale sia quella dei principi propri della professione.

In conclusione, il Codice pone le basi per definire la responsabilità personale insita nell'interpretazione delle norme deontologiche: i codici

non sono un regolamento da seguire, ma sono una guida, ed offrono lo spazio all'interno del quale poter scegliere ed agire in autonomia. Da questo spazio deriva la responsabilità del professionista di rispondere delle proprie decisioni.

Nel Codice Deontologico del 2009 vengono affrontate tutte le questioni che riguardano un professionista della salute: c'è il giusto rilievo delle grandi questioni bioetiche e viene data un'equilibrata ed efficace attenzione al ruolo civile dell'infermiere, laddove viene richiamato il forte impegno all'uso ottimale delle risorse, delle conoscenze e delle competenze, nonché a tutti quegli elementi che consentono il corretto sviluppo della professione, come l'aggiornamento e la formazione continua. Importante anche il ruolo che viene dato alla comunicazione e al rapporto diretto con i pazienti: in più articoli viene sottolineata l'importanza che l'informazione e il dialogo hanno per promuovere la valorizzazione della salute del paziente.

3 Analisi della conoscenza attuale e proposta di progetto formativo aziendale

3.1 Analisi delle competenze

Per valutare il livello di partenza di conoscenze del personale è stato svolto un lavoro di indagine seguendo il metodo del bilancio delle competenze¹⁵, basato sulle legislazione pubblicata nella sezione “professione” della Federazione IPASVI¹⁶. Ne sono risultate due tabelle per due differenti aree: quella legata alla conoscenza della legislazione (v. tabella 1) e quella legata alla conoscenza della deontologia (v. tabella 2). All’interno di esse sono raggruppate le voci che sono risultate dall’analisi del documento dell’IPASVI e che sono state ritenute attinenti.

Le tabelle saranno utilizzate dal coordinatore infermieristico per valutare il livello di competenza sull’argomento e saranno uno strumento di riferimento per l’organizzazione di progetti formativi mirati alla diffusione della cultura della responsabilità professionale.

Lo scopo è quello di spingere l’individuo a fare il punto sulle proprie

¹⁵ LEVATI, SARAÒ, *Il modello delle competenze*, Ed. Angeli, Milano, 4° edizione, 2003

¹⁶ <http://www.ipasvi.it/professione/>

competenze riguardo a quello che si sta intraprendendo, mettendo in relazione quattro elementi chiave: ciò che si è, ciò che si sa fare (conoscenze, competenze), ciò che si può fare (potenzialità), ciò che si spera di fare (obiettivi). Gli effetti di questa analisi sono di tre tipi:

- acquisizione di fiducia in sé, legata al maggior grado di conoscenza
- possibilità di valutare e scegliere un iter formativo finalizzato al raggiungimento di un obiettivo professionale
- coerenza tra i propri obiettivi e le azioni che si compiono per raggiungerli.

Lo strumento utilizzato per la valutazione cerca di misurare la conoscenza/competenza in ogni singola voce estrapolata dal piano di studi della Federazione IPASVI, utilizzando una scala di misurazione adottata tra quelle disponibili, in quanto ritenuta più precisa e adatta al fine di organizzare in ordine prioritario la programmazione degli interventi formativi. Il modello adottato è quello proposto da J.-J. Guilbert nella sua “Guida Pedagogica per il personale sanitario”¹⁷, che propone infatti una graduazione sulla conoscenza/competenza (v.

¹⁷ J.J. GUILBERT, Guida Pedagogica per il personale sanitario”, *OMS Pubblicazione offset N° 35*, quarta edizione italiana a cura di G. Palasciano e A. Lotti, Edizioni Dal Sud, Bari, 2002

Tabella 3), ma anche sull'importanza attribuita ad essa (v. Tabella 4). La valutazione sarà confrontata con quella attribuita dai docenti, per indirizzare meglio i discenti verso le priorità che possono essere sottovalutate.

Area della conoscenza della legislazione

Aree di competenza	Elenco delle competenze	Valutazione delle competenze	
		Livello attuale di competenza	Grado di importanza
Area della conoscenza della legislazione	Conoscere la legislazione riguardante l'esercizio della professione – disposizioni generali		
	Conoscere la legislazione riguardante la formazione – disposizioni generali		
	Conoscere la legislazione riguardante l'esercizio le figure di supporto		
	Conoscere la legislazione riguardante gli ordini professionali		
	Conoscere la legislazione riguardante la privacy		
	Conoscere la legislazione riguardante i profili professionali		

Area della conoscenza della legislazione	Conoscere la legislazione riguardante l'orario di lavoro		
	Conoscere la legislazione riguardante la sicurezza sul lavoro		

Tabella 1 Area della conoscenza della legislazione

Area della conoscenza della deontologia

Aree di competenza	Elenco delle competenze	Valutazione delle competenze	
		Livello attuale di competenza	Grado di importanza
Area della conoscenza della deontologia	Conoscere i principi etici della professione		
	Conoscere il patto infermiere-cittadino		
	Conoscere la gestione dei rapporti con l'assistito		
	Conoscere la gestione dei rapporti con gli altri operatori		
	Conoscere la gestione dei rapporti con le istituzioni		

Tabella 2 Area della conoscenza della deontologia

Scala di valutazione delle competenze

- 5. Padronanza totale:** la persona è un esperto o specialista del soggetto, possiede una conoscenza aggiornata perfetta oltre ad una considerevole esperienza clinica.
- 4. Padronanza praticamente totale:** la persona è molto ben informata su questo elemento e possiede eccellenti competenze, anche se non raggiunge il livello di un esperto o di uno specialista. Ha grande esperienza pratica.
- 3. Buona padronanza:** la persona è ben informata e competente in questo elemento. Possiede qualche esperienza pratica, mostrando forse delle lacune.
- 2. Padronanza accettabile:** la persona possiede alcune conoscenze o competenze rispetto a questo elemento, ma ha pochissima esperienza pratica; nessuna traccia dell'applicazione di conoscenze o competenze pertinenti alla situazione lavorativa reale.
- 1. Padronanza molto superficiale:** la persona possiede alcune conoscenze o competenze rispetto a questo elemento, ma non ha alcuna esperienza pratica. Pertanto è incerta nell'applicare quel poco che sa. Essa potrebbe applicare le proprie conoscenze se potesse avvalersi dell'ausilio, delle spiegazioni, della valutazione, e delle informazioni di ritorno dei colleghi più esperti.
- 0. Nessuna padronanza:** la persona può aver ascoltato o letto qualcosa concernente questo elemento, ma non lo ha mai realmente studiato a fondo e non ne ha mai fatto ricorso durante la pratica.

Tabella 3: Scala di valutazione delle competenze Guilbert J.J., “Guida Pedagogica per il personale sanitario”, OMS Pubblicazione offset N° 35, quarta edizione italiana a cura di G. Palasciano e A. Lotti, Edizioni Dal Sud, Bari, 2002

Scala a sei gradi per valutare l'importanza di una determinata competenza necessaria per la buona esecuzione di un lavoro

- 5. Essenziale:** non è assolutamente possibile svolgere alcune parti del lavoro senza padroneggiare questa competenza.
- 4. Molto importante:** è difficile svolgere in modo soddisfacente alcune parti del lavoro senza essere praticamente perfetti in questa competenza.
- 3. Importante:** sarebbe opportuno padroneggiare questa competenza per svolgere in modo soddisfacente il lavoro.
- 2. Relativamente importante:** una padronanza media di questa competenza consente uno svolgimento soddisfacente del lavoro:
- 1. Scarsa importanza:** sarebbe opportuno avere una nozione generale di questa competenza, ma anche una capacità ridotta consente un'esecuzione soddisfacente del lavoro.
- 0. Nessuna importanza:** questa competenza non riguarda il lavoro che svolge o sarà chiamato a svolgere la persona da valutare. Può essere eliminato dalla lista.

Tabella 4: Scala a sei gradi per valutare l'importanza di una determinata competenza necessaria per la buona esecuzione di un lavoro. Guilbert J.J., "Guida Pedagogica per il personale sanitario", OMS Pubblicazione offset N° 35, quarta edizione italiana a cura di G. Palasciano e A. Lotti, Edizioni Dal Sud, Bari, 2002

CONCLUSIONI

“Il mondo, e in special modo quello ospedaliero, è in movimento così rapido che è troppo facile prendere, senza accorgersene, delle cattive abitudini; è ancor più facile lasciar trascorrere il tempo senza esserci proposte un vero programma di auto formazione. Dopotutto, la formazione che ci viene data non ha che un unico scopo:

insegnarci a formare noi stesse, ad osservare, a pensare.

(Florence Nightingale, Lettera alle infermiere, 23 maggio 1873)

Tratto dal “Codice Deontologico della professione di infermiere” del maggio 2009:

Capo II

Articolo 7

L’infermiere orienta la sua azione al bene dell’assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 8

L’infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di

coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere.

Articolo 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Capo III

Articolo 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12

L'infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici

sull'assistito.

Articolo 13

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

Articolo 15

L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti

derivanti da pressioni o interessi di assistiti, familiari,altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Si è voluto riportare integralmente nella conclusione della tesi due testi che riassumono quanto fino ad ora esposto sulla responsabilità e deontologia della professione infermieristica; il primo testo, di Florence Nightingale, della fine del XIX secolo, ma quanto mai attuale, esprime una realtà che troppo spesso riguarda la professione: la *routine*, la demotivazione, spesso legata a condizioni di lavoro non favorevoli, a mancato riconoscimento delle proprie capacità, l'essere a contatto con persone che soffrono, possono portare ad una specie di allontanamento dall'assistito, come difesa e barriera alle emozioni. Questa situazione può portare l'infermiere a prestare poca attenzione al proprio lavoro, ad adagiarsi su usi e consuetudini già collaudati che non richiedono sforzo, senza chiedersi se effettivamente rappresentino la soluzione migliore in

quel momento, per quel paziente.

Il secondo testo è il capo III, IV e V del “Codice Deontologico della professione di infermiere” del maggio 2009: in esso è sintetizzato il dovere etico, deontologico e morale di cui un infermiere deve farsi carico per svolgere la sua professione.

Un’attenta riflessione circa gli ambiti della propria responsabilità, al cui fianco deve porsi il concetto di consapevolezza della centralità dell’assistito, è indispensabile affinché l’infermiere svolga un’assistenza infermieristica “responsabile”. Ogni professionista deve possedere all’interno della propria coscienza professionale, una “cultura della responsabilità”, cioè prima che un concetto giuridico la responsabilità deve essere intesa come parte dell’essenza morale ed etica del professionista.

Perché ciò avvenga, è auspicabile che sia la formazione, di base e post base, l’organizzazione dei servizi e la gestione del personale tengano conto dell’evoluzione legislativa e mirino alla diffusione della “cultura della responsabilità”, anche motivando l’infermiere e coinvolgendolo nelle scelte che lo riguardano, cosicché più difficilmente assuma, “*senza accorgersene, delle cattive abitudini;*”.

BIBLIOGRAFIA

- LIPPI, Storia della medicina, *Ed.Clueb, 2002*
- J.J. GUILBERT, Guida Pedagogica per il personale sanitario”, *OMS Pubblicazione offset N° 35, quarta edizione italiana a cura di G. Palasciano e A. Lotti, Edizioni Dal Sud, Bari, 2002*
- BENCI, Manuale giuridico per l’esercizio del nursing, La formazione infermieristica di base, *McGraw-Hill, Milano, 2001.*
- La nuova regolamentazione per l’esercizio professionale. IPASVI-Roma.
- GERIN, La valutazione medico-legale del danno alla persona in responsabilità civile, *ed. Giuffrè, 1987*
- Codice Deontologico degli Infermieri, 1999
- Spinsanti, Etica Biomedica, *Ed.Paoline 1992*
- Kant, Nursing Medico Chirurgico *Ed. Ambrosiano 1994*
- LEVATI, SARAÒ, Il modello delle competenze, *Ed. Angeli, Milano, 4° edizione, 2003*
- BENNER, L’eccellenza nella pratica clinica dell’infermiere, *McGraw Hill, Perugia 2003*
- RODRIGUEZ, APRILE, Medicina legale per gli infermieri, *Carrocci Faber, Roma 2006*
- ACOI, La responsabilità nel lavoro di equipe, *Gruppo di studio Medicina e Legalità*
- BUONOMO, La responsabilità professionale del medico, *Il Pensiero Scientifico Editore, Roma 2008*
- BARBIERI, PENNINI, La responsabilità professionale dell’infermiere, *Carrocci Faber, Roma 2008*

SITOGRAFIA

- <http://www.lucabenci.it/>
- <http://www.aiio.it/>
- <http://www.dinamica-mente.it/>
- <http://www.ministerosalute.it/>
- <http://www.infermieredellatuscia.it/>
- <http://www.ipasvi.it/>
- <http://www.genova.ipasvi.it/>
- <http://www.ipasvi.laspezia.net/>
- <http://www.infermierionline.net/>
- <http://www.ipasvicagliari.it/Frame%20legislazione.htm>
- <http://www.normativasanitaria.it/>
- <http://www.nursind.org/legislazione-infermieristica.htm>