

COMMENTO AL NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI ITALIANI

Giugno 2008

di Francesco Falli
Infermiere specialista, coordinatore
Presidente Collegio Ipasvi La Spezia
www.ipasvi.laspezia.net

Premessa:

La stesura del nuovo codice deontologico degli Infermieri italiani ha già acceso, ancor prima della effettiva ufficializzazione prevista per il febbraio del prossimo anno, un dibattito piuttosto interessante.

Per chi, come l'autore di queste note, vive e pratica la professione da decenni, si tratta (finalmente) di un segnale significativo: infatti, mentre una notevole, cospicua maggioranza degli Infermieri continua a ritenere il codice uno strumento "estetico", esso è di fatto uno dei parametri che vengono utilizzati, in casi di incidenti professionali, per stabilire ruoli e responsabilità di un professionista sanitario.

Anzi. In molte argomentazioni relative a sentenze, sono stati citati precisi articoli relativi al comportamento appunto etico e deontologico che non è stato seguito, rispettato dal professionista sanitario che è stato chiamato a rispondere di una determinata mancanza

Partendo da una delle molte definizioni valide, possiamo rimarcare che un Codice Deontologico contiene le esigenze etiche di una professione; e rappresenta con forza il suo elemento di identità, lo strumento attraverso il quale un professionista si presenta alla società; è anche, contestualmente, lo strumento che orienta e guida il professionista nelle scelte di comportamento, nel fornire i criteri per affrontare i dilemmi etici e deontologici, e certamente ha un elevato valore nel dare un senso etico alle caratteristiche azioni professionali.

Proprio questo ultimo passaggio anticipa i contenuti di questa comunicazione.

*Per quanto concerne gli aspetti giuridici del Codice D. va sottolineato un importante dato: dal Febbraio 1999, con la Legge numero 42 di quell'anno (incredibilmente passata in un Parlamento ricco di Medici e senza Infermieri...), una Legge che noi forse non abbiamo mai abbastanza in mente (è la Legge che almeno sul piano giuridico- non è poco, direi!- ci ha trasformato TUTTI da professionisti sanitari AUSILIARI in **professionisti sanitari**) il nostro codice deontologico ha assunto una valenza di 'riferimento normativo' extragiuridico.**

In precedenza era piuttosto facile orientarsi nelle mansioni proprie dell'Infermiere perché esisteva appunto 'un mansionario': da più di 9 anni l'orientamento è quello (anche ai fini di eventuali contestazioni e procedimenti giuridici) di ricercare i confini e gli ambiti di intervento e attività:

- 1- nell'ordinamento didattico (e nel percorso complementare)**
 - 2- nel profilo professionale (DM 739 del 1994)**
 - 3- nel codice deontologico**
 - 4- nei limiti dati dalle altre professioni sanitarie**
-

*La Legge 42 del 26.2.1999 pone una pietra fondamentale nel percorso di professionalizzazione delle professioni non mediche.

L'art.1 sopprime l'aggettivo AUSILIARIO e trasforma Infermieri, Ostetrici/che, Tecnici (TSRM) di radiologia in professionisti sanitari.

La vera, forte innovazione di questa Legge (per alcuni comunque non completata dalla trasformazione dei Collegi professionali in Ordini) è la MORTE del mansionario, peraltro superato dalla consuetudine, dalla quotidianità, dalla Storia degli Infermieri italiani, sopravvissuto 25 anni (1974-1999) come un attrezzo inutile, o quasi.

Questo è un passaggio importante e assai noto a quei colleghi che , con il ruolo di CTU – consulente tecnico di ufficio- frequentano i tribunali civili e penali della Repubblica.

Negli ultimi tempi molte sentenze hanno tenuto conto dei contenuti dei codici deontologici delle varie Professioni Sanitarie: e un avvocato di parte lesa cerca, naturalmente, di ragionare nei termini più convenienti ai suoi assistiti.

Specialmente quando TUTTI i codici, compreso quello degli Infermieri, indicano chiaramente che il Professionista ‘...è tenuto a rispettarlo...’ e che TUTTI i codici contengono queste indicazioni chiare:

- *tutela della vita e della salute*
- *rispetto della dignità, dell'autonomia, della libertà e dei diritti umani*
- *negazione delle discriminazioni*

diventa ovvio che il non conoscere tutti i contenuti è qualcosa di controproducente, di poco accorto, di auto-lesionistico per il professionista stesso.

Significato di deontologia:

al solo scopo di dare una nozione enciclopedica, ricordiamo che il termine fu coniato da J. Bentham nel 1834: deriva da 'to deon', che si può tradurre ragionevolmente come 'cio' che deve essere e che si deve fare'.

Ma più che le nozioni enciclopediche siamo rivolti ed orientati alla applicabilità del C. D. nel quotidiano.

È il codice che deve – dovrebbe...-rappresentare un punto di riferimento all'agire quotidiano, anche su questioni organizzative e di gestione delle attività, oltre che in ambito di rapporto assistito-professionista.

Sono molte le professioni sanitarie italiane che si sono dotate di un codice, praticamente tutte.

Se può sembrare in alcuni casi superfluo, data la connotazione professionale di alcune categorie sanitarie, va sempre ricordato che sono state proprio le rispettive associazioni di riferimento professionale a varare un codice deontologico e a farlo approvare da una rappresentanza della categoria (come è noto, in Italia i soli professionisti sanitari dotati di un Ordine o Collegio sono i Medici, gli Infermieri, le Ostetriche, i Tecnici di radiologia

medica, e sempre nel Collegio Infermieri IPASVI sono ospitati gli albi professionali degli Infermieri pediatrici e degli assistenti sanitari).

A dimostrazione della importanza di un codice deontologico, va citata la esperienza dell'associazione degli operatori di supporto italiani (una delle molte) che ha scelto di adottarne uno, per la verità piuttosto imitativo di altri già esistenti, e più ufficialmente sostenuti.

Il nuovo codice-un rapido commento

Il 12 febbraio 2008 il nuovo codice deontologico, presentato ufficialmente a Roma ai presidenti di Collegio provinciali ed ai presidenti o referenti delle associazioni professionali, ha così iniziato a diffondersi tra gli Infermieri italiani.

Esiste, e quando affermo queste note non sono e non voglio sembrare pedante, un gruppo di colleghi in Italia molto attento alle dinamiche legate alla crescita della professione; una crescita che si è troppo spesso tradotta in molte realtà pratiche come una certa crescita delle responsabilità, mentre dall'altra parte non sono cresciute retribuzioni e autonomia professionale.

Sicuramente vale la osservazione che la retribuzione è legata alle attività delle organizzazione sindacali e delle agenzie governative o dei responsabili dei settori privati; mentre la affermazione della propria autonomia è affare interno di una categoria, questione legata anche alla capacità dei singoli che formano il gruppo, ancor prima che il gruppo stesso.

Certamente.

Ma proprio questo gruppo di professionisti più attenti, che almeno in parte utilizza convegni e spazi internet per ritrovarsi e discutere di situazioni professionali, ha osservato che all'interno del nuovo codice esistono passaggi di grande attualità: è un caso l'art 11, che ci ricorda come gli Infermieri devono progettare la propria formazione.

E' un grande passaggio generazionale, reso ufficiale, che ha superato per sempre la fase di non molti anni fa (peraltro purtroppo sempre presente in alcune realtà del Paese), quando la formazione e l'aggiornamento infermieristico erano riservati ai medici.

Chi scrive ricorda i suoi primi passi nel collegio, l'organo di rappresentanza professionale dal 1954, con i colleghi molto più anziani del direttivo di allora che ad un evento formativo vollero retribuire e offrire il pranzo al luminare di turno- medico- mentre l'infermiere venne liquidato con un "grazie", perché già era stato un "onore per lui poter far qualcosa per il proprio collegio...!"

Sicuramente un indice della mentalità del tempo.

Sempre l'art 11 del NCI (nuovo codice degli Infermieri) sottolinea il valore della ricerca: oggi sono pochi gli Infermieri italiani impegnati nella ricerca, ma ci sono e tentano di affermare anch'essi una nuova sfera di professionalità acquisita.

Attualissimi sono gli articoli 15 e 25 che ci ricordano come l'Infermiere si astiene dal prendere parte alle sperimentazioni sui singoli, o il diritto del paziente di non essere informato sul suo stato di salute e malattia.

La contenzione, grande dilemma etico contemporaneo, ritorna con forza nell'art 30 del NCI: e in questo articolo è con forza ribadito che l'Infermiere sostiene il ricorso alla contenzione solo come misura eccezionale.

Qui si aprirà , si è già aperto tra i colleghi coinvolti per assonanza di quotidiana professionalità, il dibattito sul rispetto di una eventuale prescrizione medica sul bisogno di applicare lo strumento contenitivo...

Gli articoli 31 e 35 del NCI sono decisamente attuali e gettano grande attenzione sulla partecipazioni a protocolli sperimentali che vedono il professionista Infermiere informato veramente e compiutamente.

Ritorniamo a quanto detto circa l'affermazione compiuta della propria professionalità: chi è coinvolto in una terapia sperimentale senza alcuna informazione può, deve dire "no, grazie!".

Lo strumento codice NON è una mera elencazione di principi!

L'art 35 affronta il tema della palliazione, della sofferenza, del diritto del malato al controllo del dolore: ma come noto gli Infermieri italiani NON possono prescrivere farmaci: la valenza di questo articolo pare, nella pratica, tesa a chiedere al medico di valutare bene la componente analgesica- antalgica (l'Italia, secondo i dati pubblicati lo scorso dal Corriere della Sera, è molto in basso nella classifica dei Paesi che somministrano terapie antalgiche...).

Gli artt. 37 e 40 del NCI affrontano il passaggio della eutanasia- in particolare il 40- con la chiara, netta indicazione dell'assenza del professionista Infermiere nei percorsi di eutanasia attiva.

Si è poi acceso, ed è a questo articolo che ho fatto riferimento all'inizio delle note sul nuovo codice ,un dibattito- fra quel gruppo di professionisti che ha seguito la presentazione del NCI, e che ritiene utile discutere di questo- in merito all'art 49.

Questo articolo è la trasposizione aggiornata dell'articolo 6.2 e seguenti che, nel codice oggi in vigore, indica con molta chiarezza che l'Infermiere quando è chiamato a compensare situazioni di emergenza lo deve fare; deve opporsi quando ciò è richiesto di fronte a situazione croniche.

Per capirci con molta chiarezza pratica: quando il collega turnista del pomeriggio non si presenta in servizio, chi conclude il proprio turno deve fermarsi per consentire la continuità assistenziale in attesa che la situazione si sblocchi; mentre se l'assenza cronica di personale (gravidanza non sostituita, pensionamento) obbliga l'intero gruppo professionale a turni aggiuntivi, o obbliga gli Infermieri ad attraversare mezzo ospedale per procurarsi una componente tecnica (un apparecchio per l'ECG, ad esempio, che nessuno ha sostituito) beh, è evidente la dissonanza e la necessità, ben interpretata dall'articolo del codice attuale, di dire "no", non è possibile coprire carenze croniche in questo modo.

Pare superfluo aggiungere che ogni contributo scientifico, anche il più banale, sulla gestione del rischio clinico (citato nel NCI come aspetto che un Infermiere deve conoscere, valutare, praticare bene!Imparando dagli errori:cfr art 29) ricorda come lavorare troppo spugna ad un aumento del rischio per i pazienti...

Il NCI, all'art 49, appunto, elimina questa possibilità che ha oggi l'Infermiere di opporsi alla situazione critica (una possibilità non solo teorica, ma concreta: come Collegio provinciale noi più volte abbiamo avuto buoni risultati nella tutela di colleghi coinvolti in queste situazioni di compensazione cronica),perché lo esorta all'impegno, comunque, per "...il superamento delle carenze e dei disservizi".

Se non arriveranno contributi da nessun collegio o associazione professionale, questo codice sarà approvato così come è nel febbraio del 2009.

Se chi legge queste note intenderà contribuire a uno strumento che non è un inutile orpello, potrà scrivere dunque al collegio di appartenenza, o alla propria associazione professionale (meglio ad entrambi) per sollecitare il ricevimento di eventuale contributo professionale ,possibilmente molto agganciato alla vita quotidiana delle nostre corsie.

Grazie per la Vostra attenzione

Francesco Falli

Bibliografia:

- *Dr Luca Benci, ' le professioni sanitarie non mediche', Mc Graw Hill*
- *Sito web: www.saez.ch visitato il 16 aprile 2008, ore 14*
- *Sito web. www.aana.com/crna/prof/codeofethics.osp visto il 14 aprile ore 21,15*
- *www.ipasvi.it, visitato il 5 giugno 2008, attuale e prossimo codice deontologico*
- *'La Ricerca infermieristica in Italia', Edizioni Ipasvi nazionali, Michele Piccoli, Francesco Falli, Laura Rasero,ed altri 2003*