



**ETICA E RESPONSABILITA'
PROFESSIONALI:
IL CODICE DEONTOLOGICO
INFERMIERISTICO**

Atti del convegno

IL CODICE DEONTOLOGICO. ASPETTI ETICI

Beatrice Tessadori

Infermiera coordinatrice, Dottore in scienze politiche - Crema

CHE COS'È UN CODICE DEONTOLOGICO

Oltre al processo di evoluzione professionale e alle disposizioni legislative relative al sistema sanitario il Codice Deontologico rappresenta una coordinata fondamentale che può orientare l'attività di assistenza infermieristica in maniera da risultare non solo tecnicamente avanzata, ma anche consapevole, responsabile, etica.

Va ricordato che, mentre nel 1965 il Codice Internazionale di Etica dell'infermiera all'art. 7 dichiarava che : "*L'infermiera è tenuta ad eseguire gli ordini del medico in maniera intelligente e leale*" , nel 1973 il Codice del Consiglio Internazionale delle infermiere indicò un cambiamento di rotta nel ruolo attribuito alle infermiere: la "*responsabilità primaria*" non è più nei confronti dei medici, ma dei pazienti e cioè "*di coloro che hanno bisogno della cura dell'infermiera*" richiamando allo stesso tempo ad una azione "*collaborativa con coloro che lavorano insieme a lei*". Questa nuova prospettiva ha tra l'altro portato, in tempi diversi, all'adeguamento dei codici deontologici nei vari paesi e nel nostro Paese, prima nel 1977 e poi nel 1999.

Così la centralità dell'assistito è ora costantemente ribadita, per esempio, nei punti relativi a: i rapporti con la persona, informazione, il pluralismo etico, il consenso agli atti sanitari, l'autonomia e l'autodeterminazione dei pazienti, i dolori e i sintomi, il limite alle cure, il ruolo dei famigliari, il lavoro di équipe.

Il Codice è un insieme convenuto di regole e aspettative per orientare la pratica della professione (..) con la funzione anche di promuovere e mantenere gli standard etici di condotta professionale (Johnstone, 1999). Rappresenta da sempre un modello nel campo dei doveri professionali ma ora, dopo la nuova normativa della professione infermieristica, è anche un discorso sulla responsabilità. In particolare la legge 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" (che ha abolito il mansionario) all'art. 1 si precisa infatti che "*..il campo proprio di attività e di responsabilità sanitarie (...) è rappresentato dai contenuti degli specifici codici deontologici*". Questo contribuisce a rendere il Codice Deontologico sempre più uno strumento reale e un riferimento concreto per la professione.

Nei vari articoli del codice del '99 ben 8 volte si fa riferimento alla responsabilità assistenziale dell'infermiere, 7 volte all'attività, 5 volte alla necessaria competenza. Per quanto riguarda più specificatamente il rapporto con i cittadini/pazienti il riferimento è ai vari punti degli articoli 2 e 4:

1. Premessa
2. **Principi etici della professione**
3. Norme generali
4. **Rapporti con la persona assistita**
5. Rapporti professionali con colleghi e altri operatori
6. Rapporti con le istituzioni
7. Disposizioni finali.

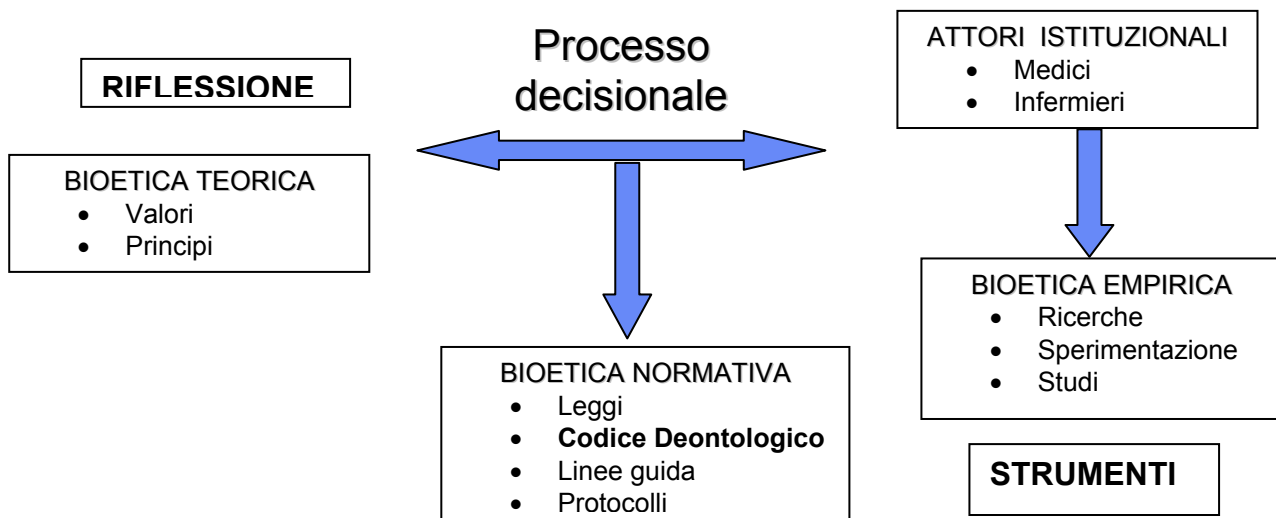
Il Codice presentato dalla Federazione IPASVI nel 1999 - benché non abbia realmente prodotto l'auspicabile, esteso coinvolgimento nella riflessione degli infermieri/e - è nato dal confronto e dalla collaborazione di vari gruppi: infermieri esperti in problemi etici, "infermieri di base" esperti in diverse aree di esercizio professionale, oltre a esponenti del mondo scientifico e culturale con competenze in ambito etico e medico legale.

LA BIOETICA

"La bioetica è una branca dell'etica applicata, cioè una riflessione sulla applicazione delle varie teorie etiche alla medicina ed alla biologia per indagarne la coerenza e la sostenibilità".(M. Mori 1993)

La Bioetica si è sviluppata anche a seguito di una diffusa accusa di disumanizzazione rivolta alla medicina e ad una parallela richiesta di umanizzazione.

I principali problemi etici affrontati riguardano l'inizio e la fine della vita.



A CHE COSA SERVE UN CODICE DEONTOLOGICO

Un codice deontologico è un corpo di regole che i professionisti si autoimpongono rispetto ai doveri professionali. Un ambito di studio di tale ampiezza trova i suoi orizzonti concreti quando si coniuga il termine deontologia al campo dei doveri professionali. Un codice però non sostituisce la legge (che regola i comportamenti di ogni cittadino) o l'etica (che regola i comportamenti dell'uomo). Rappresenta invece:

- una guida per affrontare alcune situazioni cliniche più problematiche,ma non è un ricettario...né un mansionario! Esistono infatti alcuni fattori che non possono rendere standardizzabile l'assistenza e che sono inoltre motivo di complessità, come per esempio le caratteristiche dei singoli pazienti e le loro patologie, la crescente complessità degli atti sanitari, la molteplicità dei ruoli professionali, le caratteristiche delle strutture, le politiche sanitarie etc
- uno strumento per far crescere i professionisti e stimolare il confronto e la riflessione, oltre che spunto alla produzione di altri documenti all'interno di aree assistenziali specifiche. Contribuisce inoltre a chiarire l'identità del gruppo di professionisti.

Sono **PRINCIPI** guida sottesi al codice deontologico:

- l'**AUTONOMIA**: rispetto per l'autodeterminazione del paziente e coinvolgimento del paziente nelle decisioni che lo riguardano;
- la **BENEFICIALITÀ**: orientamento al bene del paziente secondo i suoi valori e il suo interesse;
- la **NON MALEFICIALITÀ**: evitare ciò che nuoce o danneggia il paziente;
- la **GIUSTIZIA / EQUITÀ'**: opporsi a discriminazioni e ingiustizie e promuovere un'equa distribuzione delle (limitate) risorse.

Contenuti innovativi del Codice deontologico sono *"l'impegno dell'infermiere ad essere preparato; l'agire "se" e "quando" è preparato; il diritto/dovere a essere formato e al richiedere l'intervento di colleghi esperti o di altri professionisti come consulenti o erogatori di prestazioni nel caso in cui non si ritenga pronto ad eseguirle. Il codice impegna il professionista, ai vari livelli funzionali, anche verso l'organizzazione sanitaria nella quale agisce, in particolare col fine di buon uso delle risorse disponibili. Questo codice vuole diventare uno strumento di lavoro reale,.....supporto nel proporre modelli".* (La Presidente Nazionale IPASVI in L'infermiere 2/99)

Secondo il Codice Deontologico l'infermiere:

1.1. L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è **responsabile dell'assistenza infermieristica**.

1.3. La **responsabilità dell'infermiere** consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

1.4. Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento **eticamente responsabile**. E' uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere

2.1. Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per **l'assunzione della responsabilità** delle cure infermieristiche.

3.2. L'infermiere **assume responsabilità** in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e **declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza**. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.

6.1. L'infermiere, ai diversi livelli di **responsabilità**, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il **rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse** e la valorizzazione del ruolo professionale.

6.3. L'infermiere, ai diversi livelli di **responsabilità, di fronte a carenze o disservizi** provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.

In un contesto dato, per ogni situazione specifica l'operatore deve essere in grado, attraverso l'analisi e l'attivazione del processo decisionale, di assumersi le responsabilità per il miglior benessere del paziente.

"Non è retorico affermare che ci troviamo in un periodo in cui siamo invitati ad una trasformazione delle culture, delle situazioni e delle conoscenze....E' possibile che le nuove tecnologie, terapie, i progressi della scienza rendano necessario che la professione riveda il Codice, espliciti dei dubbi, prenda posizioni. Il Codice deontologico va considerato in questo senso un documento IN PROGRESS che richiede continue revisioni e approfondimenti, e va discusso, dibattuto e interiorizzato dai professionisti".(Il Comitato Centrale IPASVI,in L'infermiere 6/99)

Bibliografia

1. C Calamandrei, L. D'Addio, *Commentario al nuovo codice deontologico dell'infermiere*, Mc Graw-Hill, 1999, capitoli 1e 3
2. Kuhse H., *Prendersi cura. L'etica e la professione di infermiera*. Edizioni di Comunità, Torino 2000, pag. 91-107
3. Mori M., *10 temi per capire e discutere*, Ed Bruno Mondadori, 2002
4. Singer P., *Practical Ethics*, seconda edizione, Cambridge, University Press Cambridge Trad. It, *Etica e pratica*, Liguori, Napoli 1989 - la traduzione si riferisce alla prima edizione
5. Fucci S., *La responsabilità nella professione infermieristica. Questioni e problemi giuridici*, Masson, 1998
6. Tessadori M.B., *Problemi etici e organizzazione del lavoro nei reparti di oncologia*, BIOETICA rivista interdisciplinare n.2/2001, 348-355
7. Tessadori M.B., *Giusta cura del paziente nel rispetto dell'autonomia*. Discussione del libro: Caring. Nurses, Women and Ethics di Helga Kuhse, BIOETICA rivista interdisciplinare pag , anno X, n.1/2002, 74-78

Codici Deontologici internazionali al sito: <http://www.consultadibioetica.org/risorse/infermiere.htm>

IL CODICE DEONTOLOGICO. ASPETTI PROFESSIONALI E GIURIDICI

Francesco Falli

Infermiere coordinatore – La Spezia

L'argomento può apparire, ad una analisi rapida e superficiale, lontano dalla quotidianità delle corsie e dai temi che ogni giorno gli Infermieri affrontano, o agli occhi dei più disponibili certamente complicato da collocare nella giornata tipo in turno, con troppe cose da fare e molte difficoltà da superare .

Ma gli ideatori della giornata di aggiornamento odierna, nella costante ricerca di avere qualcosa di utile da comunicare, oltre alla (utile) somministrazione di relazioni valide ai fini ECM, hanno già scoperto, in qualche caso a loro spese e comunque per vissuto personale, che conoscere il codice deontologico può solo aggiungere qualcosa in più alla 'forza' della competenza e della conoscenza.

Seguitemi in questa giornata: qualcosa di curioso, di innovativo, ma che già esiste da diversi anni potrà apparirVi molto interessante: non risolverà subito il problema che caratterizza la Vostra unità operativa, il Vostro quotidiano, ma potrà suggerirVi qualcosa. Noi ne siamo convinti....

La relazione di apertura vuole occuparsi dei contenuti del Codice deontologico infermieristico. Questi contenuti, ostici sin dalla mera elencazione dei titoli che affronteremo in questa giornata, sono già sufficientemente indicativi della difficoltà della materia, sia per i docenti sia per i discenti.

Il codice deontologico degli Infermieri contiene molte note importanti e molti aspetti che hanno avuto in passato rilievo esclusivamente teorico.

Ancora oggi è chiaro a tutti che non basta affermare "... sta scritto sul codice deontologico..." per potere ottenere garanzie, appoggi, o anche un semplice chiarimento a tutela del Professionista e della professionalità correlata.

Una cosa è certa: se è difficile affrontare questi argomenti come 'discenti', come partecipanti all'evento, è molto dura affrontarli anche come relatore... cercate di avere tanta, tanta comprensione!!!

*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 5 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**

Queste note vogliono in particolare soffermare l'attenzione dei colleghi sugli aspetti giuridici ma anche di quotidiana applicazione, come vedremo trasversalmente alle relazioni odierne.

Come già detto poco sopra, il codice ha una rilevanza giuridica che assume grande importanza nelle eventuali circostanze di conflitti con gli assistiti, e con le dinamiche di contrasto che possono svilupparsi.

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 agli assistiti.

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 non molto accorto, di auto-lesionistico per il professionista stesso.

**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.

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.

Vediamo insieme un paio di situazioni 'pratiche', che nel corso della giornata verranno illustrate con maggior ampiezza sugli schermi dell'aula relative alla applicabilità del codice nelle corsie, che è poi la parte che più ci interessa...

Nel maggio 2004 gli Infermieri di una unità operativa degenziale di una ASL del Nord Ovest si sono rivolti al loro Collegio Ipasvi per segnalare una situazione di forte disagio assistenziale.

Ecco le parti principali della missiva:

'...il personale sanitario infermieristico si trova costretto a segnalare, per la sicurezza delle persone assistite e per lo stesso interesse dell'azienda per la quale lavoriamo, la mancanza cronica di personale infermieristico che ci obbliga a prestare una assistenza non adeguata e a eseguire molti rientri in turno, non permettendoci il normale recupero psico-fisico.

Il punto 6.2 del nostro codice deontologico afferma che ...'l'Infermiere compensa le carenze della struttura, attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e della istituzione. L'Infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengono a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale...'

Riteniamo opportuno segnalare anche un punto del 'patto infermiere-cittadino': Io Infermiere mi impegno nei tuoi confronti a segnalare agli organi ed alle figure competenti le situazioni che possono causare danni e disagi.

Questa la lettera che i colleghi hanno inviata a vari destinatari e in particolare al loro Collegio Ipasvi.

Ricordiamo che è stato il Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi a emanare il presente codice approvato dal Consiglio Nazionale (cioè dalla assemblea dei presidenti di Collegio provinciale) nella primavera del 1999.

Naturalmente alleghiamo ora la replica del Collegio, che è stata inviata ai Dirigenti medici ed infermieristici aziendali, agli organismi ed enti di tutela del paziente, e poi citata in articoli di stampa locale.

'...abbiamo ricevuto la Vostra segnalazione e riteniamo di poter completamente condividere le Vostre osservazioni.

E' un Vostro pieno diritto, e sotto alcuni aspetti anche un dovere, segnalare all'organo di rappresentanza professionale le condizioni che limitano la qualità delle cure, così come recita l'articolo 6, comma 5 del Codice Deontologico.

*Ricordiamo in particolare ai Dirigenti ai quali la presente è co-indirizzata che il Codice Deontologico non è un elenco di buone intenzioni ma uno degli strumenti che **riveste valenza legislativa** in caso di contenziosi di natura civile e/o penale.*

La Vostra segnalazione risponde al dettato dell'art.6 comma 3. 'l'Infermiere ...di fronte a carenze e disservizi provvede a darne comunicazioni...'

Altri articoli, inoltre, sono di importanza notevole nel Vostro caso: il numero 3 del comma 3 indica che '...l'Infermiere declina le responsabilità quando ritiene di non poter agire con sicurezza...' e ancora l'articolo 2 del comma 7 indica che

'...in carenza di risorsel'Infermiere individua le priorità...'

Come è noto, l'IPASVI non partecipa alle trattative che regolano, nelle singole aziende i rapporti fra dipendenti e direzione, altrimenti avremmo chiesto con forza (e lo abbiamo comunque fatto scrivendo a tutte le organizzazioni sindacali che partecipano a queste trattative) di prevedere, almeno, un soldo di disagio a chi è costretto a saltare un turno di riposo per compensare le carenze nelle dotazioni organiche non sostituite né rimpiazzate, in particolare quando queste assenze sono oramai cronicizzate come è il caso della Vostra Unità operativa.

L'alternativa è il rinforzo delle dotazioni del personale.

Da un punto di vista deontologico e professionale, che è l'ambito nel quale noi possiamo agire, assicuriamo il massimo impegno per dare ampia visibilità al Vostro attuale momento di pesante difficoltà operativa, nell'interesse prioritario del paziente assistito."

E' importante dire che, dopo questo scambio di lettere, sono arrivate nuove unità infermieristiche e la situazione, non perfetta ancora oggi, è comunque migliorata.

RAFFRONTO FRA I CODICI DEONTOLOGICI DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Come riporta il titolo della relazione, ci occuperemo prima di tutto del confronto fra il C.D. infermieristico e quello medico.

Ma è bene anche dare una occhiatina ai codici delle altre professioni sanitarie che ne possiedono uno (e sono quasi tutte dotate di un C.D., anche quando non hanno ancora ottenuto il permesso di avere un Albo professionale proprio).

Il CD del medico è diviso in 'titoli', e ogni titolo è suddiviso in 'capi'.

E' un C.D. interessante, dove la lunga storia della professione Medica e delle sue evidenti, forti connotazioni sociali si possono leggere con chiarezza.

Vi riporto alcuni articoli al solo scopo di riflettere insieme sugli stessi, per poi affrontare il dibattito che seguirà i lavori con alcuni spunti utili.

titolo III, CAPO II, art 26

Il medico che presta soccorso d'urgenza a un malato curato da un altro collega o che assista temporaneamente un paziente in attesa del curante, non può pretendere che gli venga affidata la continuità delle cure.

Stessi titolo e capo, art 27

Il medico non può fornire i medicinali necessari alla cura a titolo oneroso. È vietata al medico ogni forma di prescrizione che procuri a sé o ad altri indebito lucro.

titolo III, CAPO IV, art 42

Le tecniche di procreazione umana medicalmente assistita hanno lo scopo di ovviare alla sterilità. È fatto divieto al medico, anche nell'interesse del bene del nascituro, di attuare.

- a) forme di maternità surrogata;**
- b) forme di fecondazione assistita al di fuori di coppie eterosessuali stabili;**
- c) pratiche di fecondazione assistita in donne in menopausa non precoce;**
- (...)**

titolo III, CAPO XI art. 56

Il medico o associazioni di medici non devono concedere patrocinio od avallo a pubblicità per istituzioni e prodotti sanitari e commerciali di esclusivo interesse promozionale.

al titolo IV, CAPO V, art 66, è inteso come un 'dovere' comunicare i cambi di residenza al proprio Ordine professionale...Nota curiosa per un codice deontologico, di certo una questione di dettaglio, del quale avremmo però esplicito bisogno anche noi...offriamo un primo elementare momento di confronto...

titolo V, CAPO V, art 68

(...)Il medico, nell'interesse del cittadino, deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali.

Titolo VI, CAPO I, art 70

Il medico che svolge funzioni di direzione o di dirigenza sanitaria nelle strutture pubbliche o private deve garantire, nell'espletamento delle sue attività, il rispetto delle norme del codice di deontologia medica e la difesa dell'autonomia professionale e della dignità professionale all'interno della struttura in cui opera.(...)

Stessi titolo e capo, art 72

Il medico non deve assumere impegni professionali che comportino eccesso di prestazioni tali da pregiudicare la qualità della sua opera e la sicurezza del malato.

Stessi titolo e capo, art 73

Il medico dipendente o convenzionato con le strutture pubbliche o private non può in alcun modo adottare comportamenti che possano favorire direttamente o indirettamente la propria attività libero-professionale.

Rapide considerazioni.

Sono molte le questioni aperte che possono riguardare noi Infermieri e che emergono evidenti dalla lettura del CD emesso dall'Ordine dei Medici.

Quello che per ora ci interessa evidenziare è che, come avviene peraltro per tutte le letture del genere, si rischia di enfatizzare eccessivamente i contenuti anche perché la loro applicazione (e la applicazione delle relative sanzioni) non è automatica, tutt'altro.

Certo è che anche per i Medici, come per gli Infermieri, come per tutte le altre Professioni Sanitarie, è indispensabile avere chiaro in mente che il CD rappresenta una fonte di riferimento normativo.

Va ricordato che molto spesso ad avere chiara la esistenza del C.D. come fonte di diritto normativo, anche se appartiene ad un ambito propriamente detto 'extragiuridico' è chi viene chiamato a esprimere un giudizio in sede civile e/o penale...

In particolare abbiamo recentemente potuto constatare direttamente alcune azioni promosse da gruppi di colleghi Infermieri che, basandosi sulla elencazioni di alcuni di questi articoli, hanno scaturito un serie di conseguenze positive per la categoria infermieristica.

Questo è avvenuto in particolare per cio' che concerne la questione delle 'autonomie professionali'.

*Molto importanti inoltre due articoli non riportati precedentemente, ma dei quali ora ci occupiamo, per l'importanza che rivestono sia nei confronti dell'assistito sia delle altre figure coinvolte nell'assistenza: sono l'art. **30** e il **32**, dedicati alla 'informazione e consenso' e alla 'acquisizione del consenso'.*

Da questi articoli è evidente che l'abitudine, presente in certe realtà sanitarie italiane, di fare firmare i fogli del 'consenso informato' con ben poca attenzione, a cura magari di chi NON è medico e dunque NON direttamente responsabile di quel particolare procedimento, è qualcosa di sbagliato anche da un punto di vista deontologico oltre che penale.

Dunque una aggravante per il medico che 'delega' impropriamente altre figure e una volta di più la conferma che il 'delegato arbitrario' non dovrebbe accettare di svolgere attività NON previste, NON proprie.

In parole povere. È attività medica, la deve effettuare lui; la faccia.

E' anche una questione di serietà, di tutte le parti in causa.

Allargando il nostro sguardo ai C.D. delle altre professioni sottolineiamo che ci occupiamo di questi per una necessità di conoscenza e per poter affrontare una 'collaborazione informata': ma questo studio ci può anche porre a contatto con realtà fino ad oggi solo intuite...

Ricordiamo che le Professioni Sanitarie riunite in Ordine e Collegio sono 4, e precisamente: Medici, Ostetrici/che, Tecnici di radiologia, Infermieri (con l'IPASVI, che possiede in realtà 3 albi: Infermiere, infermiere pediatrico, assistente sanitario. Quest'ultimo con la nuova riforma degli Ordini entrerà nel costituendo albo dei Tecnici della Prevenzione).

Queste professioni hanno tutte un attento e noto C.D., ma anche altre professioni Sanitarie che NON hanno un Ordine- Collegio si sono dotate di C.D., così come sono inserite nel programma nazionale ECM e sono entrate nella formazione universitaria...

Vediamo una rapida tabella che mostra se la professione possiede o no un Ordine /Collegio, e la data di approvazione del Codice deontologico da parte del congresso della associazione di categoria, qualora assente un Ordine/Collegio.

Viene riportata la data della deliberazione del codice deontologico, invece, da parte del Consiglio Nazionale dell'ordine/Collegio ove questo è esistente.

professione	ordine	Associazione(sigla)	Approvato il
DIETISTA	NO	ANDID	2/1995
LOGOPEDISTA	NO	FLI	13.2.1999
OFTALMOLOGO- ORTOTTISTA	NO	AIOraO	6/1999
MEDICO CHIRURGO	SI	(Federazione) ^o	3.10.1998
TECNICO NEUROFISIOPATOLOGIA	NO	AITN	6.4.2000
TECNICO SANITARIO RADIOLOGIA	SI	(Federazione)*	16-17.7.93
TERAPISTA DELLA RIABILITAZIONE	NO	AITR	23.10.1998
OSTETRICA-O	SI	(Federazione)**	5/2000
INFERMIERE	SI	(Federazione)***	2/1999

^o federazione nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri (FNOMCeO)

* federazione nazionale dei Collegi dei Tecnici Sanitari di Radiologia Medica

** federazione nazionale Collegi Ostetriche (FNCO)

***federazione nazionale dei Collegi IPASVI

Diciamo subito che i codici di tutte queste professioni hanno molto in comune ma anche molte curiosità e differenze che vedremo elencate nello sviluppo delle relazioni.
Il codice dell'Infermiere è quello che sottolinea più degli altri 'che cosa il cittadino può attendersi dal 'professionista Infermiere'.

Solo due sono i codici che enunciano chiaramente un criterio sul quale si basa la legislatura tutta: il concetto, il criterio riportato dal codice delle ostetriche e da quello dei tecnici di neurofisiopatologia: la NON conoscenza delle regole stabilite dal codice NON esenta dalle sanzioni.

Traduzione, la Legge non ammette ignoranza...

Ritorna in tutti i codici osservati il concetto della osservanza vincolante alle norme del codice stesso che è un precetto fondamentale per la 'patente' di professionista.

E' chiaro, come abbiamo già osservato, che questo 'precetto' ha un valenza extra giuridica e dunque il fatto che un dietista osservi comportamenti che screditano la professione (titolo V c.d.) non è di per sé un reato perseguibile per Legge: ma diventa un problema per lo stesso dietista esercitare la attività, in particolare in forma libero professionale, se la sua associazione di categoria lo 'censura' o addirittura lo 'radia' dall'elenco degli accreditati all'esercizio.

I codici del Tecnico radiologo e del logopedista arrivano, nell'elenco dei vari articoli, ad indicare come fonte di normativa sanzionatoria il DPR n° 221 del 5.4.1950, che cita appunto le sanzioni da applicare a quegli appartenenti a Ordini e Collegi professionali che non ne osservano le disposizioni o che si rendono colpevoli di vari reati (ovviamente non solo relativi all'esercizio della Professione).

La cosa curiosa è che il codice dei logopedisti cita anche le possibilità di ricorso al capoluogo di Regione...ma i logopedisti un Ordine professionale non lo hanno ancora ottenuto, siamo in presenza di una Associazione professionale.

Questi sono ovviamente dettagli: diciamo per concludere queste note di accompagnamento alcune cose comuni ai diversi codici, e che crediamo importanti ai fini dell'individuazione del professionista.

(ovviamente non le sole che lo formano e che lo caratterizzano!!)

Tutti i codici delle professioni Sanitarie, con vari distinguo, prevedono:
(fra parentesi la categoria il cui codice NON prevede il contenuto)

- sanzioni per inosservanza delle norme riportate
- identificazione del professionista e descrizione delle specifiche attività di competenza
- principi etici della professione, tutela del cittadino -utente
- pratica professionale basata su conoscenze scientifiche (quello che gli Infermieri conoscono come Evidence Based Nursing)
- formazione permanente
- riservatezza
- onorario
- rispetto del minore e della privacy
- esercizio abusivo
- comportamento e rapporti con i colleghi
- comportamento e rapporti con altri professionisti sanitari
- autonomia professionale (NO i dietisti)
- contrasti con la istituzione (NO i dietisti e i TSRM)
- condotta di fronte a carenze o disservizi (NO i dietisti, ortottisti, logopedisti, terapeuta riabilitazione)

Va detto ancora (e una semplice tabella non sarebbe esaustiva) che il codice deontologico dell'Infermiere è l'unico (non considerando quello dei medici) che cita espressamente i 'maltrattamenti a carico dell'assistito', che tocca il punto dolentissimo e scoperto della Sanità

italiana dei 'dilemmi etici', dell'uso dei placebo, della donazione di organi e tessuti, della contenzione dell'assistito, dell'assistenza alla fine della vita (rapporti con l'eutanasia inclusi). Si obietterà facilmente che un dietista, un logopedista, un altro esercente delle Professioni Sanitarie non affrontano mai questi aspetti, lontani dalla loro connotazione professionale. E' proprio qui il punto. L'Infermiere è un **PROFESSIONISTA SPECIALE CHE HA BISOGNO DI UNA NETTA DISTINZIONE, NEL COMPLESSO DELLE PROFESSIONI CHE PRENDONO PARTE AL BISOGNO DI SALUTE.**

Una distinzione che deve abbracciare tutti gli aspetti del rapporto professionale, da quello della autonomia, della rappresentatività, della retribuzione.

CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

ITALIA

Testo approvato nel Febbraio 1999 dal Comitato centrale della Federazione Nazionale dei Collegi

PREMESSA

- 1.1. L'infermiere e l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.
- 1.2. L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.
- 1.3. La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- 1.4. Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. E' uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.
- 1.5. L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta la appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.

PRINCIPI ETICI DELLA PROFESSIONE

- 2.1. Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.
- 2.2. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.
- 2.3. L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.
- 2.4. L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

2.5. Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.

2.6. Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

2.7. L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale.

NORME GENERALI

3.1. L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza.

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.

3.2. L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione e la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

3.3. L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.

3.4. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica.

3.5. L'agire professionale non deve essere condizionato da pressioni o interessi personali provenienti da persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi. In caso di conflitto devono prevalere gli interessi dell'assistito. L'infermiere non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche per conseguire vantaggi per sé od altri. L'infermiere può svolgere forme di volontariato con modalità conformi alla normativa vigente: è libero di prestare gratuitamente la sua opera, sempre che questa avvenga occasionalmente.

3.6. L'infermiere, in situazioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità, si mette a disposizione dell'autorità competente.

RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

4.1. L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

- 4.2. L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.
- 4.3. L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.
- 4.4. L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.
- 4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.
- 4.6. L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza.
- 4.7. L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.
- 4.8. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.
- 4.9. L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari.
- 4.10. L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.
- 4.11. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità.
- 4.12. L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.
- 4.13. L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico della persona, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerla ed allertare, ove necessario, l'autorità competente.
- 4.14. L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica.
- 4.15. L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

4.16. L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.

4.17. L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai familiari o da altri.

4.18. L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un'espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

RAPPORTI PROFESSIONALI CON COLLEGHI E ALTRI OPERATORI

5.1. L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.

5.2. L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.

5.3. L'infermiere ha il dovere di autovalutarsi e di sottoporre il proprio operato a verifica, anche ai fini dello sviluppo professionale.

5.4. Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi Ispasvi; nella definizione del proprio onorario rispetta il vigente Nomenclatore Tariffario.

5.5. L'infermiere tutela il decoro del proprio nome e qualifica professionale anche attraverso il rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria.

5.6. L'infermiere è tenuto a segnalare al Collegio ogni abuso o comportamento contrario alla deontologia, attuato dai colleghi.

RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI

6.1. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

6.2. L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale.

6.3. L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.

6.4. L'infermiere riferisce a persona competente e all'autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l'assistenza infermieristica o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona.

6.5. L'infermiere ha il diritto e il dovere di segnalare al Collegio le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure o il decoro dell'esercizio professionale.

DISPOSIZIONI FINALI

7.1. Le norme deontologiche contenute nel presente codice sono vincolanti: la loro inosservanza è punibile con sanzioni da parte del Collegio professionale.

7.2. I Collegi Ipasvi si rendono garanti, nei confronti della persona e della collettività, della qualificazione dei singoli professionisti e della competenza acquisita e mantenuta

Un Altro esempio di codice deontologico straniero, dai contenuti simili, ma non eguali: il Codice deontologico delle Infermiere di Anestesia degli Stati Uniti

(all'Estero il codice deontologico si traduce normalmente con 'codice etico' o 'di etica professionale')

Code of Ethics

Preamble

Certified Registered Nurse Anesthetists practice nursing by providing anesthesia and anesthesia related services. They accept the responsibility conferred upon them by the state, the profession, and society. The American Association of Nurse Anesthetists has adopted this Code of Ethics to guide its members in fulfilling their obligation as professionals. Each member of the American Association of Nurse Anesthetists has a personal responsibility to uphold and adhere to these ethical standards.

1 Responsibility to Patients

Certified Registered Nurse Anesthetists (CRNAs) preserve human dignity, respect the moral and legal rights of health consumers, and support the safety and well being of the patient under their care.

1.1 The CRNA renders quality anesthesia care regardless of the patient's race, religion, age, sex, nationality, disability, social or economic status.

1.2 The CRNA protects the patient from harm and is an advocate for the patient's welfare.

1.3 The CRNA verifies that a valid anesthesia informed consent has been obtained from the patient or legal guardian as required by federal or state laws or institutional policy prior to rendering a service.

1.4 The CRNA avoids conflicts between his or her personal integrity and the patient's rights. In situations where the CRNA's personal convictions prohibit participation in a particular procedure, the CRNA refuses to participate or withdraws from the case provided that such refusal or withdrawal does not harm the patient or constitute a breach of duty.

1.5 The CRNA takes appropriate action to protect patients from healthcare providers who are incompetent, impaired, or engage in illegal or unethical practice.

1.6 The CRNA maintains confidentiality of patient information except in those rare events where accepted nursing practice demands otherwise.

1.7 The CRNA does not knowingly engage in deception in any form.

*1.8 The CRNA does not exploit nor abuse his or her relationship of trust and confidence with the patient or the patient's dependence on the CRNA.

**New Interpretive statement added June 2001*

2 Competence

The scope of practice engaged in by the Certified Registered Nurse Anesthetist is within the individual competence of the CRNA. Each CRNA has the responsibility to maintain competency in practice.

2.1 The CRNA engages in lifelong, professional educational activities.

2.2 The CRNA participates in continuous quality improvement activities.

2.3 The practicing CRNA maintains his or her state license as a Registered Nurse, meets advanced practice state statutory or regulatory requirements, if any, and maintains recertification as a CRNA.

3 Responsibilities as a Professional

Certified Registered Nurse Anesthetists are responsible and accountable for the services they render and the actions they take.

3.1 The CRNA, as an independently licensed professional, is responsible and accountable for judgments made and actions taken in his or her professional practice. Neither physician orders nor institutional policies relieve the CRNA of responsibility for his or her judgments made or actions taken.

3.2 The CRNA practices in accordance with the professional practice standards established by the profession.

3.3 The CRNA participates in activities that contribute to the ongoing development of the profession and its body of knowledge.

3.4 The CRNA is responsible and accountable for his or her conduct in maintaining the dignity and integrity of the profession.

3.5 The CRNA collaborates and cooperates with other healthcare providers involved in a patient's care.

3.6 The CRNA respects the expertise and responsibility of all healthcare providers involved in providing services to patients.

4 Responsibility to Society

Certified Registered Nurse Anesthetists collaborate with members of the health professions and other citizens in promoting community and national efforts to meet the health needs of the public.

5 Endorsement of Products and Services

Certified Registered Nurse Anesthetists endorse products and services only when personally satisfied with the product's or service's safety, effectiveness and quality. CRNAs do not state that the AANA has endorsed any product or service unless the Board of Directors of the American Association of Nurse Anesthetists has done so.

5.1 Any endorsement is truthful and based on factual evidence of efficacy.

5.2 A CRNA does not exploit his or her professional title and credentials for products or services which are unrelated to his or her professional practice or expertise.

6 Research

Certified Registered Nurse Anesthetists protect the integrity of the research process and the reporting and publication of findings.

6.1 The CRNA evaluates research findings and incorporates them into practice as appropriate.

6.2 The CRNA conducts research projects according to accepted ethical research and reporting standards established by public law, institutional procedures, and the health professions.

6.3 The CRNA protects the rights and well being of people and animals that serve as subjects in research.

6.4 The CRNA participates in research activities to improve practice, education, and public policy relative to health needs of diverse populations, the health workforce, the organization and administration of health systems, and healthcare delivery.

7 Business Practices

Certified Registered Nurse Anesthetists, regardless of practice arrangements or practice settings, maintain ethical business practices in dealing with patients, colleagues, institutions, and corporations.

7.1 The contractual obligations of a CRNA are consistent with the professional standards of practice and the laws and regulations pertaining to nurse anesthesia practice.

7.2 The CRNA will not participate in deceptive or fraudulent business practices.

©1986, 1992, 1997, 2001, American Association of Nurse Anesthetists



Bibliografia.

- *Dr Luca Benci, 'le professioni sanitarie non mediche', Mc Graw Hill*
- *Sito web: www.saez.ch visitato il 16 agosto 2014, ore 14*
- *Sito web. www.aana.com/crna/prof/codeofethics.osp visto il 14 agosto ore 21,15*