



UN NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI

La proposta pisana

Pisa ottobre 2016



*“Ahi Pisa, vituperio de le genti
del bel paese là dove ‘l s’è suona
poi che i vicini a te punir son lenti*

*muovasi la Capraia e la Gorgona
e faccian siepe ad Arno in su la foce
sì ch’elli annieghi in te ogni persona”*

*(Dante Alighieri
“La Divina Commedia”
Inferno Canto XXIII)*

*“Meglio un morto in casa
che un pisano all’uscio”*

(detto popolare lucchese)



INDICE

<i>Introduzione</i>	5
Parte Prima	9
<i>Relazione sulla situazione deontologica degli infermieri</i>	9
1. PERCHÉ ABBIAMO BISOGNO DI UNA NUOVA DEONTOLOGIA?	9
1.1. <i>Perché c'è bisogno di riscrivere il codice deontologico degli infermieri?</i>	9
1.2. <i>Ma il codice può fare tutto questo?</i>	9
1.3. <i>1.3 La forza della norma volontaria dipende da...</i>	11
1.4. <i>Adattarsi alla realtà non è l'unica cosa che si può fare</i>	12
1.5. <i>L'identità quale valore</i>	13
1.6. <i>I grandi mutamenti con i quali dobbiamo fare i conti</i>	14
1.7. <i>La questione infermieristica</i>	18
2. ANALISI GENERALE DEL CODICE 2009	21
2.1 <i>I difetti dell'attuale codice deontologico</i>	21
2.2 <i>Il modello di codice</i>	23
2.3 <i>Le incompatibilità assenti</i>	25
3. ANALISI DELL'ARTICOLATO 2009	28
3.1 <i>Capo I (premessa)</i>	28
3.2 <i>Capo II (principi etici della professione)</i>	32
3.3 <i>Capo III (norme generali)</i>	34
3.4 <i>Capo IV (Rapporti con la persona assistita)</i>	38
3.5 <i>Capo V (rapporti professionali con colleghi ed altri operatori)</i>	41
3.6 <i>Capo VI (rapporti con l'istituzione)</i>	43
3.7 <i>Capo VII (Disposizioni finali)</i>	47
Parte Seconda	49
<i>Un'altra deontologia: doveri e obblighi morali</i>	49



1 VERSO IL CAMBIAMENTO	49
1.1 <i>Cambiare deontologia</i>	49
1.2 <i>Aggiornamento o riforma?</i>	50
1.3 <i>Il comportamento professionale atteso: doveri e obblighi morali</i>	52
1.4 <i>Prescrittivo/proscrittivo</i>	54
2 SPUNTI PER IL LAVORO DI SCRITTURA	56
2.1 <i>Spunti per cambiare presupposti e postulati</i>	56
2.2 <i>Spunti che ricaviamo dall'analisi del codice</i>	58
Parte terza	64
Proposta pisana di un nuovo codice deontologico degli Infermieri	64
CAPO I - DEONTOLOGIA SECONDO IL RUOLO	64
CAPO II - ADEGUATEZZA E COMPOSSIBILITÀ	67
CAPO III - IL MALATO E LA COMUNITÀ CONTRAENTE COME PRINCIPI	69
Capo IV – Il ruolo dell'infermiere	71
CAPO V - SCOPI E CONDIZIONI DELL'AGIRE PROFESSIONALE	73
CAPO VI - LA CURA QUALE OPERA PROFESSIONALE	74
CAPO VII - LA COOPERAZIONE TRA PROFESSIONI	76
CAPO VIII - I RAPPORTI CON LE ALTRE PROFESSIONI	79
CAP IX – L'AUTONOMIA DEONTOLOGICA	82
CAPO X – LA CONDIVISIONE DEONTOLOGICA	84
CAP XI - DISPOSIZIONI FINALI	86



INTRODUZIONE

Il Consiglio del Collegio provinciale IPASVI di Pisa, ha deciso di produrre e mettere pubblicamente in discussione una nuova versione del codice deontologico.

Lo scopo è quello di favorire l'evoluzione della professione, a nostro avviso attualmente in stallo, e proiettarla nel futuro. Uno dei nostri obiettivi è quello di agevolare il pieno riconoscimento delle tanto agognate competenze specialistiche ed avanzate – con buona pace di chi, in malafede, ha dichiarato o insinuato che questo collegio osteggia tale riconoscimento.

Il nostro è da intendersi come un lavoro di ricerca finalizzato ad apportare un contributo alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI per la revisione dell'attuale Codice Deontologico che la stessa ha già avviato.

Siamo fermamente convinti che il *servile encomio*, il *codardo oltraggio* ed i tentativi di *captatio benevolentiae* non siano da inquadrare fra i contributi alla professione, come in molti, troppi, cercano di far passare.

Siamo consapevoli che l'iniziativa del collegio di Pisa sull'art. 49 è stata un'iniziativa forte ma a nostro parere necessaria alla discussione. Non un'iniziativa contro qualcuno ma uno stimolo per il cambiamento. Per questo, benché ci possano essere stati fraintendimenti, rinnoviamo la stima verso la presidente Barbara Mangiacavalli che invitiamo a considerare questo documento come un contributo al dibattito che, a nostro parere, dovrà inevitabilmente esserci in vista della presentazione del Nuovo Codice Deontologico al quale ha lavorato la commissione individuata dal Comitato Centrale.

Una professione per essere viva deve ritenere normale che al proprio interno vi siano diverse correnti di pensiero e dibattiti, anche animati, che però devono essere circoscritti all'argomento e mai alle persone. Nell'esprimere il nostro pensiero, talvolta anche in maniera volontariamente provocatoria, mai abbiamo messo in discussione le persone o i ruoli; non



possiamo affermare che lo stesso grado di correttezza sia stato adoperato da taluni personaggi nei nostri confronti.

Il dibattito rafforza la professione, la tiene viva e produttiva. L'allineamento acritico e l'assenza di dibattito indebolisce la professione, la uccide. Troppo spesso si sente sostenere il contrario.

Il prodotto che presentiamo è il frutto del lavoro di tutti i componenti del consiglio del collegio IPASVI di Pisa, coordinati dal presidente Emiliano Carlotti e con la supervisione del prof. Ivan Cavicchi.

Come primo passo abbiamo prodotto una relazione dettagliata sulla situazione deontologica degli infermieri dalla quale ricavare coerentemente una bozza di nuovo codice.

Successivamente, dopo un intenso lavoro di studio e innumerevoli momenti di confronto (a tratti duro ed animato), è stata prodotta una bozza di codice che, dopo un attento vaglio, è stata approvata in linea di massima e deciso di metterla pubblicamente in discussione per sottoporla ad un più ampio confronto con i singoli infermieri, gli altri colleghi Ipasvi, i maggiori esperti della materia, i giuristi, le altre professioni, i sindacati, le forze politiche, le associazioni di cittadini e con tutti gli altri possibili soggetti interessati.

La relazione sulla situazione deontologica degli infermieri e la bozza di testo che rendiamo pubblica hanno lo scopo di aprire un dibattito che ci auguriamo proficuo e libero da atteggiamenti preconcepi e pregiudiziali dopo il quale si provvederà a redigere la stesura finale e conclusiva della proposta che sarà consegnata alla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI.

Avvisiamo subito i lettori che non sarà sufficiente una semplice lettura del lavoro che proponiamo, ma che, con ogni probabilità, in particolare per la parte che riguarda il codice deontologico vero e proprio, sarà necessaria almeno una seconda lettura. Quello che proponiamo è sicuramente qualcosa di alternativo rispetto alla produzione deontologica esistente e siamo consapevoli che sarà definito con una miriade di aggettivi, che ci



auguriamo in maggioranza di apprezzamento. La speranza è di avviare un intenso dibattito, già questo sarebbe un successo.

L'intero lavoro si divide in tre parti:

la prima parte è una ricognizione sulla situazione deontologica degli infermieri e si divide in tre capitoli articolati rispettivamente in 6 ,3,11 paragrafi:

- *perché abbiamo bisogno di una nuova deontologia?* (6 paragrafi). Si analizzano le ragioni che giustificano e spiegano la necessità di una riscrittura del codice quindi le contraddizioni e i problemi della professione, la "questione infermieristica", i mutamenti con i quali gli infermieri devono fare i conti;
- *analisi generale del codice 2009* (3 paragrafi). Si analizza l'impostazione del codice vigente per mapparne le incongruenze, le contraddizioni, le inadeguatezze e definire il campo della riscrittura e degli argomenti;
- *analisi dell'articolato del codice deontologico*. (11 paragrafi). Si analizza il codice vigente capitolo per capitolo individuando i punti deboli, le omissioni e le contraddizioni.

La seconda parte mette a fuoco le principali idee forza che devono caratterizzare il nuovo codice deontologico desunte dalle analisi delle due parti precedenti e si compone di due capitoli articolati rispettivamente in 4 e 2 paragrafi:

- *un'altra deontologia: doveri e obblighi morali:* (4 paragrafi) Si ridefiniscono i presupposti e i postulati dai quali ricavare il nuovo testo;
- *spunti per il lavoro di scrittura:* (2 paragrafi) dall'analisi dell'articolato si ricavano gli spunti per la riscrittura degli argomenti.

La terza parte conclusiva è costituita dalla bozza del nuovo testo del codice deontologico ovvero la traduzione della ricognizione di studio in un nuovo articolato e si compone di 11 Capi:

Capo I Deontologia secondo il ruolo (6 articoli)

Capo II Adeguatezza e compostibilità (3 articoli)



Capo III Il malato e la comunità contraente come principio (6 articoli)

Capo IV IL ruolo dell'infermiere (4 articoli)

Capo V Scopi e condizioni dell'agire professionale (5 articoli)

Capo VI La cura quale opera professionale (6 articoli)

Capo VII La cooperazione tra professioni (6 articoli)

Capo VIII I rapporti con le altre professioni (4 articoli)

Capo IX L'autonomia deontologica (4 articoli)

Capo X La condivisione deontologica (3 articoli)

Capo XI Disposizioni finali (3 articoli)

Totale articoli: 50

Gli infermieri del Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI di Pisa

Il presidente	Emiliano Carlotti
Il vice presidente	Roberto Vierucci
La segretaria	Barbara Baldi
La tesoriere	Barbara Mattei
La consigliera	Barbara Ferretti
La consigliera	Laura Scateni
Il consigliere	Daniele Carbocci
Il consigliere	Fabio Belli
Il consigliere	Federico Chiarugi
Il consigliere	Giuseppe Stefani
Il consigliere	Riccardo Lazzerini



Parte Prima

Relazione sulla situazione deontologica degli infermieri

1 PERCHÉ ABBIAMO BISOGNO DI UNA NUOVA DEONTOLOGIA?

1.1 Perché c'è bisogno di riscrivere il codice deontologico degli infermieri?

La risposta più semplice è: *“perché la professione ne ha bisogno come il pane”*. Quella più pratica è: *“perché l’infermiere è regolato da un modello di codice datato e in parte inadeguato”*. Quella più politica è: *“perché esiste una “questione infermieristica”, cioè gli infermieri sono nei guai.*

Queste risposte presuppongono che un nuovo codice deontologico:

- aiuti l’infermiere a risolvere i suoi problemi;
- tuteli la professione;
- contribuisca alla risoluzione della questione infermieristica;
- metta in condizione l’infermiere di riposizionarsi in un mondo che è già cambiato e continua a cambiare;

1.2 Ma il codice può fare tutto questo?

Il codice da solo:

- non può risolvere tutti i problemi degli infermieri;
- men che mai la *“questione infermieristica”*;
- e ancor meno definire una strategia di valorizzazione della professione.

È indubbio che la deontologia sia una possibilità tra le possibilità perché essa è allo stato attuale un problema tra i problemi. Gli infermieri hanno tanti problemi e tra questi hanno quello di una deontologia debole e a



tratti inadeguata. Molti problemi non dipendono dagli infermieri altri sì. La deontologia dipende dalla volontà e dalla capacità degli infermieri di ammodernare le regole che governano i loro comportamenti professionali e di saperle usare. Quindi gli infermieri hanno la possibilità di servirsi della deontologia, per quella che vale, in modo nuovo per: difendersi, esprimersi, crescere, ma soprattutto per *diventare ciò che devono essere*.

La deontologia com'è noto è una norma volontaria che insieme ad altri tipi di norme (giuridiche, contrattuali, organizzative, formative...) contribuisce a definire:

- *chi deve essere l'infermiere;*
- *come deve comportarsi.*

“Deve” è un imperativo che definisce i suoi doveri per far sì che i suoi doveri diventino la miglior garanzia per tutti:

- per i diritti dei malati, degli assistiti;
- per la funzionalità della sanità;
- per la professione.

Certamente da sola la deontologia è insufficiente a definire una strategia completa per lo sviluppo della professione, ma la sua inadeguatezza, le sue debolezze, le sue contraddizioni, le sue arretratezze sono sufficienti però a:

- danneggiare la possibilità di avere una strategia;
- danneggiare il rapporto con altre norme;
- impedire che le altre norme evolvano ...

Le insufficienze della deontologia sono, di fatto, come handicap per la professione. Un handicap di cui ci si deve liberare nell'interesse di tutti.

Esempio pratico: come si fa ad affermare l'autonomia intellettuale della professione definita per legge se la stessa autonomia è negata o quanto meno non valutata adeguatamente dal codice? Come si fa a favorire la relazione con il malato se questa non è assunta quale principio per una nuova deontologia?

Per noi ridefinire la nostra deontologia è un tassello importante nella nostra battaglia per la valorizzazione piena della professione.



1.3 La forza della norma volontaria dipende da...

La norma deontologica è volontaria e non ha carattere coercitivo fatto salvo per i poteri sanzionatori che il codice riserva ai collegi, ma questo non vuol dire che essa sia poco cogente o peggio inutile, cioè una norma debole, con una funzione teorica simbolica e testimoniale.

La forza della norma deontologica, cioè la sua efficacia dipende da molte cose:

- dalla capacità dei collegi e degli infermieri ad abbinarla con norme primarie di diverso tipo facendone la condizione vincolante per la loro attuazione, ciò vale in particolare per tutta la materia che interessa l'organizzazione dei servizi, le politiche del lavoro, i rapporti con le altre professioni;
- dalla sua autonomia perché la deontologia è un'etica che per forza deve avere un'autonomia. All'etica è fatto divieto di non essere etica. Alla deontologia è fatto divieto di non essere deontologia. Al dovere è fatto divieto di non essere dovere;
- dal suo uso ordinario nella pratica professionale cioè dal diventare una regola orientata alla "*buona prassi* " quindi pensata per prevenire i problemi della professione ben oltre la sua classica funzione di "*vigilanza sui comportamenti*";
- dalla sua coerenza valoriale cioè dalla sua capacità di non essere in contraddizione con altre norme deontologiche, il grado di coerenza di un codice è la prima condizione a base della sua credibilità;
- dai suoi effetti sanzionatori un codice che non interviene punendo le trasgressioni, punendo gli abusi, punendo i comportamenti scorretti dal punto di vista deontologico, perde di credibilità e di autorevolezza;
- dalla sua funzione di denuncia cioè il portare le trasgressioni deontologiche a conoscenza della competente autorità, nei confronti di coloro che in ragione dei loro ruoli nell'organizzazione del lavoro danneggiano il codice con errati impieghi professionali, con



malintese svalutazioni della professione, con comportamenti palesemente indifferenti alla deontologia;

- dalla sua capacità a leggere e di intercettare il cambiamento cioè dalla sua capacità di essere pertinente rispetto al mondo con il quale l'infermiere è suo malgrado in relazione.

Il codice *deve* servire all'infermiere, *deve* cioè aiutare l'infermiere soprattutto ad *essere quello che deve essere*, per questo la norma deontologica è la prima regola di definizione dell'identità della professione.

1.4 Adattarsi alla realtà non è l'unica cosa che si può fare

Oggi la deontologia deve diventare un'etica professionale a tutti gli effetti anche per contrastare tendenze che in sanità vedono:

- una crescente subordinazione dei valori morali ai valori economici;
- una crescente relativizzazione tanto della nozione di *dovere* quanto quella di *diritto* in nome di una non meglio definita "sostenibilità";
- un adattamento passivo della professione ai contesti problematici nei quali opera;
- una crescente conflittualità tra professioni.

Le teorie che si limitano ad *adattare* la professione alla realtà della sanità non sono altro che il trasferimento sul piano deontologico delle ben note logiche *compatibiliste* che ci sono state imposte in questi anni. Se la deontologia professionale accettasse la subordinazione della professione ai limiti economici allora per la professione non ci sarebbe scampo essa perderebbe la sua autonomia e diventerebbe semplicemente un comportamento condizionato. All'approccio *compatibilista* che è invalso sino ad ora e che è ben sintetizzato da alcuni articoli del codice vigente devono subentrare nuovi approcci cioè nuove norme deontologiche in grado di garantire la:

- coesistenza senza contraddizioni tra professione e bisogni del malato e dell'assistito;
- coesistenza senza contraddizioni tra i valori della professione e il contesto di lavoro;



- coesistenza e cooperazione tra le professioni in relazione di reciprocità.

La *coesistenza senza contraddizioni* tra valori diversi ma complementari si chiama "*compossibilità*"

Adattarsi alla realtà non è l'unica cosa che si può fare. Si può cambiare la realtà ad esempio rimuovendone le contraddizioni. Quindi adoperandosi per rendere la professione compossibile con la realtà in cui opera.

Per questo la nostra proposta di deontologia s'ispira ai principi della *compossibilità* con l'esplicita intenzione di rimuovere le principali contraddizioni che esistono tra:

- professione e malato/assistito;
- professione e altre professioni;
- tra professione e organizzazione del lavoro;
- tra professione e risorse disponibili;
- tra professione e società.

1.5 L'identità quale valore

La deontologia riguarda i comportamenti degli operatori e quindi le loro facoltà, i doveri e le responsabilità loro proprie. Essa rientra in quel genere di etiche definite "*secondo il ruolo*" e che definiscono la famosa *identità professionale*.

L'identità professionale ha due funzioni:

- rispetto alla società indica i doveri e gli obblighi morali da attribuire a una professione;
- rispetto agli infermieri indica le regole da seguire per adempiere ai loro doveri e ai loro obblighi morali nei confronti della società.

La nostra idea di deontologia assume come parametro di riferimento per definire i doveri professionali il *ruolo* e *l'identità della professione*. Si tratta di usare l'identità per cambiare quello che è possibile cambiare. Rinunciare



all'identità professionale non può che peggiorare le cose. Meno identità non è conveniente per nessuno.

La nostra identità professionale non vuol dire qualcosa che per forza limita altre professioni ma qualcosa che è definibile solo in relazione ad altre identità. Se la nostra identità professionale è un valore allora anche quelle delle altre professioni sono valori. Ma se è così si tratta di definire le condizioni di *compossibilità* tra diverse professioni che rendono possibili la loro coesistenza. Oggi il problema è ridefinire le condizioni di coesistenza tra diverse professioni e di superare ogni forma di conflittualità.

L'identità quindi genera identità. La prima cosa che deve fare un codice deontologico è la definizione dell'identità professionale quale valore primario. Come fare? Semplice la si deduce:

- dall'ordinamento normativo che c'è;
- dalle realtà empiriche in cui opera l'infermiere;
- dalle sue possibilità evolutive;
- dalle condizioni pratiche che concorrono a definirla;
- dal buon senso.

E una volta definita gli si dà forza deontologica definendo il ruolo. Senza identità professionale è difficile qualsiasi definizione di ruolo. Se l'infermiere non sa chi è non è possibile definire cosa egli dovrà fare.

1.6 I grandi mutamenti con i quali dobbiamo fare i conti

Gran parte dei problemi della professione deriva dall'impatto con i mutamenti che sono in essere ormai da decenni e dalle nostre difficoltà a farvi fronte.

Ma per capire bene cosa vogliamo dire è bene chiarire i concetti di *mutamento, regressione e cambiamento*:

- il *mutamento* è qualcosa che investe la professione suo malgrado;



- la *regressione* non è esattamente un tornare indietro, ma è quando la professione con tutto il suo bagaglio normativo resta ferma mentre tutto muta, al punto da essere spiazzata;
- il *cambiamento* è la proposta che la professione mette in pista per recuperare gli effetti negativi della regressione e che ruota intorno all'idea di "*ripensamento*".

Ai mutamenti che non dipendono da noi si risponde con i cambiamenti che dipendono da noi. E quello deontologico è uno di questi. Facciamo degli esempi:

- se il malato rappresenta un grande mutamento sociale non si può restare fermi ma si deve cambiare cioè diventare un altro genere di professione;
- se il malato chiede cura e non solo assistenza noi dobbiamo dare cura e non solo assistenza. Dobbiamo rimetterci in gioco.

Se non si cambia come professione diventiamo regressivi cioè inadeguati. Il codice deontologico vigente è fortemente regressivo perché non è stato in grado di adeguare la professione ai mutamenti. Questa regressività alla fine la professione la paga cara in tanti modi. Essere inadeguati è prima di ogni altra cosa un problema morale ma anche organizzativo, economico, professionale.

I mutamenti che coinvolgono la professione infermieristica sono di diverso tipo e di diverso genere:

- oggi viviamo in una società molto diversa da quella rispetto alla quale fu costruita la figura dell'infermiere;
- oggi siamo nell'epoca del "*post*" cioè la professione è come ferma tra "*ciò che è stata*" e "*ciò che dovrebbe essere*" cioè la professione è come in un limbo senza riuscire ad essere "*altro*";
- oggi la professione è "*post ausiliaria*" nel senso che nella realtà la condizione di ausiliarità non è stata superata;
- oggi per gli infermieri essere "*post*" è uno dei fattori alla base di una dolorosa scollatura tra professione e società, tra professione e lavoro, tra professione e formazione;



- oggi a differenza di ieri la professione non è più dentro una fase di sviluppo del welfare ma è dentro una fase di sua decostruzione;
- oggi siamo nel tempo del ridimensionamento del *welfarismo*, la cui fondamentale caratteristica è l'estenuante contraddizione tra diritti e risorse, professione e lavoro, tra professione giuridica e professione reale, tra diritti professionali e doveri professionali;
- oggi abbiamo la "*questione infermieristica*" cioè l'infermiere non è quello che dovrebbe essere;
- oggi si ha a che fare con politiche di *definanziamento* della sanità che svalutano il lavoro, le professioni;
- oggi il lavoro dell'infermiere è svalutato con il demansionamento, l'uso compensativo della professione nei confronti delle disorganizzazione, il suo impiego flessibile, la sua intercambiabilità con figure lavorative puramente ausiliarie, la sua surrogabilità ecc...;
- oggi il condizionamento economico, l'invarianza delle organizzazioni del lavoro, i conflitti interprofessionali impediscono alla professione di essere una vera professione intellettuale con tanto di autonomia e di responsabilità;
- oggi il "*paziente*" si è emancipato diventando "*esigente*", cioè un soggetto consapevole dei propri diritti non più "*beneficiario*" passivo ma "*contraente*", che tende a contrattare le condizioni delle cure di cui ha bisogno;
- oggi il malato non è più il classico "*assistito*" ma molto di più. Si tratta di un mutamento che è alla base di molte problematiche della professione e pone questioni deontologiche di primaria importanza;
- oggi la domanda di assistenza in questa società con l'invecchiamento, la crescita della cronicità, con un maggior grado di sopravvivenza rispetto alla malattia, con la riduzione delle morte evitabili ecc., è radicalmente cambiata;
- oggi si ha a che fare con il "*malato complesso*" che va ben oltre la cura fisica delle malattie e che obbliga la professione ad un ripensamento impegnativo per assicurare una "*cura*", la più adeguata possibile ad un genere di malato nuovo;



- oggi se nel malato cambia l'idea di cura ma non cambia l'idea di servizio, di professione, di lavoro si creano, a livello di professione, contraddizioni deontologiche importanti;
- oggi dobbiamo ridefinire le nostre visioni tradizionali di malato ampliando la nostra idea di cura di assistenza e ripensando i modi attraverso i quali la professione, cioè le sue prassi, adempie le proprie funzioni;
- oggi conoscere il malato e non solo la malattia per la professione che assiste e cura è forse la sfida più importante dal momento che mette in discussione il tradizionale assistenzialismo infermieristico cioè quella tradizione culturale che riduce la cura del malato all'assistenza al corpo, all'igiene personale, alla somministrazione della terapia, al sollievo delle sofferenze;
- oggi il concetto moderno di cura va ben oltre quello di assistenza e comprende prima di ogni altra cosa la costruzione di un nuovo genere di relazioni con il malato. Se il malato resta una malattia da assistere non ha alcun senso avere relazioni di cura ma se la malattia diventa malato, le relazioni di cura sono obbligatorie. E questo per la deontologia non è una cosa da poco;
- oggi per la professione per la prima volta si pone il problema di andare oltre la conoscenza clinica della malattia e di usare la *relazione di cura* come una fonte di conoscenza del malato come persona;
- oggi rispetto alla pratica professionale è aumentato in misura enorme il *peso del contesto*. La professione ha un *significato di base* che dipende dalle norme che la definiscono ma nello stesso tempo ha anche un suo *significato contestuale* che dipende da dove si lavora da come si lavora dall'ambiente in cui si lavora dalle organizzazioni di riferimento;
- oggi il significato di infermiere dipende tanto dalle norme che dal contesto in cui si lavora. Ciò pone problemi deontologici inediti dal momento che la definizione della professione oggi non può limitarsi a quella normativa. Da qui una sfida deontologica ulteriore;



- oggi per l'infermiere si pone dunque un problema di *ricontestualizzazione* vale a dire un nuovo rapporto tra professione norme e realtà;
- oggi la professione deve fare i conti con quella che in generale è stata definita "*la sfida della complessità*". Quella che nasce dai contesti, dai malati persone, da nuove idee di cura ,dai limiti economici... La professione opera sempre in una complessità e definirla in assenza di complessità è un errore;
- oggi per governare la complessità, le competenze, le mansioni e i compiti non bastano ma ci vuole "impegno" quindi ci vogliono abilità, sensibilità, autonomia nelle scelte, responsabilità nel senso di avere la capacità di prevedere le conseguenze di ciò che si fa;
- oggi la professione non è più solo un problema di definizione normativa, cioè di competenze, ma diventa anche un problema di capacità quindi di *come* usarle, cioè di "*come essere*" infermieri questo problema va oltre i titoli di studio che pur bisogna possedere per esercitare la professione;
- oggi si tratta di capire che quello che fa l'infermiere non è più garantito solo dalle sue conoscenze, ma è soprattutto garantito dalle qualità, dalle virtù dalle disponibilità professionali di chi lo agisce. Cioè dalle qualità di chi agisce;
- oggi l' infermiere non è più la conseguenza di ciò che sa ma è sempre più il risultato di ciò che è e di ciò che sa fare.

1.7 La questione infermieristica

Non essere riusciti sino ad ora a rispondere ai mutamenti che ci venivano addosso con adeguati cambiamenti ha contribuito a determinare la "*questione infermieristica*". In sintesi la questione infermieristica vede la professione anziché migliorare perché ha conquistato leggi importanti peggiorare. La struttura valoriale della professione, il suo stampo deontologico, la sua matrice operativa definita con legge è come bloccata. Cioè essa dovrebbe cambiare ma non cambia. Se la professione



non cambia gli infermieri restano ciò che sono sempre stati ma con i contesti che cambiano ciò equivale ad un peggioramento. A regressività per l'appunto. E questo è il primo problema dell'infermiere: *nel 21° secolo, l'infermiere non può essere uguale all'infermiere del secolo precedente. Se resta uguale allora peggiora.*

La *questione infermieristica* nasce dalla contraddizione dolorosa tra:

- *essere infermiere*, cioè avere una certa formazione quindi uno status normativo certi titoli ecc;
- *modo di essere infermiere* cioè esercitare la professione in certi modi e non in altri.

Ormai da un bel po' di anni il *modo di essere* infermiere non corrisponde al suo "*essere infermiere*" nel senso che indipendentemente dai titoli di studio, dal percorso formativo l'infermiere continua ad essere quello che è sempre stato. Le eccezioni che pur esistono non sono in grado di smentire questa verità.

Il ruolo dell'infermiere nonostante le norme che ne hanno definito il profilo e le prerogative in realtà è un "*non infermiere*", cioè un infermiere definito in negativo per quello che "*non fa ma dovrebbe fare*" e quindi modificato tanto nel suo essere che nel suo modo di essere.

Tutto questo costituisce la "*questione infermieristica*", vale a dire non tanto un insieme di problemi tecnici che sommati creano una questione più grande, ma un sistema di processi che peggiorano il ruolo dell'infermiere. Nel momento in cui il nuovo ruolo dell'infermiere è bloccato si riafferma quello vecchio. Il saldo tra vecchio infermiere e nuovo infermiere è la negazione cioè il "*non infermiere*".

La *questione infermieristica* non è solo colpa degli altri, ma è anche colpa nostra che non siamo riusciti a superare il vecchio modo di essere e che abbiamo pensato ingenuamente che per cambiare la nostra professione sarebbe bastato conquistare delle norme. L'esperienza ci insegna, a proposito di L.42, comma 566 ecc., che la norma da conquistare non è mai il punto finale di un processo di cambiamento ma è sempre il punto iniziale



a partire dal quale si tratta di creare tutte le condizioni di fattibilità per attuare la norma conquistata. Noi questo lavoro ancora non l'abbiamo fatto.

Oggi dobbiamo partire dalla norma è reinventarci la professione. Per farlo è necessario partire proprio dalla deontologia. Un nuovo codice deontologico diventa una prima condizione di fattibilità per definire una nuova professione. Nessuna idea di valorizzazione della professione è credibile a deontologia invariante.



2 ANALISI GENERALE DEL CODICE 2009

2.1 I difetti dell'attuale codice deontologico

Il codice 2009 è nato:

- come aggiornamento del codice del 1999;
- che a sua volta è nato dall'aggiornamento di quello del 1977;
- che a sua volta è nato dall'aggiornamento del primo codice degli infermieri, quello del 1960.

Quasi 50 anni di deontologia fundamentalmente invariante nell'impostazione di fondo ma soprattutto nella concezione dell'infermiere salvo tre aggiornamenti fatti:

- il primo a distanza di ben 17 anni;
- il secondo di 22 anni;
- il terzo di 11 anni.

Il codice vigente, 2009, più che un aggiornamento è una sintesi di quello precedente 1999 quindi senza grandi variazioni per cui si può dire che sostanzialmente, cioè sui contenuti di fondo, l'attuale codice a oggi ha 39 anni.

La cosa colpisce perché soprattutto negli anni 90 sono intervenute delle leggi che hanno modificato anzi riformato e non di poco il ruolo dell'infermiere per cui sarebbe stato logico adeguare la deontologia alle novità legislative quindi superare la pratica dell'aggiornamento. Ma questo dall'analisi comparata dei testi non risulta essere stato fatto. Si è continuato con la pratica dell'aggiornamento come se la deontologia fosse separata e invariante rispetto alla normativa.

Se si confronta il codice attuale 2009 con quello precedente del 1999 la cosa che cambia è l'impaginazione e la titolazione delle parti mentre i contenuti sono solo più sintetici e perentori con qualche piccola aggiunta.



La struttura del codice del 1999 prevede:

- una premessa;
- principi etici della professione;
- norme generali;
- rapporti con la persona assistita;
- rapporti professionali con colleghi e altri operatori;
- rapporti con le istituzioni;
- disposizioni finali.

La struttura del codice 2009 è pressoché identica ma prevede una diversa titolazione:

- Capo I
- Capo II
- Capo III
- Capo IV
- Capo V
- Capo VI
- Disposizioni finali

Abbiamo deciso di analizzare il codice del 2009 unitamente a quello del 1999 e quindi di usare come riferimento la sua titolazione esplicita dei vari capitoli che nell'ultimo aggiornamento non c'è.

Esempio la premessa nel codice 1999 corrisponde al capo 1 del codice 2009 per cui il capo 1 è come la premessa. Così tutto il resto.

Il difetto più grande del nostro codice, lo abbiamo già detto, è il suo grado di regressività, cioè esso non ha registrato quei cambiamenti che hanno segnato da una parte lo sviluppo normativo della professione, dall'altra la sua paralisi.

Il codice si rapporta alla professione come se la professione fosse "normale" senza problemi e senza contraddizioni. Per cui ignora la "questione infermieristica". Cioè non è tra i suoi presupposti. In ciò paradossalmente il codice svolge una funzione di rimozione delle contraddizioni e dei problemi della professione continuando ad essere



spiazzato di fronte ai mutamenti che ci riguardano e a sua volta ha un effetto spiazzante per la professione in quanto tale.

Ciò si spiega con la scelta adottata a suo tempo di *aggiornare* un vecchio modello di deontologia e non già di ripensarlo alla luce dei mutamenti sociali, etici, economici e organizzativi, come oggi noi proponiamo di fare.

2.2 Il modello di codice

Sino ad ora tutti e 4 i codici approvati (1960/2009) si sono ispirati alla tutela dei rapporti tra infermieri e malati tutela che culmina con il patto con il cittadino del 1996, con due scopi fondamentali:

- assicurare un certo orientamento professionale;
- valutare la condotta dei professionisti.

Questo modello di codice è di fatto riconducibile a quattro tipologie di norme:

- quelle che richiamano norme previste dalla legislazione;
- quelle di natura etica di carattere generale;
- quelle di natura prettamente deontologica non normate dal legislatore (ad esempio: "rapporti con i colleghi"; "rapporti con le altre professioni"; "rapporti con il collegio professionale");
- quelle di carattere disciplinare.

Questo modello con le tipologie di norme richiamate fin dall'inizio ci propone una definizione di infermiere come professione sanitaria ausiliaria che negli anni si arricchisce nel senso di un professionista della salute ma senza mutare il paradigma di fondo imperniato sulla professione ancillare.

Soprattutto dal 1999 la definizione della professione si assesta fundamentalmente sui seguenti punti:

- Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo;
- la professione per la cura della salute;
- la centralità della persona assistita;
- la partecipazione alle scelte di politica sanitaria.



Il Codice 2009 mutua una premessa composta di cinque articoli dove si dichiara:

- chi è l'infermiere;
- che tipo di servizio eroga;
- con quali interventi;
- quali sono le sue responsabilità generali;
- quali sono le funzioni del codice;
- quali gli scopi della partecipazione dell'infermiere ai propri organi di rappresentanza.

Alla premessa seguono cinque capitoli, ciascuno dei quali corrisponde ai titoli del codice del 1999 che ne indicano il contenuto:

- principi etici della professione;
- norme generali;
- rapporti con la persona assistita;
- rapporti professionali con colleghi e altri operatori;
- rapporti con le istituzioni.

Già da questa sintesi emergono le prime contraddizioni:

- la stragrande maggioranza delle norme deontologiche sono ridondanti e ripetitive perché di fatto richiamano altre norme;
- le norme che definiscono più specificatamente la professione sono semplicemente il richiamo di altre norme primarie;
- tutte le norme che hanno un carattere generale sono per lo più scontate, appartenenti oltreché alla giurisprudenza, al senso comune;
- le norme che aggiungono qualcosa al modello sono poche.

Cioè la stragrande maggioranza del codice è di fatto una inutile citazione giuridica sottintesa. Se si fa l'analisi delle novità a livello di ciascuna parte del codice ci si accorge non solo di quanto sia scarso il valore aggiunto dell'ultimo codice deontologico rispetto a quello precedente del '99 e rispetto a quello del '77, ma che le principali novità riguardano tutte il rapporto tra professioni e risorse.

Vediamo meglio i vari capitoli valutandone sommariamente il grado di innovatività rispetto alla versione precedente:



- *capo 1 (premessa)*: nessuna significativa novità.
- *capo 2 (principi etici della professione)*: senza nessuna novità significativa si conferma che: *"l'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili. (Art 10).*
- *capo 3 (norme generali)*: nessuna significativa novità a parte cancellare la norma sulle incompatibilità *"l'infermiere non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche per conseguire vantaggi per se o per altri" (3.5 1999).*
- *capo 4 (rapporti con la persona assistiti)*: nessuna significativa novità.
- *capo 5 (rapporti professionali con colleghi e altri operatori)*: nessuna significativa novità.
- *capo 6 (rapporti con le istituzioni)*: nessuna significativa novità.
- *disposizioni finali*: nessuna significativa novità.

2.3 Le incompatibilità assenti

Il problema delle incompatibilità sino ad ora è stato piuttosto frainteso. Lo si è sempre considerato come *contra homine* cioè contro i privilegi o gli interessi di coloro che svolgono funzioni di direzione nei collegi e nella federazione ed hanno più incarichi. Ma in realtà l'incompatibilità è l'unica garanzia che ha una deontologia per restare autonoma. L'incompatibilità è funzione dell'autonomia deontologica. Essa garantisce l'indipendenza della deontologia da altri generi di interessi.

Il codice vigente cancella l'unico riferimento al valore dell'autonomia deontologica che era contenuto nel codice precedente del 1999 (*l'infermiere non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche per conseguire vantaggi per se o per gli altri 3.5*) e lo riduce nell'art 17 a *"L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi"*. Cioè l'incompatibilità deontologica è ridotta ad agire professionale quindi non riguarda più la rappresentanza.



Nella pratica vi sono quattro generi diversi di incompatibilità che andrebbero normate deontologicamente:

- quella particolare commistione di interessi tra partiti, governo, sindacati e professione che di fatto ha negato il valore dell'autonomia della professione soprattutto assecondando quelle politiche che hanno avuto pesanti effetti deleteri sulle pratiche professionali;
- quell'altro genere di commistioni che vedono a dirigere collegi dell'Ipasvi infermieri dirigenti che per ruolo e funzioni sono di fatto le controparti organizzative degli infermieri che lavorano;
- l'assenza di un qualsiasi limite alla durata degli incarichi dirigenziali che favorisce il perdurare degli interessi personali praticamente a vita;
- i problemi legati all'indegnità dei comportamenti. In questi ultimi anni, abbiamo assistito, a pratiche persecutorie, a diffamazioni al ricorso a vere e proprie macchine del fango, cioè a pratiche indegne da un punto di vista deontologico perché non mirate a favorire con correttezza il confronto ma a sopprimere opinioni diverse, perseguire la dissidenza legittima, soffocare ogni libertà di espressione, impaurire la comunità degli infermieri con spauracchi e timori di ritorsioni.

Queste forme di indegnità non sono in alcun modo compatibili con lo spirito del codice deontologico. Gli infermieri che si prestano a pratiche diffamatorie sono altrettanto incompatibili nei confronti del codice deontologico.

Il nuovo codice deontologico quindi deve definire al fine di garantire l'autonomia della norma deontologica le incompatibilità necessarie.

Con autonomia deontologica intendiamo la capacità del codice di dare a sé stesso le norme che ne regolano l'uso. Questo concetto di autonomia, deve informare di sé gli obblighi morali del codice. L'infermiere è libero quando è padrone della sua deontologia, ossia quando non è condizionato da interessi che esulano dagli scopi primari della deontologia. Gli infermieri attraverso il codice sono sovrani e sudditi al tempo stesso perché



costruiscono liberamente le norme deontologiche necessarie e perché nello stesso tempo sapendo di essere autonomi obbediscono altrettanto liberamente a quelle norme:

- obbedendo alla propria volontà deontologica gli infermieri sono liberi;
- se la volontà deontologica è condizionata da interessi esterni al codice, gli infermieri non sono liberi.



3 ANALISI DELL'ARTICOLATO 2009

3.1 Capo I (premessa)

Com'è noto in logica la *premessa* è un argomento di partenza dal quale si ricava una conclusione. Essa nel codice contiene affermazioni preliminari dedotte da presupposti e da postulati impliciti vale a dire non dichiarati dati per scontato. Quindi la premessa è la condizione teorica necessaria alle verità del codice cioè alle sue norme ma nello stesso tempo è una condizione che prelude al codice concorrendo a determinarlo. Per questo è importante che la premessa sia giusta, cioè corrisponda alla realtà dell'infermiere, ne rappresenti al massimo la condizione e i problemi, riferisca dei mutamenti con i quali l'infermiere ha a che fare.

La premessa è articolata in 6 articoli, i primi tre sono delle definizioni (l'infermiere è) gli ultime tre sono il richiamo a principi generali, valori etici, concetti contenuti in diverse fonti primarie comprese tra la Costituzioni e le leggi sanitarie.

Vediamo le definizioni:

- l'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.
- l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività e si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.
- 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.

La prima definizione è semplicemente la trasposizione nel codice della legge 42/1999 (art 1) e della legge 251/2000 (art1) ma con due lacune:

- la responsabilità è sganciata dall'autonomia cioè il valore dell'autonomia quale condizione di responsabilità non è dichiarato quindi omesso, per cui il richiamo alla responsabilità diventa una



semplice petizione di principio legata genericamente alla funzione: l'infermiere è un professionista responsabile di... nel senso che l'infermiere ha la funzione di assicurare l'assistenza al malato.

- l'assistenza infermieristica è intesa come *funzione*. Essa è un concetto riproposto tale e quale quindi mutuato dai precedenti codici deontologici.

Il risultato è che l'infermiere è proposto in premessa genericamente come il titolare di una funzione definita "assistenza" in un modo di fatto ausiliario cioè senza specificarne l'autonomia intendendo l'assistenza come una serie di compiti specifici che lui deve eseguire.

Ciò contraddice l'art 1 della legge 251 che esplicitamente chiarisce che il lavoro dell'infermiere è svolto con "autonomia professionale" e non coglie tutti quei cambiamenti sociali e culturali che di fatto hanno messo in discussione il concetto classico di "assistito" quindi di "assistenza".

Questo significa che nella riscrittura del codice bisognerà:

- definire l'autonomia professionale quale condizione della responsabilità per evitare che la responsabilità sia semplicemente riducibile alla esecuzione dei compiti;
- ridefinire il concetto di assistenza e di assistito alla luce dei cambiamenti sociali e culturali che sono intervenuti;
- se la responsabilità è legata ai compiti in una organizzazione del lavoro dove l'infermiere resta ausiliario resta quindi una responsabilità ausiliaria, la professione è senza autonomia;
- oggi di fatto l'infermiere è una *professione post ausiliaria* perché pur essendo in teoria una professione intellettuale è impiegato come una professione ausiliaria in organizzazioni del lavoro concepite per lo più ancora per ausiliarità e non per autonomie.

Il quesito quindi è il seguente: il codice che definisce chi è l'infermiere si deve riferire ad un infermiere teorico o ad un infermiere reale?

Suggeriamo di rispondere con la logica condizionale:

"l'infermiere sarebbe tale se... avesse le condizioni giuste per esserlo".



Ribadiamo:

- oggi *ciò che dovrebbe essere* un infermiere è impedito da *ciò che l'infermiere fa*;
- *ciò che fa* è deciso da *come* è effettivamente organizzato il suo lavoro e i suoi rapporti con altre professioni cioè dal suo scarso grado di autonomia.

Il ruolo di una professione non è una questione di competenze, perché queste sono operativamente e tecnicamente quelle che sono, ma è una questione di autonomia e di responsabilità. Il *ruolo* è diverso dalla *funzione* perché esso è più delle competenze e dei compiti. Il ruolo è una questione di comportamenti attesi la funzione invece è una questione di compiti da eseguire e rispettare.

Quindi la logica condizionale *l'infermiere sarebbe tale se....va* declinata in termini di *ruolo*:

"il ruolo dell'infermiere sarebbe tale se... autonomia e responsabilità fossero definite contestualmente".

Oggi il ruolo dell'infermiere è meno di quello che dovrebbe essere perché i rapporti tra autonomia e responsabilità restano deontologicamente indefiniti.

Allora cosa *deve fare* un codice deontologico?

Il codice:

- non può ricavare le sue norme da un ruolo vecchio di infermiere che coincide con la sua funzione ausiliaria e con la sua funzione tecnica;
- non può limitarsi a ribadire una funzione tecnica;
- deve creare le condizioni per un cambiamento;
- il codice ha il dovere di assicurare dei doveri sanciti per legge.



In sostanza: *il codice ha il dovere primario di assicurare la professione secondo professione.*

Siccome nella realtà la professione non è secondo professione il codice deve prendersi la responsabilità di indicare la strada per risolvere questo problema.

Si potrebbe procedere in questo modo:

- il codice dovrebbe definire il ruolo che è sancito dalle norme;
- il codice dovrebbe fissare le condizioni deontologiche grazie alle quali il ruolo viene definito.

Cosa vuol dire definire il ruolo dell'infermiere?

Vuol dire:

"definire l'infermiere in una organizzazione e in relazione con altre autonomie e altre responsabilità, cioè altri ruoli".

Il ruolo per definizione è sempre definito in rapporto ad altri ruoli (padre/figlio, maestro/allievo, medico/infermiere, infermiere/malato ecc) definire un ruolo significa definire sempre delle entità operative in relazione con altre entità operative. Non si definirà mai il ruolo dell'infermiere senza definire il ruolo degli altri operatori tanto del medico che dell'OSS, come non si definirà mai il ruolo dell'infermiere senza prima definire per il codice deontologico il ruolo del malato. Se il malato sarà l'assistito il ruolo dell'infermiere sarà sempre quello di colui che lo assiste. Se il malato sarà l'esigente allora il ruolo dell'infermiere dovrà per forza essere non solo quello di colui che lo assiste ma anche quello di colui che gli corrisponde in autonomia e responsabilità. L'evoluzione del ruolo è sempre una coevoluzione di ruoli tra loro in rapporto di interdipendenza.

Da questo punto di vista il codice vigente è davvero carente dal momento che parla genericamente di "collaborazione" tra colleghi ed altri operatori.

Definire un ruolo significa quindi:



- definire un soggetto in relazione con il suo mondo ancor prima per i titoli che possiede e per i compiti che svolge
- definire l'infermiere quale agente in termine di autonomie e responsabilità in relazione ad altri agenti.

Tutto il codice deontologico è invece su un'altra logica che è quella vecchia che definisce il rapporto lineare che esiste tra titolo di studio, competenze e responsabilità in un mondo senza contesti e senza agenti.

3.2 Capo II (principi etici della professione)

Sono per lo più richiamati i valori etici comuni a tutti i codici deontologici e sanciti da tante norme primarie. Il codice ci propone questi valori importanti in realtà come delle semplici petizioni di principio in due accezioni:

- norme che considerano valido un valore deontologico perché enunciato da un principio;
- norme che considerano inconfutabile un valore a priori.

Il punto debole di questa impostazione, per altro molto comune a tutti i codici deontologici, è che sono dichiarazioni di principio senza coerenza, cioè possono significare tutto e il contrario di tutto, fortemente esposte all'interpretabilità, ma soprattutto esposte alla genericità e alla discrezionalità. Questo genere di norme condivisibilissime sul piano del significato pongono soprattutto un problema: *chi sarà il loro interprete cioè il loro garante?* Questo genere di norme proprio per la loro genericità per forza devono essere garantite da un soggetto che con i suoi comportamenti ne garantisca il rispetto. Quindi saranno i *comportamenti attesi* cioè il ruolo a garantire il rispetto di questi principi.

Nell'elenco dei principi etici del Capo I e II esistono fondamentalmente due gruppi di principi:

- quello dove il dovere dell'infermiere è definito in rapporto a dei diritti del malato (per esempio non nuocere vale perché c'è un



diritto implicito del malato al beneficio della cura, o il principio del rispetto perché il malato ha diritto ad essere rispettato ecc...);

- quello dove il dovere dell'infermiere è definito semplicemente nei confronti dell'uso delle risorse e principalmente rispetto alla loro scarsità data in via di principio.

Tra questi due gruppi di doveri sussiste una differenza fondamentale:

- mentre nel primo gruppo l'infermiere per definire i suoi doveri può contare su una certa causalità del diritto del malato cioè vi è uno scambio alla pari tra diritti/doveri. I diritti del malato causano i doveri dell'infermiere;
- nel secondo gruppo no, perché l'uso delle risorse in una azienda, in una regione, in un servizio è relativo ad una moltitudine di fattori poco intellegibili e in quanto tali poco controllabili dall'infermiere.

Questa la differenza, nel primo gruppo l'infermiere scambia diritti e doveri, nel secondo gruppo lo scambio non c'è, l'infermiere non è in alcun modo in grado di controllare il fattore risorse per cui lo subisce come effetto del sistema.

Si formuli l'ipotesi che una relativa scarsità di risorse in un'azienda sia causata non tanto dall'allocazione delle risorse tout court ,ma da come esse sono spese, dal grado di diseconomicità dell'azienda, dal livello di sprechi che in essa esistono, dall'incompetenza del direttore generale o di altri operatori... e da semplici problemi di inefficienza... per quale ragione l'infermiere dovrebbe avere il dovere di compensare la scarsità di risorse causata da incapacità sacrificando, come nel caso dell'art. 49, la sua entità professionale? Perciò la questione dell'allocazione delle risorse e del loro uso ottimale, senza permettere all'infermiere di controllare niente, scaricherà sull'infermiere una responsabilità impropria che comunque avrà implicazioni anti-deontologiche. Se in un reparto vi sono pochi infermieri o mancano gli OSS, cosa significa usare le risorse in modo ottimale e rendere eque le scelte allocative?

E' del tutto evidente in questo caso che per l'infermiere si tratterà di derogare ai principi del suo codice, derogare dai suoi doveri nei confronti



dei diritti dei malati, accettando di essere subordinato ad una carenza di sistema rispetto alla quale egli non ha alcun controllo e nessuna titolarità.

Nella discussione che si è avuta sull'art 49 non è stato sottolineato il rapporto stretto che c'è tra la norma che definisce il dovere per l'infermiere di compensare i disservizi e la norma che prevede tra i principi etici della professione quello di derogare per ragioni finanziarie dal rispetto dei doveri professionali.

Nel codice deontologico il richiamo alle *"eque scelte allocative"* *"all'uso ottimale delle risorse"* *"alla carenza di risorse"* è così vago e indefinito ma soprattutto così fuori della portata delle prerogative della professione che alla fine diventano pretesti per obbligare l'infermiere a compensare le inefficienze del sistema anche andando contro i propri principi deontologici, cioè a derogare dalla propria ortodossia deontologica.

3.3 Capo III (norme generali)

Il termine "generale" rispetto ad un codice vuol riferirsi a delle facoltà, a degli obblighi, a delle caratteristiche professionali valide per l'intera professione quindi come qualcosa che è comune o applicabile ad una intera categoria o quanto meno comune alla sua maggioranza.

I casi previsti dall'articolato non hanno la forma dell'imperativo cioè *"l'infermiere deve"* ma più semplicemente hanno la forma del *"presente indicativo"*.

Nel codice il presente indica generalmente un'azione o situazione che si riduce alla sua enunciazione.

In sostanza le norme generali sono indicative ma non prescrittive. Esse sono enunciati costruiti da un soggetto, l'infermiere, e l'azione che svolge, quindi... l'infermiere:

- aggiorna
- conosce
- riflette



- partecipa
- assume responsabilità
- riconosce
- si attiva
- presta soccorso
- interagisce

I rilievi da fare a questa parte del codice non riguardano tanto le azioni verbali dal momento che sono tutte importanti e di buon senso ma riguardano l'opportunità o meno di mantenere la forma del "*presente indicativo*" anziché adottare una forma più *performativa* e più *prescrittiva*.

Cioè se non sia il caso di passare dai semplici enunciati a veri e propri atti performativi.

L'atto performativo (*perform* vuol dire eseguire) non sono enunciazioni ma prescrizioni deontologiche operative che permettono all'infermiere di compiere una vera e propria azione. In sostanza valutando il contesto in cui opera l'infermiere si tratta di scrivere un codice che sia il meno enunciativo e il più operativo possibile e che metta in condizione l'infermiere di compiere effettivamente quello che si dice di voler fare.

Il grosso delle norme deontologiche del Capo III in un modo o nell'altro ha a che fare con la conoscenza professionale extra universitaria (aggiornamento, formazione, validazione, ricerca, consulenza, dilemmi ecc...) c'è da interrogarsi seriamente sul ruolo che ha questo tipo di formazione rispetto alla professione e se il codice non debba rendere più prescrittivi gli obblighi di aggiornamento da parte dell'infermiere.

Il quesito sorge nel momento in cui si intende l'aggiornamento:

- come parte integrante dello sviluppo della professione;
- come parte integrante dei processi di riorganizzazione nei quali è coinvolta;
- in relazione alle altre figure professionali, quindi legata alla coevoluzione delle professioni;
- in rapporto ai grandi mutamenti con i quali dovrà confrontarsi.



In fin dei conti formare un infermiere al cambiamento a qualsiasi livello avvenga, è un modo per adeguare la professione al cambiamento stesso. Quindi la formazione al cambiamento resta un asse centrale per definire la professione infermieristica.

Mantenere la forma del "*presente indicativo*" agli enunciati equivale a non rendere prescrittivo ciò che invece serve alla professione per evolvere e quindi a conservare la professione dentro uno standard che è quello implicito nel percorso di studi. Ciò che serve alla professione per evolvere deve in qualche modo essere più vincolante. Adottare degli atti performativi invece equivale a prescrivere deontologicamente un obbligo ad adeguarsi alla realtà che cambia quindi ad evolvere aggiornandosi.

Nel Capo III inoltre vi è una questione che sorprende per la sua vistosa incongruenza, cioè la mancanza di qualsiasi riferimento al valore dell'autonomia professionale. La parola autonomia professionale in tutto il Capo III non è mai usata. Cioè nelle norme generali non esiste un riferimento esplicito all'autonomia professionale. Come è possibile?

E' possibile solo grazie ad un particolare modo di rappresentare la norma deontologica e che definiamo *logica dell'implicito*.

Se si osserva bene il "*presente indicativo*" è scritto nel Capo III come se l'infermiere fosse autonomo di attuare tutte le indicazioni indicate:

- l'infermiere aggiorna le proprie conoscenze;
- l'infermiere fonda il proprio operato;
- l'infermiere riconosce i limiti;
- ecc...

Queste espressioni implicitamente significano:

- l'infermiere ha l'autonomia di aggiornare le proprie conoscenze;
- l'infermiere ha l'autonomia di fondare il suo operato;
- ecc...

Per cui il Capo III è semplicemente un elenco di enunciati che presuppongono una autonomia implicita. Chiariamo che *implicito* vuol dire



qualcosa che non è espresso a chiare lettere, mentre *esplicito* al contrario significa chiaramente espresso. Con la logica dell'implicito il codice definisce degli enunciati nei quali è presupposta una autonomia che però non è mai cogente quindi teorica e senza mai riferirsi ad essa in modo esplicito.

Per cui la domanda inevitabilmente è: ammesso che l'infermiere abbia bisogno di aggiornarsi, di conoscere, di attivarsi, di partecipare... quale autonomia? Cioè come fa a fare tutte queste cose per fare in modo che gli enunciati siano atti performativi? Chi lo deve autorizzare? Con chi deve andare a parlare? Come deve organizzare ciò di cui ha bisogno?

L'assenza del valore esplicito dell'autonomia rende del tutto generiche e declamatorie tutte le norme generali del Capo III. Senza una autonomia esplicita il Capo III è come se non ci fosse.

Il problema dell'autonomia non esplicitata diventa davvero importante in ordine a due questioni che sono menzionate nel Capo III che sono:

- l'agire professionale;
- la responsabilità definita per competenze.

L'agire professionale è una espressione che compare due volte nel codice (art 9 e art 17) ma in nessuna delle due è definita e meno che mai argomentata deontologicamente. Perché ancora una omissione così rilevante?

Per rispondere dobbiamo rammentare che l'espressione del codice molto probabilmente si rifà alla classica distinzione filosofica tra il *fare* e l'*agire*:

- il *fare* è semplicemente l'esecuzione di un compito ed è un problema di competenza;
- l'*agire* invece implica abilità, consapevolezza, autonomia decisionale, responsabilità ed è un problema di soggetto quindi di ruolo.

Da questa distinzione emerge una grossa contraddizione: se la responsabilità è definita per competenze, allora non si dovrebbe parlare di agire professionale ma di fare professionale. Nel codice senza una



particolare esplicitazione dell'autonomia professionale si usa *agire* ma per indicare il *fare*.

Per definire veramente *l'agire professionale* è necessario definire il ruolo dell'infermiere, quindi definirlo come agente a partire dal quale si definiscono i suoi atti professionali ad iniziare dal fatto che ciò che si fa dipende da chi fa. Questo è possibile solo se si chiariscono i rapporti tra autonomia e responsabilità.

Che l'agire professionale sia quello che si riduce alla sola esecuzione dei compiti?

La contraddizione tra responsabilità definita per competenze e agire professionale ancora una volta ci ripropone il problema dell'autonomia implicita. Senza esplicitare l'autonomia professionale implicita si finisce però con il confondere il fare con l'agire, le competenze con il ruolo.

3.4 Capo IV (Rapporti con la persona assistita)

Tutto quello che abbiamo detto del Capo III e cioè i limiti del presente indicativo, il problema dell'autonomia implicita, la mancanza di un principio proscrittivo, vale pari pari per il Capo IV con la differenza che se il capo III valeva come norme generali il Capo IV vale come rapporti con la persona assistita.

Le forme usate per il presente indicativo precedute da "infermiere" sono quelle consuete:

- promuove;
- ascolta;
- ha il dovere di essere informato(!);
- assicura;
- garantisce;
- si adopera;
- si impegna a promuovere;
- mette in opera;



- si attiva;
- assiste;
- sostiene;
- non partecipa;
- considera.

Come si può notare tutte queste espressioni per quanto numerose non includono la cura del malato. Cioè la cura del malato è anche in questo caso implicita, sottintesa, ma non rientra nei "rapporti con la persona assistita". Questa omissione ci propone una discutibile separazione tra relazioni e cura, tra assistenza e cura ma soprattutto ci propone una idea vecchia di relazione con il malato che non ha nulla a che vedere con le trasformazioni culturali e sociali che abbiamo esaminato nella prima parte. Ciò tradisce un forte tratto regressivo del codice su una questione, quella della relazione con il malato, a dir poco cruciale.

In fin dei conti il Capo IV non è altro che la trasposizione nel codice del patto infermiere/cittadino del 12 maggio 1996 recepito dal codice del 1999 e successivamente da quello in vigore del 2009.

Per rendercene conto sarà sufficiente confrontare il presente indicativo del capo IV con gli "impegni verbali" dichiarati in modo confidenziale nel patto dando del "tu" al malato:

- darti risposte;
- fornirti informazioni;
- garantirti buone condizioni igieniche;
- favorirti nei tuoi rapporti sociali;
- individuare i tuoi bisogni;
- insegnarti;
- ascoltarti;
- strati vicino;
- ecc...

Come si vede il confronto tra il capo 4 e il patto infermiere/cittadino rivela:

- una forte specularità delle azioni verbali previste;
- un'idea di cura non esplicitata come se fosse separata;
- una certa idea di assistenza;



- una certa idea di relazione;

A questo punto la cosa più conveniente da fare è andare alle radici esaminare il patto per capire quelle logiche implicite che sono state travasate nel codice oggi in vigore.

I tratti dominanti che colpiscono sono i seguenti:

- la confidenzialità del rapporto, il ricorso al "tu" è quanto meno ambiguo: a un tempo può significare uno sforzo relazionale per avere un rapporto con il malato non convenzionale, una parità apparente che nella realtà non c'è, ma anche una forma consuetudinaria di spersonalizzazione del malato;
- un forte spirito paternalista vale a dire un atteggiamento di benevola superiorità e di esibita sollecitudine tenuto dall'infermiere nei confronti del malato e dei suoi familiari;
- una vecchia idea di assistenza nel senso che tanto il patto che il codice si riferiscono al verbo "assistere" in senso letterale cioè "stare vicino".

Le conclusioni principali che ricaviamo da questi tratti caratteristici sono due:

- se l'assistenza è *stare vicino* al malato allora la forma della relazione tra infermiere e malato è quella della *giustapposizione*. Per *giustapposizione* si intende un infermiere in posizione di contiguità con il malato e che implicitamente prevede un rapporto di subordinazione dell'assistito nei confronti di chi assiste;
- l'agire professionale è riducibile ad un lavoro assistenziale.

Ciò ci fa comprendere perché:

- la cura è implicita nell'assistenza;
- la cura è ridotta a assistenza;
- cura e assistenza sono la stessa cosa.

Tutto questo spiega perché nel Capo IV dedicato ai rapporti con il malato:

- non compare mai la parola "cura";
- il concetto di cura non è mai definito;
- è ribadita la tradizionale idea di assistenza;
- non è definita nessun tipo di relazione di cura.



A chiarirci le idee valga l'art 22 del codice in vigore dove si dice:
"L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito".

In pratica si distingue:

- il progetto diagnostico-terapeutico
- il percorso assistenziale
- la relazione con l'assistito

Secondo noi questa distinzione non è in alcun modo rispondente alle nuove esigenze del malato, ai suoi mutamenti culturali, alle nuove esigenze sociali. E' difficile distinguere progetto da percorso e ancora meno considerarli come un'altra cosa dalla relazione. La relazione è parte integrante del progetto e del percorso.

3.5 Capo V (rapporti professionali con colleghi ed altri operatori)

Questa parte del codice è indubbiamente quella più regressiva, più arretrata e per certi versi più dannosa nei confronti della professione infermieristica. Nel passaggio dal codice del 99 a quello del 2009 è la parte che ha perso l'unico riferimento alla autonomia professionale: *"nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai collegi Ipasvi"* (5/5.4). Nell'ultima versione questo accenno è stato eliminato.

Le questioni che sono poste dal Capo V sono strutturali nel senso che è un capitolo fantasma cioè che non definisce i rapporti professionali.

Questo è davvero una omissione pesante specialmente se si rammenta che una parte considerevole della questione infermieristica:

- è legata ai rapporti conflittuali con i medici, ai rapporti di surrogazione con gli OSS, al demansionamento, a fraintese concezioni di equipe, a forme desuete di cooperazione interprofessionali ecc...
- è legata alla post ausiliarietà causata anche dalle mai ripensate forme di divisioni del lavoro.



Tutta la parte V rispetto ai rapporti professionali in pratica si riduce ad un solo articolo: *"L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe (art 41)* questo si va ad aggiungere all'art 14 del capo III *"L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito"* Tutto il resto è semplicemente senso comune deontologico (la tutela della dignità la segnalazione di ogni abuso, la tutela il decoro personale, la salvaguarda del prestigio della professione)

L'unica informazione che il Capo V ci fornisce passa attraverso un concetto molto generico di "collaborazione". Ora se si pensa ai vari significati possibili di questo concetto (cooperazione, contributo, intervento, partecipazione, concorso, appoggio, sostegno, aiuto, assistenza) e se si pensa ai suoi significati di fondo (partecipazione attiva al compimento di un lavoro o allo svolgimento di un'attività) si ha chiaro quanto vago e ambiguo sia questo riferimento. Per questo siamo costretti a dedurre il significato di base a partire dal suo significato contestuale.

Siccome il contesto resta post ausiliario e tayloristico se ne deduce che con il concetto di collaborazione di integrazione di interazione il codice voglia ribadire di fatto una idea di giustapposizione questa volta applicata ai rapporti interprofessionali.

Per collaborazione si intendono rapporti di giustapposizione nei quali ognuno svolge i propri compiti in un rapporto di reciproca ausiliarità. Nulla di più. Per cui "collaborazione" è una forma sinonimica di ausiliarità. L'infermiere collabora con il medico perché il suo compito e la sua funzione sono ausiliarie rispetto al compito e alla funzione del medico. Facciamo notare che in nessuna parte o articolo del codice deontologico vigente è menzionato il *"profilo professionale"* cioè un concetto che supera la mansione ricomponendo in un sintesi la base a partire dalla quale definire l'identità professionale.

Per cui il Capo V non coglie né le indicazioni tanto della legge 42 né quelle della legge 251. La collaborazione come riferimento ci dice che i rapporti di



lavoro tra operatori sono rimasti essenzialmente ausiliari. Cioè di collaborazione tout court quindi nella realtà non sono cambiati per niente.

Riemerge così il problema base della questione infermieristica che è quella *dell'infermiere sarebbe tale se...* cioè dell'infermiere che non è quello che dovrebbe essere.

A questo punto si ripropone di nuovo il problema: il codice per definire i rapporti con gli altri deve prendere atto della realtà negativa e assecondarla o deve riferirsi alla legge che la realtà intende cambiare?

La nostra scelta fin dall'inizio è stata quella di non assecondare la realtà negativa e di assumere la questione infermieristica come frontiera da superare e risolvere per cui gioco forza per noi, anche rispetto al Capo V, si tratta di applicare la legge che definisce attraverso il profilo professionale (non i compiti) i rapporti tra autonomia e responsabilità puntando a descrivere un ruolo in relazione ad altri ruoli, una autonomia in relazione ad altre autonomie, delle funzioni in relazione ad altre funzioni.

Una ultima annotazione. Il codice oltre a servirsi, come abbiamo visto, del concetto di "collaborazione" ricorre anche al concetto di "cooperazione" che apparentemente sono sinonimi ma che, riferiti ai loro propri scopi, hanno alla fine significati diversi. Il termine *cooperazione* è invocato nel capo VI (rapporti con l'istituzione) per giustificare l'art 49, vale a dire l'obbligo per l'infermiere di compensare i disservizi. In questo caso il concetto di "collaborazione" diventa il contributo della professione per la realizzazione di un fine di risparmio. Quindi l'infermiere *collabora* con altri operatori svolgendo i propri compiti e *coopera* con l'azienda per fini economici accettando di sacrificare i suoi compiti e di essere, come si dice, "demansionato".

3.6 Capo VI (rapporti con l'istituzione)

Abbiamo già detto che questa parte del codice è anticipata dal capo II dove tra i principi etici si sancisce quello di:



- rendere eque le scelte allocative;
- dell'uso ottimale delle risorse;
- del procedere secondo necessità per priorità.

Il Capo VI non è altro che un completamento e una applicazione del Capo II e sostanzialmente si riduce a due articoli:

- art. 47 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'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.
- Art. 49 L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale.

Come si può notare nel primo vi è un accenno molto generico alla possibilità per l'infermiere di "*orientare*" la gestione del sistema aziendale mentre nel secondo vi è una norma tutt'altro che generica ma cogente che impone all'infermiere una sorta di obbligo di compensazione dei disservizi.

Questo squilibrio tra genericità di una facoltà partecipativa e decisionale quindi para-gestionale e cogenza di un obbligo che comunque si collega alla gestione configura un infermiere dipendente totalmente dai disservizi, dalle disorganizzazioni cioè privo di autonomia quindi totalmente ausiliario. L'art 49 accentua il carattere ausiliario dell'infermiere accentuando tale ausiliarità nei confronti delle situazioni. L'infermiere è ausiliario dei disservizi nonostante i disservizi non siano di sua responsabilità. Cioè l'infermiere è ausiliario nei confronti delle responsabilità di altri. Egli supplisce alle responsabilità gestionali senza avere un qualche titolo di partecipazione effettiva alla gestione del lavoro.

Ancora una volta il codice ripropone uno squilibrio tra autonomia e responsabilità cioè l'infermiere senza autonomia è totalmente dipendente e totalmente ausiliario rispetto alle situazioni disorganizzate.



Quindi l'art 47 e l'art 49 sono squilibrati perché è squilibrato il rapporto autonomia/responsabilità.

Altra cosa sarebbe se l'art 47 prevedesse un luogo concreto della gestione nel quale l'infermiere partecipa effettivamente e decide sulle situazioni di disservizio dove per *infermiere* non va inteso il dirigente infermiere ma l'infermiere nelle situazioni di lavoro cioè la professione. In questo caso l'infermiere avrebbe un grado di autonomia in più e il disservizio sarebbe solo un problema della gestione .

A questo punto però sorge una domanda: che senso ha prevedere la partecipazione dell'infermiere alla gestione limitatamente alla eventualità del disservizio e per di più con la logica del tappabuchi, non è meglio pensare ad una gestione partecipata per prevenire il disservizio cioè per governare meglio il lavoro?

Questa domanda ci permette di scoprire un limite più profondo del capo VI quello di prefigurare i rapporti tra infermieri e istituzioni fuori da una logica di governo cioè ancora una volta dentro una giustapposizione: l'azienda sanitaria di qua e l'infermiere di là. In questo altro tipo di giustapposizione l'azienda comanda e l'infermiere obbedisce.

Per noi non si tratta tanto e solo di ribilanciare l'art 47 cioè la non autonomia dell'infermiere con l'art 49 la dipendenza ausiliaria dell'infermiere ma anche di cambiare la forma della relazione tra infermieri e istituzioni.

La responsabilizzazione dell'infermiere nei confronti della scarsità delle risorse avviene attraverso due principi:

- l'uso appropriato e ottimale delle risorse;
- la compensazione delle carenze e dei disservizi.

Il significato politico è il seguente:

- il codice prende atto che vi è un problema di scarsità delle risorse;
- il codice si impegna a compensare adattando la professione al limite economico;
- l'autonomia etica del codice si adatta ai problemi del contesto di lavoro.



Il guaio è che la compensazione cioè l'impiego scorretto della professione senza una definizione operativa di cosa voglia dire *"uso appropriato e ottimale delle risorse"* diventa l'unica forma esplicita di uso ottimale delle risorse. Cioè per usare bene le risorse e per compensarne la scarsità sacrifico la professione e la sua autonomia etica.

Tutto ciò è alla base dei problemi riconducibili all'art 49. La contraddizione che intendiamo rimuovere con un nuovo codice deontologico è: *non si tratta di negare che esistono problemi di risorse, perché sarebbe del tutto irrealistico, ma di rifiutare che l'unica risposta possibile del codice sia l'impiego inappropriato della professione anche se limitato a delle situazioni di necessità contingenti.*

La questione deontologica dell'art 49 ha due facce:

- quella della soluzione sbagliata perché vistosamente anti-deontologica, nel senso che l'impiego inappropriato della professione di fatto contraddice e nega l'intera storia del codice deontologico dal 1960 ad oggi
- quella di precludersi la possibilità dell'uso appropriato della professione per scopi di economicità in altri modi.

In sostanza la debolezza del codice deontologico è:

- rispondere al problema delle risorse accettando la realtà del *"non infermiere"* anziché rifiutarla;
- con più professione, non con meno, che si contribuisce all'uso ottimale delle risorse;
- con nuove organizzazioni del lavoro, nuove responsabilità e nuove autonomie che si riesce a impiegare meglio la professione

La nostra proposta parte da questo presupposto, cioè dalla possibilità di perseguire lo scopo dell'uso appropriato delle risorse con l'impiego appropriato della professione dove per impiego appropriato intendiamo l'impiego della professione così come è definita dalla legislazione vigente, vale a dire una professione intellettuale autonoma definita da un profilo.

Ma al fondo resta la principale contraddizione: nessun codice che si rispetta può autorizzare un impiego improprio della professione anche in



via eccezionale senza negare i principi ai quali esso si ispira cioè senza negare se stesso.

3.7 Capo VII (Disposizioni finali)

Due sono gli articoli di questa parte finale del codice:

- le norme deontologiche contenute nel presente codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale
- i collegi professionali si rendono garanti della qualificazione dei professionisti e della competenza da loro acquisita e sviluppata.

Il primo è molto generico e il concetto "vincolante" non è specificato ma non specificare tanto la prescrittività del codice che la sua proscrittività impedisce di chiarire il livello delle sanzioni come risposta a quello delle inosservanze. Questo è un punto debole della deontologia che la riduce alla fine ad essere semplicemente un libretto di enunciati e basta.

Questa impostazione ha un carattere evidentemente politico nel senso che nel suo complesso il codice che si propone obbedisce ad una funzione debole della deontologia ma per tutte le cose dette nella prima parte a noi interessa al contrario disporre di una deontologia più forte quindi autorevole ma anche sanzionatoria.

Oggi le cose sono cambiate ed è cambiata la nozione di dovere. Prima il codice doveva tutelare proteggendo la professione da eventuali comportamenti poco ortodossi dei singoli infermieri ma oggi, per tutte le ragioni dette nella prima parte, la professione non è messa in condizione di garantire i doveri di base della propria professione. Oggi la problematica deontologica non riguarda l'essere infermiere ma il non essere infermiere cioè l'infermiere è quello che è ma solo perché quello che dovrebbe essere è impedito, ostacolato, non esplicitato. Oggi è l'ortodossia professionale ad essere messa in discussione quindi il dovere professionale della professione in quanto tale



Se le cose stanno come stanno allora la deontologia debole cioè quella che si limita a prendere atto della situazione fingendo una professione che non è non conviene, ciò che conviene è una deontologia forte che garantisca all'infermiere la possibilità di svolgere i suoi doveri secondo le leggi, secondo le sue possibilità, secondo le nuove necessità tanto del malato che dell'azienda.

Se questa è la scelta allora il concetto di "vincolante" e di "sanzione" vanno ripensati.

Il secondo articolo come si vede, riduce la garanzia del codice solo alle competenze in linea con il resto del codice che sulle competenze definiva la responsabilità, riducendo quindi la funzione del codice ad una sorta di vigilanza sui titoli, sui requisiti professionali e sulle competenze per l'appunto. La nostra scelta è di puntare sul ruolo quale strumento indispensabile per la definizione della identità professionale, rispetto al ruolo come abbiamo detto nelle parti precedenti le competenze sono solo una parte, le responsabilità derivano dall'autonomia, i rapporti con gli altri sono tra autonomie ecc.

Per cui le funzioni di garanzia del codice vanno allargate a tutte queste cose, il codice con la "questione infermieristica" che c'è, non può essere garante solo delle competenze professionali ma deve essere garante della professione del ruolo dell'infermiere quindi dell'agente che in quanto tale in autonomia e responsabilità decide le sue condotte professionali in contesti definiti dentro un sistema di relazioni a fronte di un malato per definizione complesso.

Nelle disposizioni finali dovrebbero rientrare inoltre norme che recuperano alcune omissioni del codice come la definizione delle incompatibilità, la definizione delle regole per la gestione dei collegi, e quindi la durata delle cariche.



Parte Seconda

Un'altra deontologia: doveri e obblighi morali

1 VERSO IL CAMBIAMENTO

1.1 Cambiare deontologia

Da tutto quanto detto sino ad ora viene fuori che: *il codice in essere ha un alto grado di regressività*. Questo si evince da molte cose:

- da una definizione datata di deontologia ancora vista come una disciplina volta a correggere i comportamenti professionali non ortodossi della professione e non come una disciplina pensata per sviluppare la professione e proteggerla da tutto quanto impedisce il dovere di essere infermieri;
- da un approccio debole tanto al concetto di dovere che di diritto al punto da farne nozioni più retoriche che operative;
- dalla contaminazione economicistica delle norme;
- da una definizione povera di professione nonostante la legislazione disponibile;
- dal non concepire la norma deontologica come un condizionale per...;
- dall'ignorare i problemi della conflittualità con altre professioni rifiutandosi alla logica della coevoluzione;
- dai verbi che impiega nella definizione delle sue norme tutti o la maggior parte con uno scarso grado di performatività (assume, contribuisce, conosce, coadiuva, partecipa ecc) anche se la nozione di dovere preferisce verbi più vincolanti, più esecutivi meno esortativi (rifiuta, decide, obietta, interviene ecc...);
- dallo scarso e generico profilo sanzionatorio;
- dal considerare molto impliciti valori che al contrario dovrebbero essere chiaramente esplicitati come postulati deontologici vale a



dire il valore dell'autonomia professionale, quello della relazione, della complessità, del cambiamento ecc...

Complessivamente si può riassumere il giudizio sul codice in poche parole: *regressivo, convenzionale, debole e in alcune parti deliberatamente incompetente e contraddittorio.*

1.2 Aggiornamento o riforma?

Dietro a qualsiasi codice deontologico vi sono dei *presupposti* e dei *postulati*:

- i primi sono le letture che si fanno della realtà nella quale ci si muove cioè le condizioni a partire dalle quali avviene la scrittura di un codice;
- i secondi invece sono principi la cui validità si ammette a priori per evidenza o convenzione e che spiegano le scelte del codice.

Dall'analisi fatta sino ad ora emerge una curiosa quanto dannosa contraddizione tra presupposti e postulati:

- i *presupposti* di fondo dei codici nel tempo sono stati aggiornati perché cambiava la società, la cultura il contesto di lavoro...
- i *postulati* di fondo al contrario sono rimasti piuttosto invariati.

Per esempio:

- l'infermiere da un presupposto che ne supposeva un ruolo prevalentemente assistenziale attraverso delle reinterpretazioni delle sue funzioni è stato ridefinito con funzioni di produttore di salute
- il postulato di fondo su come intendere effettivamente l'infermiere quale operatore negli anni non è così cambiato come potrebbe apparire anche se nel frattempo la professione è diventata almeno sulla carta una professione intellettuale in luogo di quella ausiliaria.



A dimostrazione di quello che stiamo sostenendo basti considerare l'esempio di come il concetto di "autonomia", concetto cardine per la definizione della professione intellettuale, sia stato molto poco declinato soprattutto nell'ultima versione aggiornata del codice (2009) riconfermando così un postulato per il quale l'infermiere resta di fatto una figura ausiliaria.

Oggi è necessario rimuovere le contraddizioni che esistono tra presupposti e postulati nel senso che:

- se per l'infermiere la realtà cambia e la concezione storica diventa inadeguata allora deve cambiare anche la concezione di infermiere;
- se la realtà cambia ma si aggiornano solo le funzioni dell'infermiere e neanche tutte senza aggiornarne il ruolo allora si ha un infermiere "schizofrenico" che fa delle cose, cioè garantisce delle funzioni, ma a ruolo invariato.

In sostanza la nostra deontologia è regressiva perché i presupposti ai quali si è riferita nel tempo sono stati almeno parzialmente aggiornati mentre i vecchi postulati di definizione della professione sono rimasti sostanzialmente invariati.

Questa non secondaria contraddizione ha di fatto spiazzato l'infermiere che nella legislazione è descritto come una professione intellettuale ma nei fatti nella deontologia resta definito come una professione ausiliaria.

Oggi quindi le domande che noi per primi ci siamo posti sono le seguenti:

- basta aggiornare i presupposti lasciando i postulati invariati?
- ma quali i presupposti e quali i postulati?

Insomma la domanda politica vera è la seguente: aggiornamento del codice continuando ad adeguare i presupposti a postulati invariati, o riforma del codice chiudendo un vecchio ciclo deontologico e aprendone uno nuovo all'insegna di presupposti e postulati radicalmente diversi?

La scelta tra queste due opzioni non può essere fatta sulla base di preferenze culturali, o tirando a sorte, o peggio sulla base di pregiudizi più diversi, ma va fatta sulla base dei problemi reali degli infermieri.

Per cui la domanda vera è:



se assumiamo quale postulato la questione infermieristica, basta aggiornare il codice 2009 o dobbiamo riformarlo?

Noi pensiamo che bisogna andare oltre l'aggiornamento quindi oltre la manutenzione perché nessuna manutenzione può avere ragione di un codice ormai visibilmente logoro, consunto.

1.3 Il comportamento professionale atteso: doveri e obblighi morali

Qualsiasi etica professionale si fonda sulla nozione di *dovere* quindi su degli *obblighi morali*. Quello che l'infermiere *deve fare*, deve essere conforme alle norme che definiscono altrove la professione. In questo senso la deontologia ha l'obbligo morale di essere coerente con il sistema di norme che principalmente definiscono:

- i diritti dei cittadini (art 32 della Costituzione prima di tutto);
- la professione (ruolo, profilo, ecc...).

Ma coerenza alle norme non significa automaticamente attuazione delle norme. Cioè dovere e obbligo morale come nel caso del codice deontologico vigente a volte non coincidono. In questo caso il dovere resta una petizione di principio, cioè una dichiarazione teorica di intenti senza però diventare una azione obbligatoria.

In questo senso si pone la distinzione tra:

- significato *'legale'* della norma deontologica, conforme a tutte le norme professionali;
- significato *'morale'* cioè obbligo di attuarla *'per rispetto'* ai propri doveri professionali.

Nel codice deontologico in essere si dichiarano i doveri ma gli obblighi morali restano deboli e in molti casi indefiniti.

Nella nostra visione di deontologia soprattutto in ordine alla risoluzione della *"questione infermieristica"* invece:



- il dovere è obbligo quindi fondamento dell'agire professionale concreto;
- la professione è tale rispetto certo alle sue utilità tecniche scientifiche ma anche rispetto agli obblighi morali che essa ha nei confronti dei malati e della società;
- gli infermieri non hanno solo compiti da rispettare ma anche l'obbligo morale di essere gli infermieri che questa società si aspetta che essi siano.

In ragione di ciò l'idea forza della nostra proposta di codice è quella del "comportamento atteso" quale dovere e obbligo morale cioè quella di una professione dovuta per legge a questa società.

Oggi *ciò che si deve fare* per un infermiere dipende molto da *ciò che l'operatore può fare* quindi da come è formato, da come è organizzato, dai rapporti con le altre professioni, dai metodi che usa, dai contesti in cui lavora, dai limiti che lo condizionano, dal genere di malato che ha di fronte.

Ciò che si può fare dipende pragmaticamente da *ciò che si è in grado di fare*.

Se questo è vero allora la deontologia non è più *ciò che si deve fare*, cioè quella che si deduce dai doveri professionali, ma diventa l'obbligo morale di *fare* ciò che questa società si aspetta da noi quindi di garantire dei comportamenti attesi.

Ma siccome l'obbligo morale di fare quello che si dovrebbe fare è ostacolato da tanti impedimenti allora per l'infermiere rimuovere tali impedimenti rientra nel suo obbligo morale. Cioè nell'obbligo morale rientrano tutti i condizionali che permettono all'infermiere di essere davvero infermiere. Quindi la deontologia che oggi serve è quella degli obblighi morali intesi come condizionali.

Ma cosa vuol dire obbligo morale come condizionale?

Condizionale, in termini pratici, vuol dire che un infermiere è relativo a ciò che effettivamente lo esprime e lo permette. Per cui la logica giusta dovrebbe essere *l'infermiere sarebbe tale se*. L'infermiere ha l'obbligo morale di essere quello che deve essere che dice la legge, quello che



sarebbe possibile se si cambiasse la concezione di servizio, di organizzazione del lavoro quindi le forme storiche di cooperazione fra professioni e non quello che ci è imposto da una realtà di lavoro che non cambia mai.

Questo è il “*comportamento professionale atteso*”. *Il comportamento atteso è quello dovuto se gli infermieri fossero davvero infermieri*. Il comportamento atteso è un dovere e un obbligo morale.

1.4 Prescrittivo/proscrittivo

L'esercizio del dovere come obbligo morale non è più semplicemente il rispetto di una norma di un dovere dichiarato nel codice ma è intervenire nella realtà di lavoro per cambiare quelle condizioni che impediscono all'infermiere di garantire i suoi comportamenti attesi.

Questo vuol dire che in un codice non basta fare l'elenco dei doveri ma bisogna che il codice offra all'infermiere delle possibilità per intervenire nella sua realtà di lavoro. Se non avesse possibilità di intervenire nella propria realtà di lavoro egli non potrebbe adempiere ai suoi obblighi morali e garantire dei comportamenti professionali attesi.

Offrire all'infermiere delle possibilità deontologiche di cambiare le sue condizioni di lavoro non si può fare prefigurando delle soluzioni standard e chiedendo all'infermiere di applicarle nella sua realtà di lavoro perché le situazioni reali sono tante e tutte diverse. L'unica cosa che si può ragionevolmente fare è offrire all'infermiere delle facoltà che sarà lui ad interpretare e ad agire.

Lo spirito del codice in generale è quello di un insieme di norme volte a guidare i comportamenti professionali nel senso che il suo scopo è fissare ciò che è permesso e ciò che non è permesso. Ma per fare questo il codice segue una logica per la quale *ciò che non è permesso è automaticamente vietato*. Per esempio non è permesso discriminare i malati, trattarli male, nuocere loro, quindi è vietato discriminare, trattare male ecc. Questo obbedisce ad un principio prescrittivo. Questo modo di ragionare va bene



se si parla in generale alla professione ignorando le situazioni di lavoro cioè le specificità le peculiarità, oppure ancora se assumiamo le competenze come riferimento standard, i titoli di studio, cioè va bene se si ragiona nell'ambito della logica del generale. Ma se parliamo di agire professionale nelle situazioni reali, o se parliamo di ruolo nelle organizzazioni del lavoro, ma ancora di più se parliamo di autonomia non come un principio astratto ma come prassi, il principio prescrittivo non basta. In questi casi la *prescrittività* va integrata con la *proscrittività*: *tutto quello che non esplicitamente vietato è permesso*.

Se per il dovere vale la logica prescrittiva per l'obbligo morale vale quella proscrittiva: *tutto quanto il codice non vieta a certe condizioni è permesso*. Siccome il codice non può prevedere le infinite situazioni di lavoro degli infermieri allora per forza deve prevedere il principio di proscrittività. Con questo principio l'infermiere può valutare le complessità le contingenze con le quali ha a che fare essere un operatore deontologico quindi stare nelle relazioni con gli altri. E regolarsi ad hoc.

Riassumiamo:

- l'infermiere ha il dovere e l'obbligo morale di garantire i comportamenti professionali attesi;
- per fare questo egli ha il dovere e l'obbligo morale di creare le condizioni organizzative giuste e favorevoli;
- siccome questo implica un cambiamento delle sue condizioni di lavoro, in questo caso l'infermiere si potrà avvalere delle facoltà proscrittiva;
- cioè quello che non è espressamente vietato è, a certe condizioni, permesso.

Si comprende così che senza un principio proscrittivo che autorizza l'infermiere a intervenire nella propria realtà di lavoro egli avrebbe le mani legate pur avendo dei doveri da rispettare. Quindi questo principio va considerato come una facoltà che ha la deontologia di creare le condizioni giuste al rispetto dei doveri e degli obblighi morali. Per esercitare questa facoltà naturalmente l'infermiere si avvarrà delle relazioni sindacali, di quelle con la gestione ecc.



2 SPUNTI PER IL LAVORO DI SCRITTURA

L'analisi sin qui fatta come si è potuto vedere è stata in progress nel senso che a mano a mano abbiamo approfondito i problemi del codice deontologico vigente procedendo dal generale al particolare cioè da una dimensione ad un'altra dimensione, per comprendere certo cosa non va ma soprattutto per ricavare dal nostro percorso analitico gli spunti per riscrivere un testo. Non è in alcun modo possibile riscrivere un codice a priori cioè senza ricavarlo dalla realtà. Il contrario rischierebbe di essere una riscrittura ideologica fine a se stessa. Nessuno di noi ha le soluzioni in tasca per cui il lavoro che stiamo facendo è paragonabile al navigare a vista nel senso che a seconda di quello che si trova ci si regola su come andare avanti.

Proprio per questo prima di mettere mano alla riscrittura di un nuovo testo di codice deontologico ci sembra utile fare un bilancio e riassumere gli spunti che a mano a mano sono venuti fuori dalla nostra analisi particolareggiata del codice e che, rispetto al lavoro di riscrittura che ci aspetta, potrebbero costituire una base di riferimento.

Per comodità espositiva distingueremo gli spunti in due parti:

- tutti quelli che ci consentono di innovare tanto i presupposti che i postulati a partire dai quali rinnovare le idee forza del codice;
- tutti quelli che possiamo ricavare dall'analisi particolareggiata che abbiamo fatto dell'articolato.

2.1 Spunti per cambiare presupposti e postulati

Un nuovo codice per essere nuovo deve partire da nuovi presupposti e da nuovi postulati.

Ma quali? Sono tanti ma per fortuna nostra sulla base della ricognizione fatta possiamo raggrupparli in due caratteristiche di fondo:



- tutti i presupposti più importanti che ci consigliano di voltare pagina hanno in comune immancabilmente la forma del conflitto tra la professione e qualcosa di altro;
- tutti i postulati più importanti invece sono quelli che ci aiutano a risolvere i conflitti in cui si trova la professione.

Tutti questi conflitti ci dicono una cosa sola:

la questione infermieristica è l'espressione di un conflitto tra mutamento e cambiamento.

L'infermiere è in mezzo tra ciò che è stato e ciò che deve essere. A noi serve una deontologia che ci aiuti a uscire da questo impasse altrimenti la professione non riuscirà mai ad essere se stessa.

Ecco gli spunti che potrebbero aiutarci nella nostra impresa:

- il codice nuovo dovrà ripensare l'infermiere rispetto ad una idea moderna di malato quindi *esigente* in luogo dell'idea di *paziente*;
- il codice nuovo dovrà ripensare l'infermiere come quel professionista che rimuove le contraddizioni che esistono tra i suoi doveri e le risorse disponibili, quindi *compossibilità* in luogo di *compatibilità*;
- il codice nuovo dovrà andare oltre le riduzioni della professione a mansione, o a competenza, o a assistenza ecc..., quindi *complessità* in luogo delle storiche *semplificazioni/riduzioni*;
- il codice nuovo dovrà includere le variabili di contesto che partecipano alla sua definizione realistica e pragmatica quindi *contesto* in luogo della professione definita in assenza di contesto;
- il codice nuovo dovrà definire tutto quello che fa l'infermiere con un concetto sintetico quindi *opera* e non solo compiti;
- il codice dovrà inserire nelle sue norme il valore delle modalità perché a parte il titolo è il modo di essere infermiere che sancisce l'effettività dell'agire professionale quindi *essere infermiere e modi di essere infermiere*;



- il codice si dovrà sforzare di emanciparsi dal vecchio concetto di assistito e di assistenza, quindi *cura* in luogo *di assistenza*;
- il codice non può limitarsi alla logica del compito, quindi *agire professionale* in luogo del *fare professionale*;
- il codice dovrà preoccuparsi di garantire la sua autonomia perché una deontologia poco autonoma è un danno per la professione quindi *incompatibilità* tra deontologia e ruoli politici, professionali, di altro tipo;
- il codice non può limitarsi a dichiarare dei doveri ma deve mettere in condizione l'infermiere di agire i suoi obblighi morali quindi *dovere quale condizionale*, cioè un dovere che non si limita come in passato a sorvegliare le condotte professionali, ma che crea le condizioni affinché l'infermiere sia quello che per legge deve essere;
- il codice dovrà essere pensato sull'idea centrale di ruolo perché la questione infermieristica è principalmente una questione di ruolo quindi deontologia secondo *ruolo* e non più secondo *competenze*;
- il codice dovrà essere pensato sulla base dell'obbligo morale a garantire una professione secondo professione quindi *comportamento atteso* in luogo dei compiti descritti per legge

2.2 Spunti che ricaviamo dall'analisi del codice

2.2.1 Analisi del capo I (premessa), spunti:

- è necessario cambiare approccio perché siamo fermi a criteri che riducono l'identità dell'infermiere ad una idea di infermiere di fatto ausiliario, dal momento che la sua unica autonomia è eseguire bene i suoi compiti di cui è tecnicamente responsabile;
- si deve recuperare al codice la legislazione che definisce l'autonomia professionale dell'infermiere che attualmente è troppo implicita;
- si devono fissare le condizioni deontologiche grazie alle quali il ruolo viene realizzato;



- manca del tutto una definizione di deontologia e più precisamente di “deontologia secondo il ruolo” questa deve essere la chiave principale del codice;
- la definizione di assistenza va ripensata perché datata.

2.2.2 *Analisi del capo II (principi etici della professione), spunti:*

- l’impianto etico del codice va ripensato pur confermano tutti i valori richiamati;
- si deve passare dalle petizioni di principio sui doveri a norme cogenti per gli obblighi morali;
- si deve affermare l’inderogabilità delle norme deontologiche nelle situazioni normali del sistema, considerando normale il problema della scarsità delle risorse;
- si deve restituire ad altri le responsabilità sulla disorganizzazione del sistema o sulla sua gestione;
- si deve decidere che comunque nella sua autonomia professionale l’operatore deontologico è l’infermiere;
- si deve definire il ruolo professionale come deontologicamente autonomo.

Questi orientamenti operativi non dovrebbero essere fraintesi cioè considerati come una indisponibilità da parte degli infermieri nei confronti delle difficoltà del sistema, o peggio una rigidità, ma al contrario come una disponibilità “*a dare una mano*” ma in modo diverso da quello previsto attualmente dal codice deontologico. Per cui l’asse sul quale ci si dovrebbe muovere è:

- affermare il valore dell’autonomia, nel senso che l’infermiere non può essere schiavo delle situazioni, ma deve governare le situazioni in autonomia;
- evitare che le soluzioni ai problemi del sistema coincidano con la negazione dei valori del codice e con la negazione dell’identità professionale;
- usare il codice e l’identità professionale per risolvere i problemi del sistema ma in avanti.



Da tutto ciò ricaviamo altri spunti di lavoro:

- la professione infermieristica è una risorsa;
- le soluzioni ai problemi del sistema che danneggiano questa risorsa non sono soluzioni ma semplicemente dei ripieghi;
- si deve evitare la deregolazione deontologica per prevenire la deregolazione della professione;
- i maggior problemi del sistema non sono occasionali ma strutturali per cui non si può pensare di poter risolvere problemi strutturali rendendo strutturale un abuso della professione e una violazione del codice deontologico;
- se l'infermiere avrà dei doveri nei confronti del sistema egli dovrà avere dei diritti sul suo governo, non è possibile che gli altri sbagliano e l'infermiere paghi con la sua identità.

2.2.3 Analisi del capo III (norme generali), spunti:

- è necessario far evolvere il concetto tradizionale di assistenza nel concetto di cura;
- si deve superare l'idea di giustapposizione con una più moderna idea di relazione di cura;
- si deve ricomporre in un unico concetto (opera) il processo diagnosi-terapia-assistenza-relazione con il malato;
- si tratta di connotare l'agire professionale a partire da una nuova idea di malato e quindi da una nuova idea di cura del malato.

2.2.4 Analisi del capo IV (rapporti con la persona assistita), spunti:

- è un capitolo da riscrivere di sana pianta partendo dal postulato che la trasformazione della figura del malato impone una riforma del modo di essere in relazione e suggerisce la relazione da costruire come un luogo di conoscenza prima di ogni altra cosa.

2.2.5 Analisi del capo V (rapporti professionali con colleghi e altri operatori), spunti;



- è una parte così strategica che necessita di essere riscritta di sana pianta;
- nessuna relazione può essere definita se prima non si definiscono i relati cioè i soggetti in relazione;
- se i soggetti in relazione sono definiti per compiti si avranno delle giustapposizioni se invece i soggetti in relazione sono definiti per ruoli si avranno altri generi di relazioni. Le relazioni tra compiti e quelle tra soggetti sono diverse;
- siccome le relazioni hanno diverse forme (complementare, adiacente, oppositiva, reciproca ecc) si tratterà di decidere quale forma è più congegnale alla specificità medico-sanitaria degli operatori;
- si tratterà di prefigurare una nuova forma di cooperazione interprofessionale basata su una logica di autonomie interrelate e reciproche.

Questo implica necessariamente che si definiscano alcune cose:

- le titolarità esclusive di ogni professione, quindi le autonomie da porre in relazione;
- le componenti non esclusive di ogni professione cioè comuni ad una comune organizzazione del lavoro;
- i ruoli delle professioni;
- la forma di relazione che permette la loro di cooperazione;

2.2.6 Analisi del Capo VI (rapporti con le istituzioni), spunti;

- i rapporti interprofessionali tra operatori devono prevedere anche la possibilità di dotarsi di norme deontologiche comuni e di forme comuni di governo deontologico del lavoro;
- andare oltre lo spirito compensatorio nei confronti dei possibili disservizi definendo le soluzioni intermedie per un governo del lavoro a tutto campo.

2.2.7 Analisi del capo VII (disposizioni finali), spunti:



- affermare una coerenza con il resto del codice, non ci si può limitare ad esempio alle competenze quando il codice parla di ruoli
- integrare alcune norme assenti quali l'incompatibilità e la durata delle cariche;
- definire bene i rapporti tra autonomie istituzionali provinciali e nazionali;
- definire bene sanzioni e inosservanze dando particolare rilievo a quelle che sono riconducibili ad un danno al dovere professionale e quindi al ruolo dell'infermiere e alla sua identità.

Altri spunti che ricaviamo sono i seguenti:

- la funzione principale del codice è di prevenire i problemi che mettono in pericolo il sistema dei doveri e garantire al malato i doveri che corrispondono ai suoi diritti, per cui il codice dovrà essere proposto alle principali rappresentanze sociali dei malati e dei cittadini e costituire l'oggetto di una vera e propria intesa sociale;
- la questione della cooperazione interprofessionale è strategica per cui oltre a norme specifiche del codice che affrontino la questione si può auspicare la nascita di articoli comuni da garantire nei vari codici deontologici delle professioni;
- nulla vieta che si definiscano codici deontologici di servizio cioè codici operativi da desumere dai vari codici e da concordare con le rappresentanze sociali quindi comuni a tutte le professioni vincolate ad un codice deontologico;

Resta inteso che per fare tutte queste cose è necessario:

- coinvolgere i soggetti interessati a vario titolo alla deontologia nella costruzione del codice stesso;
- assumere la deontologia non più come una norma "ausiliaria" di facciata ma come una norma a tutti gli effetti;
- usare la deontologia come strumento per la costruzione della professione e della sua identità professionale;



- considerare la deontologia come una norma per il cambiamento quindi come una norma con un forte spirito riformatore.





Parte terza

Proposta pisana di un nuovo codice deontologico degli Infermieri

CAPO I - DEONTOLOGIA SECONDO IL RUOLO

1.1 La deontologia dell'infermiere è un'etica professionale che ne definisce l'identità professionale.

Essa riguarda:

- *i doveri professionali*
- *i suoi obblighi morali*
- *le sue facoltà e le sue prerogative*
- *le condizioni che permettono il rispetto dei doveri professionali e degli obblighi morali quindi l'esercizio delle sue facoltà e delle sue prerogative.*

1.2 L'infermiere ha l'obbligo morale di difendere la propria identità professionale e di garantirla con delle condotte professionali e delle organizzazioni coerenti.

L'identità professionale dipende da due condizioni:

- *l'indivisibilità della professione quindi dall'unità e dalla coerenza intrinseca del suo stato giuridico, del suo bagaglio formativo, dei suoi titoli di studio, delle sue conoscenze professionali, delle sue prassi, della sua organizzazione;*
- *la specificità della professione quindi dalla sua unicità che stabilisce la differenza che esiste tra la professione di infermiere e le altre professioni.*

L'identità professionale è una questione di unità e di unicità dei doveri, dei comportamenti e delle prerogative.



1.3 La deontologia dell'Infermiere è definita secondo il ruolo

Il presente codice deontologico rientra nelle deontologie definite "secondo il ruolo".

La deontologia secondo il ruolo a partire dalla definizione di identità professionale definisce il ruolo dell'infermiere assolvendo a due funzioni:

- *rispetto alla persona malata, alla comunità di salute, agli altri operatori, alle organizzazioni in cui opera rappresenta un indicatore di particolari doveri e obblighi morali ma anche di diritti che in ragione della legislazione vigente sono stati assegnati convenzionalmente alla professione infermieristica;*
- *rispetto allo svolgimento della professione consiste in un complesso di direttive orientato a regolare le sue condotte professionali*

Il presente codice definisce il ruolo atteso della professione infermieristica

1.4 L'Infermiere ha l'obbligo di garantire i comportamenti che la società si attende da lui

Per "comportamento atteso" si intende una prassi professionale dovuta al malato, al contesto di cura, ai rapporti con gli altri in relazione al proprio ruolo che afferma la propria identità quindi da assicurare quale obbligo morale giuridico, contrattuale in ottemperanza:

- *ai principi morali del nostro ordinamento giuridico;*
- *alla legislazione che definisce la professione;*
- *alle norme che sovrintendono i servizi nei quali la professione opera;*
- *alle norme contrattuali;*
- *al buon senso e alla ragionevolezza;*



1.5 Il codice deontologico degli infermieri assume come proprie tutte le norme codificate che in modo diretto o indiretto che definiscono la professione infermieristica in termini di doveri, obblighi morali e diritti. Tali norme sono implicitamente assunte come ispiratrici del presente codice.

Attraverso di esse il presente codice:

- *definisce regole di comportamento e le prassi professionali attese che riguardano le facoltà, i doveri, le prerogative, i divieti e le possibilità, l'autonomia e la responsabilità proprie alla professione di infermiere;*
- *svolge una funzione di garanzia delle ortodossie professionali decise dalla comunità professionale;*
- *mette in condizione l'infermiere nelle situazioni e nelle contingenze, quindi nelle complessità del proprio lavoro, di valutare in autonomia e responsabilità preliminarmente le conseguenze dei propri atti professionali in modo da giudicare ciò che si può fare o non fare*
- *sostiene l'infermiere quando necessario nell'adeguare le organizzazioni di servizio in cui opera*

1.6 Il codice deontologico degli infermieri si avvale dei principi di prescrittività e proscrittività

Prescrittività: tutto ciò che non è permesso è vietato;

Proscrittività: ciò che non è espressamente vietato, nel rispetto del ruolo e del buon senso è permesso.

La professione deontologicamente va certamente definita in linea di massima in condizioni di normalità ma sulla base del fatto innegabile che l'idea di normalità professionale non è tutta prevedibile e prefigurabile. Spesso le situazioni di lavoro sono rese molto complesse da carenze, disorganizzazioni, rapporti difficili, complicazioni di vario tipo, eventualità inaspettate, occorrenze, singolarità dei malati, rispetto alle quali i comportamenti della professione non sono del tutto prefigurabili. Per cogliere questo margine di relativa prefigurabilità della



professione l'infermiere per adempiere ai suoi doveri e obblighi morali si avvale quando serve del principio di proscrittività.

CAPO II - ADEGUATEZZA E COMPOSSIBILITÀ

2.1 L'Infermiere ha l'obbligo morale di essere adeguato

Per l'infermiere il dovere di fondo è essere adeguato alle necessità della persona malata e a quelle della comunità, alle circostanze, ai contesti in cui opera, il che lo obbliga moralmente a fronte della complessità con la quale ha a che fare a:

- trovare se necessario soluzioni ad hoc in accordo con il malato e i suoi familiari e con la comunità di riferimento con il solo vincolo di rispettare i principi che sovrintendono il proprio comportamento atteso*
- rimuovere tutto ciò che gli impedisce di essere adeguato quindi a creare condizioni favorevoli alla propria adeguatezza professionale*

Altra cosa è il dovere a fare cose tecnicamente appropriate cioè conformi all'ortodossia tecnico scientifica della disciplina infermieristica. Il dovere di essere adeguati è un obbligo morale quello di fare cose appropriate è un obbligo giuridico tecnico operativo.

2.2 L'Infermiere ha il dovere del buon senso

Al fine di affrontare al meglio la complessità dell'impegno professionale l'orientamento di questo codice è prefigurare:

- un ruolo professionale aperto alle contingenze*
- un margine controllato di consapevole interpretabilità.*

L'infermiere ha certamente il dovere di attenersi alle regole della propria razionalità tecnico-scientifica e alla propria ortodossia professionale ma parimenti ha l'obbligo morale alla ragionevolezza e al buon senso tanto nei confronti delle



complessità organizzative che nei confronti delle complessità finanziarie.

2.3 L'infermiere per garantire il comportamento professionale atteso, la coesistenza fra le professioni e la coerenza nei confronti della persona malata e della comunità di salute, si avvale del principio di compossibilità

Per compossibilità in generale si intende un rapporto senza contraddizioni tra il codice deontologico e la realtà di lavoro in cui opera l'infermiere.

2.2.0 Compossibilità come principio per garantire il comportamento professionale atteso

L'infermiere ha il dovere di ricercare le migliori condizioni di compossibilità per garantire i propri comportamenti attesi e l'obbligo morale di rimuovere tutte quelle contraddizioni che gli impediscono l'applicazione corretta del proprio codice deontologico.

2.2.1 Compossibilità come principio di coesistenza tra professioni

In particolare il principio di compossibilità vale come principio di coesistenza da riferire alla cooperazione tra diverse professioni. I rapporti tra diverse professioni sono compossibili se nell'esplicazione dei loro ruoli non esistono contraddizioni. Nel caso in cui tra ruoli professionali diversi esistessero contraddizioni è dovere dell'infermiere adoperarsi per rimuoverle ricercando consensualmente alle altre professioni le soluzioni cooperative più adatte.

Per contraddizione si intende sempre un problema di incoerenza professionale.

2.2.2 Compossibilità come principio di coerenza

Il principio di compossibilità vale come obbligo dell'infermiere alla coerenza nei confronti della specificità, individualità, singolarità della persona malata e nei confronti della comunità di salute alla quale si riferisce. Il comportamento atteso non è solo quello predefinito da norme, compiti e funzioni ma è anche quello



prefigurato nel punto 2.1 del presente capitolo. La compossibilità quale coerenza alla singolarità del malato e alla specificità della comunità di appartenenza implica per l'infermiere il dovere se necessario di reinterpretare ad hoc le regole che definiscono l'appropriatezza delle sue prestazioni.

CAPO III - IL MALATO E LA COMUNITÀ CONTRAENTE COME PRINCIPI

3.1 L'infermiere assume come postulati, dai quali derivare i comportamenti attesi, la persona malata e la comunità di salute

I principali destinatari del lavoro infermieristico sono due: la persona malata e la comunità di salute. La persona malata è per definizione una complessità ontologica intendendo con questo termine il suo essere molteplice: una persona, una espressione sociale, una situazione economica, un individuo con un corpo malato, una necessità di cura. La comunità è un insieme di persone unite tra di loro da comuni interessi di salute. A partire dalle loro caratteristiche ontologiche, sociali, biologiche, culturali, psichiche tanto il malato che la comunità sono assunti

- *quale obbligo morale per le condotte professionali*
- *quale dovere operativo per le proprie prassi professionali.*

Il principio del malato e della comunità coincide tanto con il dovere professionale quanto con l'obbligo morale quindi esso pone alla professione infermieristica:

- *una questione di appropriatezza che di adeguatezza;*
- *un problema di rispetto della dignità umana;*
- *un problema di prassi coerenti alle necessità del malato e della comunità.*

3.2 L'infermiere riconosce nella persona malata e nella comunità di salute un contraente

Con il termine contraente si definisce la condizione sociale e politica della persona malata e della collettività di salute, in



ragione della quale viene superato il concetto di beneficiario cioè di colui che beneficia dell'assistenza infermieristica, per affermare quella di colui che in quanto titolare dei diritti di salute è come se stipulasse, ai fini della cura, un contratto sociale con la professione infermieristica.

3.3 E' dovere professionale e obbligo morale dell'infermiere conoscere e comprende la complessità del contraente

La comprensione della complessità del contraente per l'infermiere è vincolante ed avviene attraverso una relazione di conoscenza. Non si ha rispetto per l'uno e per l'altro se nei postulati che lo definiscono non si comprende la conoscenza della loro complessità. Un rispetto dichiarato deontologicamente verso il malato e verso la comunità senza il riconoscimento della loro complessità resta una petizione di principio paternalista. L'infermiere ha il dovere di rapportarsi al malato e alla comunità attraverso una relazione di conoscenza.

3.4 L'infermiere riconosce nel malato un contraente esteso in cura

Il malato oggi non è più riducibile ad "assistito" oggi egli è un "malato contraente in cura" cioè una persona che in questa società per prendersi cura di se si avvale della medicina e della sanità negoziandone le condizioni di fruibilità. Per questo malato la medicina e la sanità sono mezzi dei quali si avvale per la cura di se. Il dovere dell'infermiere è sostenere e supportare il malato che si prende cura di se. Si deve quindi parlare di "malato in cura" e di "relazione di cura" e andare oltre il tradizionale assistenzialismo infermieristico.

Il malato è sempre una estensione della società in cui vive sia come appartenenza ad una condizione di cittadinanza, sia come appartenenza ad un nucleo familiare nelle sue varie forme, sia come membro di una comunità. Il "malato esteso" si riferisce alle persone che hanno relazioni interpersonali con il malato, quindi i familiari ma non solo.



L'infermiere ha il dovere di estendere la sua relazione di cura alle persone con le quali il malato ha relazioni interpersonali e di rapportarsi alla comunità di riferimento.

3.5 L'infermiere riconosce nella comunità un contraente

Per l'infermiere rapportarsi con una comunità di persone significa negoziare con essa i modi e i mezzi necessari a perseguire bisogni di cura.

L'infermiere ha il dovere di definire consensualmente con la comunità rappresentata la propria relazione di cura.

3.6 Il principio del malato e della comunità contraenti sono assunti dal codice deontologico degli infermieri come principi vincolanti

Le successive parti del codice saranno informate da essi per cui l'intero articolato dovrà essere considerato come da essi dedotto.

Capo IV – Il ruolo dell'infermiere

4.1 L'infermiere ha il dovere di attenersi nei suoi comportamenti professionali al suo ruolo

Si definisce "ruolo" l'insieme dei comportamenti professionali attesi adeguati alle aspettative della società e appropriati alle tecniche e alle conoscenze sanitarie connesse alla professione dell'infermiere.

La chiarezza del ruolo professionale è condizione per avere delle corrette interazioni con gli altri. L'interdisciplinarietà e la multidisciplinarietà sono condizioni indispensabili al lavoro di equipe ma solo se le persone con le quali l'infermiere interagisce hanno a loro volta ruoli chiari. Il ruolo è funzionale a qualsiasi grado di multidisciplinarietà e serve a ridurre l'incertezza delle interazioni. Le ambiguità del ruolo sono un ostacolo al lavoro di equipe.



4.2 L'infermiere ha il dovere di regolare il suo agire professionale secondo il ruolo.

Il ruolo non è riducibile alle competenze descritte dal profilo professionale cioè al fare ma è riconducibile all'infermiere quale soggetto che agisce la sua professione quindi quale agente che in un contesto organizzato quindi rispetto ad altri ruoli mette in essere il suo agire professionale. Il ruolo definisce soprattutto i rapporti che esistono tra autonomia professionale e responsabilità professionale in rapporto ad altre autonomie e ad altre responsabilità proprie ad altre professionalità. L'agire professionale è espressione del ruolo e il ruolo è espressione dell'agire professionale.

4.3 L'infermiere valuta e decide il proprio ruolo e la propria identità professionale nelle situazioni

Il ruolo professionale è come basato su una struttura normativa portante (norme giuridiche, professionali, conoscitive, tecniche) sulla quale poggia una sovrastruttura operativa flessibile ed entro certi limiti interpretabile in rapporto alle situazioni e alle complessità che la professione deve affrontare. Il ruolo quindi non va inteso come una definizione professionale rigida e quindi come indifferente ai contesti in cui opera. Al contrario esso ha un margine di flessibilità che tuttavia non può essere in contraddizione con la struttura normativa che lo sostiene e che in ogni caso deve essere valutato e deciso autonomamente dall'infermiere in rapporto ai contesti con i quali si rapporta.

4.4 L'infermiere è se stesso se è ciò che deve essere

Ogni infermiere è se stesso se è determinato ad essere ciò che deve essere in ragione della sua identità, del suo ruolo, del suo agire professionale, dei suoi comportamenti professionali attesi deducibili dall'ordinamento giuridico che definisce la professione.



CAPO V - SCOPI E CONDIZIONI DELL'AGIRE PROFESSIONALE

5.1 L'infermiere persegue gli scopi tecnici e gli scopi morali della professione finalizzati ad assicurare una compiuta esperienza di appagamento dei bisogni di salute del contraente

Si definiscono scopi tecnici della professione quelli riconducibili alla cura delle malattie, scopi morali quelli attinenti alla cura delle persone. Al primo caso si riferisce l'espressione "aver cura" al secondo caso si riferisce l'espressione "prendersi cura". La cura nel suo complesso è l'espressione dei rapporti tra l'infermiere la persona e la comunità e definisce ciò di cui la persona e la comunità hanno bisogno.

5.2 L'infermiere agisce come infermiere

Si definisce agire professionale dell'infermiere l'insieme degli atti professionali decisi in autonomia e responsabilità previsti dalla legislazione vigente.

L'infermiere è un agente professionale quindi un soggetto esperto che agisce delle pratiche professionali in un contesto organizzato e che prende autonomamente l'iniziativa dei propri atti. Per essere infermieri bisogna agire come infermieri cioè essere secondo il ruolo. Cioè non basta fare quello che bisogna fare da un punto di vista tecnico-operativo ma bisogna essere un certo agente professionale secondo il proprio ruolo.

5.3 L'infermiere è l'autore del proprio agire professionale

L'agire professionale proprio perché è il risultato del rapporto tra autonomia e responsabilità professionale definisce l'infermiere quale autore cioè come colui che in autonomia e responsabilità (auto-re) attua il dovere di assicurare i suoi comportamenti professionali attesi nei quali rientrano tutti i suoi doveri e obblighi professionali.



5.4 L'infermiere, nell'interesse del contraente, persegue e concorda tutte le possibili forme di cooperazione fra i vari autori professionali

L'agire professionale dell'infermiere va inteso come parte integrante di una più grande azione di tutela sanitaria assicurata dall'insieme dei ruoli professionali e quindi dall'insieme dei diversi autori del processo di tutela. Esso agisce dentro delle organizzazioni nelle quali vanno collocati i ruoli professionali e quindi dentro delle forme di cooperazione tra ruoli. L'infermiere ha il dovere di cercare e concordare quelle forme di cooperazione professionale che meglio esprimono il suo ruolo e meglio lo mettono in condizioni di assicurare i suoi comportamenti attesi.

5.5 L'infermiere orienta il contraente alla cura delle patologie con terapie validate ed alla non medicalizzazione delle non patologie

L'evoluzione della tecnologia ha portato ad una diffusione delle informazioni estremamente veloce ma altrettanto incontrollata (mass media, social network, internet, gruppi di condivisione...). In questo panorama è diventato facile far circolare informazioni sanitarie, che hanno una forte attrattiva fra le persone, bypassando il controllo della comunità scientifica e delle autorità. Si diffondono così notizie che possono orientare i cittadini ad intraprendere percorsi di cura inutili o dannosi, oppure a non sottoporsi a terapie dai dimostrati effetti positivi.

CAPO VI - LA CURA QUALE OPERA PROFESSIONALE

6.1 L'infermiere, attraverso la relazione di cura, afferma il carattere contrattuale dei rapporti tra il contraente e la professione.

La cura in generale è la relazione tra l'infermiere la persona malata e la comunità di salute quale condizione necessaria a



perseguire gli scopi tecnici e morali definiti nel punto 5.1. Quindi "relazione di cura". Oggi per curare è indispensabile avere con il malato e la comunità contraente una relazione di conoscenza, di condivisione delle scelte, di cooperazione tra diversi generi di verità quelle tecnico-scientifiche dell'infermiere e quelle empiriche personali del malato cioè le sue opinioni dentro contesti connotabili. Attraverso la relazione di cura si afferma il carattere contrattuale dei rapporti tra il contraente e la professione.

6.2 L'infermiere utilizza la relazione di cura come mezzo per la conoscenza del contraente

La relazione di cura per l'infermiere ha lo scopo principalmente di conoscenza del malato e della comunità. Nella relazione di cura avviene l'incontro tra la scienza infermieristica e l'esperienza del malato e della comunità. Per la relazione di cura vale in particolar modo il principio di proscrittività nel senso che la relazione per sua natura non è in alcun modo codificabile quindi essa è il campo dove l'infermiere esplica fino in fondo la propria autonomia e la sua responsabilità

6.3 La cura per l'infermiere è l'opera professionale che coemerge a beneficio del malato e della comunità da un sistema di prerogative e di doveri professionali e di obblighi morali.

L'opera professionale coincide con l'agire professionale quale espressione finale di un ruolo e di una prassi attesa. Essa va considerata sia come complesso di atti quindi come professionalità agita nel suo complesso che come effetti o risultati conseguiti o conseguibili. L'opera professionale si basa sulla relazione di cura ed è composta da compiti tecnici relativi alle conoscenze tecniche dell'infermiere e da impegni personali dell'infermiere cioè dalle sue sensibilità, abilità, capacità relazionali.

L'opera professionale è il risultato della cura.



6.4 L'infermiere sottopone la sua opera alla valutazione del contraente

L'opera professionale come tale va valutata, verificata, misurata a partire prima di ogni altra cosa dal malato, dal malato esteso e dalla comunità: a questi l'infermiere ha il dovere di sottoporre a valutazione la sua opera professionale.

CAPO VII - LA COOPERAZIONE TRA PROFESSIONI

7.1 l'infermiere riconosce come scopo fondamentale del "servizio" pluri-professionale la tutela medico-sanitaria del malato

Il "servizio" è un sistema pluri-professionale organizzato le cui prassi professionali attese sono molteplici con diversi approcci con diversi scopi e con diverse competenze e diversi tipi di impegni. Il servizio in questa accezione è organizzato per coordinare le diverse prassi professionali attese e che servendosi della clinica, quindi dei medici, della cura, quindi degli infermieri e dell'assistenza di supporto, quindi degli infermieri generici e degli OSS, e altri possibili operatori, assicura quale scopo fondamentale la tutela medico-sanitaria del malato.

7.2 L'infermiere si comporta come se il principio del malato e della comunità contraenti fosse un principio comune alle altre professioni impiegate nella relazione di cura

Il servizio è per definizione un sistema di prassi attese tenute insieme da rapporti di cooperazione. Il principio del malato e della comunità contraenti quale principio informatore delle prassi professionali per l'infermiere, deve valere per tutte le professioni impiegate: esso deve essere vissuto come un principio deontologico comune.



7.3 E' dovere professionale e obbligo morale dell'infermiere favorire e adoperarsi per assicurare al malato e alla comunità la massima integrazione delle prassi e quindi la massima cooperazione interprofessionale.

Il concetto di "collaborazione con i colleghi e gli altri operatori" (codice 2009) oggi in ragione del principio del malato e della comunità contraente va reinterpretato nel senso di "cooperazione".

7.4 L'infermiere ha il dovere di interagire e di integrarsi con le altre professioni specificandone i ruoli

Coerentemente a quanto previsto per il ruolo e per l'agire professionale è necessario distinguere il concetto di interazione da quello di integrazione.

Per interazione si intende la reciproca azione che avviene contestualmente cioè in una comune situazione di lavoro tra ruoli professionali diversi. Essa è una questione di relazioni contestuali tra ruoli.

Per integrazione invece si intende un completamento dei vari ruoli professionali mediante opportune addizioni e compensazioni che avviene in tempi e fasi differenziate. Essa è una questione di reciproca ausiliarità tra i ruoli ed è una questione fondamentalmente cooperativa.

L'interazione è tendenzialmente orizzontale mentre l'integrazione è tendenzialmente verticale.

In un servizio tanto l'interazione orizzontale che l'integrazione verticale necessitano di un chiarimento preliminare dei ruoli professionali. I principali ruoli professionali coinvolti nel processo di cura sono quelli del medico, dell'infermiere, dell'OSS. Principali non vuol dire esclusivi quindi a queste professioni se ne potrebbero aggiungere delle altre. Essi corrispondono nelle loro definizioni alle loro proprie legislazioni di riferimento, legislazioni che da questo codice, in ottemperanza a quanto dichiarato nel capo I, sono assunte come vincolanti. Il governo clinico rientra



nel ruolo del medico, la cura, come definita nel capo V, in quello dell'infermiere, l'assistenza in quello dell'OSS (profilo professionale conferenza Stato regioni provvedimento 27 febbraio 2001).

7.5 E' dovere professionale e obbligo morale dell'infermiere favorire e adoperarsi per assicurare la coevoluzione interprofessionale

Nel momento in cui l'agire professionale dell'infermiere dipende dal proprio ruolo e il proprio ruolo da quello di altri ruoli professionali è inevitabile che si condivida un principio di coevoluzione. Ogni ruolo per esprimersi deve quindi rapportarsi ad altri ruoli riconoscendo a questi un analogo diritto ad esprimersi. La coevoluzione è il processo di cambiamento congiunto di più professioni operanti in una comune organizzazione del lavoro o nello stesso servizio che interagiscono tra loro al punto da costituire ciascuna un fattore di cambiamento per l'altra (o le altre), col risultato di condividere una crescita professionale comune attraverso un cambiamento concordato della loro organizzazione del lavoro. A partire dall'infermiere questo vale sia in rapporto al medico che all'OSS.

7.6 E' dovere professionale e obbligo morale dell'infermiere favorire e adoperarsi per rimuovere l'invarianza e le contraddizioni tra i ruoli

L'interdipendenza tra ruoli può essere un fattore di crescita coevolutiva per le varie professioni ma nello stesso tempo può essere un fattore che blocca per ragioni di invarianza questa crescita. Nessun ruolo può in alcun modo condizionare in negativo l'espressione dei comportamenti professionali attesi in particolare se si tratta di applicare delle leggi. Per cui nei casi in cui l'infermiere si trovasse di fronte ad un problema di invarianza dei ruoli, o i ruoli degli altri risultassero in contraddizione con il proprio, o non adeguati o armonizzati, egli ha l'obbligo morale di trovare consensualmente delle soluzioni dal momento che



contraddizioni, asimmetrie, rapporti poco collaborativi, danneggiano la qualità delle tutele attese quindi il primario interesse del malato. A questo proposito l'infermiere dovrà adoperarsi nel proprio posto di lavoro per definire proposte, concordare soluzioni e se il caso aprire con l'assistenza del collegio di competenza e il concorso del sindacato, le necessarie vertenze

CAPO VIII - I RAPPORTI CON LE ALTRE PROFESSIONI

8.1 L'infermiere ha il dovere professionale e l'obbligo morale di farsi promotore di progetti di riorganizzazioni del lavoro che puntino a riformare dinamicamente, secondo il principio di interdipendenza, i rapporti tra ruoli professionali al variare dei contesti.

Attualmente la cosiddetta "collaborazione" tra professioni in un servizio si caratterizza con ruoli rigidi, definiti per compiti e competenze, dentro rapporti riferiti agli infermieri ancora impostati sull'idea datata di ausiliarità, all'insegna di visioni gerarchiche del lavoro quindi poco funzionali ad una visione multidisciplinare del lavoro di tutela.

Tutto questo danneggia:

- l'esplicitazione corretta del ruolo professionale dell'infermiere;*
- gli impedisce di esprimere a pieno il suo agire professionale;*
- di attendere ai suoi doveri circa i comportamenti professionali attesi;*
- l'efficacia e l'efficienza del lavoro di equipe.*

Riformare gli attuali rapporti di collaborazione tra i ruoli professionali significa:

- sostituire gli attuali rapporti di ausiliarità tra medici e infermieri e l'OSS con rapporti tra reciproche autonomie*
- sostituire dei semplici rapporti tra professioni basati sulla contiguità dei compiti con rapporti basati sull'interdipendenza*



dei ruoli sia in senso dell'interazione che nel senso dell'integrazione

- *affermare una forma di cooperazione tra l'agire professionale delle professioni come nuova forma di cooperazione tra autori*

A questo proposito fondamentale resta il rapporto e la sinergia con il sindacato.

8.2 L'impegno professionale per l'infermiere è il rapporto che si stabilisce tra la professione e il modo di agirla

Il presupposto di fondo per ridefinire i rapporti tra ruoli è ridefinire lo status di operatore. Il passaggio è:

- *da uno status di operatore definito e retribuito per competenze*
- *ad un nuovo status di autore cioè di un operatore definito e retribuito anche per impegni.*

Per impegno professionale si intende:

- *obbligo assunto nei riguardi di altri, a proposito dei propri comportamenti attesi*
- *Impiego incondizionato di tutta la propria buona volontà e delle proprie sensibilità e capacità nello svolgimento dei propri comportamenti attesi*
- *assunzione di una precisa responsabilità deontologica nei confronti del malato e delle altre professione*

8.3 L'infermiere considera tutti i professionisti autori che agiscono per impegni professionali e si considera parte di un'equipe di autori

Al fine di favorire l'integrazione e il lavoro di equipe tutte le professioni coerentemente ai loro propri ruoli sono da considerarsi autori che agiscono per impegni professionali. Ciò non necessita di nessuna modifica legislativa perché non è la loro



definizione giuridica che viene cambiata ma solo il modo di organizzare le prassi professionali e le relazioni tra professioni.

8.4 L'infermiere ha il dovere professionale e l'obbligo morale di agire il suo ruolo autonomo all'interno di rapporti di ausiliarietà reciproca complementare e, di fronte ad imprevisti, di concorrere alla vicarianza

Per ausiliarietà reciproca complementare si intende la condizione base che permette il lavoro di equipe. Ogni professione è ausilio cioè aiuto rispetto ad un'altra nel senso che ogni professione aiuta di fatto un'altra professione ad esprimersi attraverso il proprio ruolo. Nessun ruolo pur nella sua autonomia può essere considerato come un autoriferimento perché nessun ruolo in sé è un principio di sufficienza. La reciprocità è quindi la caratteristica di fondo dei rapporti di inter-ausiliarietà tra le professioni. L'infermiere ha il dovere di agire il suo ruolo autonomo ma dentro rapporti di ausiliarietà reciproca complementare rifiutandosi a rapporti di ausiliarietà a senso unico cioè senza reciprocità.

Si ha ausiliarietà reciproca complementare vicariante quando le professioni si trovano di fronte a degli imprevisti che necessitano per il bene del malato di adattare i ruoli e le loro relazioni alle situazioni. I principi di riferimento per questo genere di situazioni sono tre:

- *proscrittività*
- *buon senso*
- *ragionevolezza*

In questi casi le professioni di comune accordo decidono preventivamente con dei protocolli aggiornabili le modalità operative da codificare consensualmente nel caso si presentassero delle eventualità impreviste. In nessun caso la vicarianza può essere usata per giustificare disservizi, carenze e disorganizzazioni in ragioni delle quali imporre alle professioni comportamenti non coerenti con i loro ruoli.



Nel caso in cui si hanno organizzazioni del lavoro con un alto grado di specializzazione o con importanti specificità e peculiarità è possibile un riadattamento dell'ausiliarità reciproca complementare nel senso di un riadattamento dei ruoli professionali nella loro reciprocità. In questi casi non si applica un principio di vicarianza ma un principio di riorganizzazione del lavoro. Cioè il lavoro è organizzato sempre secondo ruoli professionali ma adattati in ragione di una specificità. In ragione di ciò il riadattamento dei ruoli deve avvenire obbligatoriamente attraverso protocolli organizzativi di servizio condivisi che provvedano a chiarire i livelli di responsabilità professionale. L'infermiere in contesti organizzativi particolari ha il dovere di riadattare il proprio ruolo alla specificità di lavoro e di concorrere alla definizione dei protocolli organizzativi.

CAP IX – L'AUTONOMIA DEONTOLOGICA

9.1 Il codice deontologico degli infermieri assume l'autonomia deontologica come valore

L'autonomia deontologica è la condizione fondamentale attraverso la quale la professione si auto governa e nella cui sfera di prerogative non vi è ingerenza da parte di scopi diversi da quelli deontologicamente previsti. L'autonomia deontologica è la facoltà della professione di dare a sé stessa liberamente la propria regola.

9.2 Il codice deontologico degli infermieri definisce l'incompatibilità deontologica come contraddizione di scopi tra gli obblighi deontologici previsti dal codice e gli incarichi che l'infermiere può legittimamente detenere tale da prefigurare una potenziale negazione dell'autonomia deontologica stessa



L'incompatibilità è la situazione nella quale non è conveniente per il rispetto delle norme deontologiche che l'infermiere detenga a qualsiasi livello, nazionale provinciale e luoghi di lavoro, incarichi che lo potrebbero condizionare nella sua autonomia deontologica e nei suoi doveri professionali e quindi nella difesa e tutela della professione.

La negazione dell'autonomia deontologica nelle sue varie forme prefigura immancabilmente una situazione di incompatibilità sulla quale il collegio ha l'obbligo di intervenire per rimuovere le contraddizioni.

Si ha negazione dell'autonomia deontologica quando:

- l'infermiere occupa incarichi politici istituzionali o sindacali che lo obbligano alla coerenza di mandato nei confronti di coloro che sono stati promotori dei suoi incarichi e della sua elezione;*
- l'infermiere occupa posizioni dirigenti nei servizi e nello stesso tempo responsabilità di collegio;*
- l'infermiere oltre a svolgere la professione persegue interessi economici anche legittimi in contrasto con l'interesse primario della professione o che per il loro perseguimento potrebbero servirsi strumentalmente della professione stessa;*
- l'infermiere aderisce a organizzazioni, associazioni visibilmente in contrasto con gli obblighi deontologici della professione.*

La nostra proposta è quella di applicare le incompatibilità alle cariche dei collegi provinciali e del comitato centrale.

9.3 Il codice deontologico degli infermieri include l'indegnità fra le incompatibilità deontologiche

L'infermiere che appalesa pubblicamente in vari modi comportamenti e linguaggi del tutto contrari alle norme etiche della sua deontologia di riferimento è incompatibile con i principi di questo codice. La federazione nazionale e i collegi hanno l'obbligo di intervenire per sanzionare le manifestazioni di



indegnità deontologica. L'infermiere nel confronto di idee, nella discussione pubblica, nello svolgimento dialettico tra punti di vista diversi ha il dovere di attenersi al merito dei problemi evitando argomenti speciosi e finalizzati a screditare il proprio interlocutore.

9.4 Il codice deontologico degli infermieri include la durata degli incarichi all'interno dei collegi e della federazione nazionale fra le incompatibilità deontologiche

Gli incarichi nei collegi provinciali e nella federazione nazionale in nessun caso possono essere senza limiti di durata. Gli incarichi "sine die" possono tradire negli infermieri che rappresentano come collegio la professione comportamenti, atteggiamenti, modi di essere che non garantiscono la piena autonomia deontologica. In nessun modo deve prevalere l'interesse personale su quello professionale per cui dovrà essere limitato il numero dei mandati e la durata degli incarichi.

La nostra proposta è quella di stabilire un massimo di due mandati per ogni carica istituzionale e non più di cinque mandati totali (anche non consecutivi) all'interno di un qualsiasi collegio provinciale (anche di provincie diverse) a prescindere dall'incarico ricoperto. Lo stesso vale per i mandati all'interno del comitato centrale. I mandati in un collegio provinciale non sono sommabili a quelli all'interno del comitato centrale (per esempio si potrà fare cinque mandati in un collegio provinciale ed altrettanti all'interno del comitato centrale, oppure si potrà fare due anni il segretario in un collegio provinciale ed altrettanti nel comitato centrale).

CAPO X – LA CONDIVISIONE DEONTOLOGICA

10.1 Il presente codice deontologico orienta la professione infermieristica alla ricerca della condivisione deontologica con le altre professioni sanitarie



In ragione del principio di proscrittività è auspicabile prevedere nei singoli codici professionali articoli comuni da sottoscrivere e condividere tra più professioni.

10.2 Il presente codice deontologico orienta la professione infermieristica alla ricerca dell'integrazione deontologica con le altre professioni sanitarie

Al fine di favorire in misura massima la cooperazione tra professioni i collegi si adopereranno a cercare l'intesa con altri collegi e ordini per definire :

- norme comuni da sottoscrivere in modo separato e autonomo rispetto ai singoli codici deontologici e che riguardano le questioni comuni a tutte le professioni sottoscriventi.*
- norme per definire una deontologia di servizio quindi non più concepita professione per professione ma in relazione specificatamente al servizio come entità operativa che sovrintende tutte le professioni e con la quale sancire le parti comuni che sovrintendono la cooperazione interprofessionale*

10.3 Il presente codice deontologico orienta la professione infermieristica alla ricerca di forme condivise di governo deontologico

Si definisce governo deontologico una forma di rappresentanza organizzata a livello di territorio, servizio o azienda nella quale le professioni si occupano di questioni e di problemi attinenti la deontologia. Esso ha lo scopo di garantire effettivamente il rispetto delle condizioni deontologiche, quindi l'osservanza dei doveri, indispensabili all'esplicazione dei ruoli professionali. Ad esso partecipano tutte le professioni coinvolte operanti nell'ambito coinvolte e che sono definite da un codice deontologico.



Il governo deontologico riguarda l'effettiva possibilità deontologica per le professioni di garantire nelle realtà di lavoro i comportamenti professionali attesi. Cioè il rispetto dei doveri professionali e degli obblighi morali.

Questo non ha nessuna funzione di carattere gestionale, sindacale, o di altro tipo e si configura come il garante dell'attuazione e dell'applicazione del codice deontologico.

Queste forme di governo deontologico condiviso dovranno avere, per essere realmente efficaci, formale riconoscimento degli enti pubblici o privati di riferimento e la possibilità di imporre il rispetto delle norme deontologiche eventualmente lese anche indicando le possibili soluzioni alternative.

Può sembrare una battaglia politica ma soprattutto una battaglia culturale.

CAP XI - DISPOSIZIONI FINALI

11.1 La professione infermieristica è una risorsa. Tutto quanto danneggia o fraintende l'impiego di tale risorsa o abusa di essa va impedito.

Nessun codice può permettere di fraintendere l'identità professionale dei propri associati Per prevenire la deregolazione della professione si tratta di prevenire qualsiasi forma di deregolazione deontologica. Per tale scopo i collegi laddove è possibile ricercheranno intese di salvaguardia concordando con le controparti istituzionali anche gli strumenti e le misure più idonee.

11.2 Le norme contenute in questo codice sono vincolanti: la loro inosservanza è punibile con sanzioni da parte del collegio professionale

Tali norme sono vincolanti per gli infermieri ma anche per le controparti istituzionali e per tutte le forme di rappresentanza



professionale. Nei loro confronti, nei casi di violazione, non sono possibili sanzioni ma valgono tutti gli strumenti di denuncia consentiti dalla legge e dai contratti.

11.3 I collegi si rendono garanti dell'applicazione e del rispetto del presente codice deontologico

In linea di massima per questo codice vale il principio categorico dell'inderogabilità delle norme deontologiche per cui l'infermiere è obbligato al loro rispetto. Nei casi in cui si presentassero situazioni inattese il collegio ha il dovere di supportare e indirizzare l'infermiere nelle sue scelte e nelle sue decisioni.