COMMENTARIO
al
NUOVO CODICE DEONTOLOGICO
delle
Professioni Infermieristiche

FNOPI

Gli E-book FNOPI
Empowering nurses

©Copyright 2020 Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche (FNOPI)
00184 Roma – Via Agostino Depretis, 70
Tel. 06/46200101 – Fax 06/46200131
www.fnopi.it

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Gli autori e FNOPI declinano ogni responsabilità per eventuali errori e/o inesattezze relative alla elaborazione dei testi normativi e per l'eventuale modifica e/o variazione degli schemi e della modulistica allegata

Gli autori, pur garantendo la massima affidabilità dell'opera, non rispondono di danni derivanti dall'uso dei dati e dalle notizie ivi contenuti.
FNOPI non risponde di eventuali danni causati da involontari refusi o errori di stampa.

Impaginazione e editing: Ufficio comunicazione e redazione.
Copertina: Giacomo Donati

Roma, Maggio 2020

ISBN: 978-88-945199-0-7

A Luca Benci, con stima e riconoscenza

Gli infermieri

PRESENTAZIONE

La definizione di “commentario” è letteralmente quella di un “lungo ed erudito commento riguardante un'opera di particolare importanza”.
Un’interpretazione dell'opera per renderla accessibile. O anche una sua esegesi, un’analisi critica quindi, per comprenderne meglio il significato.

Se come è indicato nel Codice deontologico, questo non è una semplice raccolta di nozioni in cui identificarsi, ma la capacità di connettere in maniera critica e consapevole le informazioni e se come spiegato “conoscere” significa collegare, il Codice deontologico riconosce l’infermiere come professionista e come persona; riconosce il cittadino come curato e come persona; riconosce la società nella quale viviamo e quella in cui vorremo vivere; riconosce la normativa attuale e ne prefigura la sua evoluzione.

Il commentario al Codice deontologico spiega come e perché tutto questo accade, deve e può eticamente accadere. E così come il Codice è di tutti noi anche il commentario deve essere un patrimonio diffuso e accessibile, motivo per il quale la Federazione ha scelto di farne un documento gratuito e liberamente scaricabile da chiunque.

Jacques Lacan, psicoanalista e psichiatra della seconda metà del secolo scorso le cui idee hanno influenzato e sviluppato la psicanalisi clinica, ma anche la teoria critica, sosteneva che “il linguaggio, prima di significare qualcosa, significa per qualcuno”.

E il Codice deontologico deve “significare” per noi infermieri la parte etica della nostra identità professionale, quella che più ci lega al cittadino in un modo diverso da qualunque altra professione che più che altro cura – cosa che noi naturalmente anche facciamo – la parte scientifica e professionale.

Definendo il Codice deontologico, ho sottolineato nella prefazione che esso celebra tutte le nostre radici, ma le dissotterra rendendole attuali all’oggi; racconta che non esiste più un momento dell’assistenza, ma che essa è oltre ogni luogo e ogni spazio. Il Codice costruisce soprattutto la giusta distanza con l’altro, lo lascia vivere, decidere, negare, assistersi. Il Codice ha una funzione fondamentale: regola il comportamento professionale che ognuno di noi poi declina sulla particolarità del caso clinico o del contesto organizzativo per offrire la migliore risposta in termini di salute, risposta che non può trovarsi nel Codice, ma dentro l’agito consapevole e ragionato di tutti gli iscritti di cui il Codice è a supporto e non il contrario.

Per farlo è necessario comprendere le parole del Codice e il loro significato applicativo, comprendere entro quale ambito ogni principio sancito è applicabile alla professione e come questo va correttamente interpretato, comprendere come ogni articolo è legato all’altro e tutti sviluppano una visione etica, deontologica e valoriale dal punto di vista del comportamento professionale e della relazione con l’assistito.

Scriveva Hans Georg Gadamer, filosofo tedesco contemporaneo considerato uno dei maggiori esponenti dell’ermeneutica e, quindi, dell’interpretazione non soltanto dei testi, ma anche dell'intera esistenza umana che “*ogni comprensione del singolo elemento è condizionata dalla comprensione del tutto. Ogni spiegazione del singolo elemento presuppone la comprensione del tutto*”.

Il commentario fa questo: consente di legare la comprensione di ogni singolo articolo del Codice a quella degli altri che lo compongono e spiega ogni singolo elemento che lo caratterizza perché sia inquadrato nel complesso del testo, nello svolgersi coordinato dei principi etici e deontologici che devono caratterizzare la nostra professione.

Ma sempre Gadamer aggiungeva che "*la comprensione non va intesa tanto come un'azione del soggetto, quanto come l'inserirsi nel vivo di un processo di trasmissione, nel quale passato e presente continuamente si sintetizzano*".

E questo nel nostro caso sta a significare che la comprensione del Codice, anche grazie all'aiuto che dà il commentario, è quel tassello indifferibile e irrinunciabile della professione che consente, come illustrato nella sua prefazione, di sentirci a nostro agio nella relazione con l'assistito, tenendo saldo e senza fatica sulle spalle lo zaino della professione con tutto il nostro patrimonio: la nostra formazione di base, la formazione specialistica, la formazione complementare, la formazione permanente, l'esperienza professionale criticamente rivista e aggiornata, le nostre attitudini, le nostre aspirazioni, il nostro vissuto, il nostro essere persona ed essere infermiere.

Per questo il commentario non è di uno o pochi autori, ma è stato realizzato da una pluralità di autori esperti (28) per mantenere viva la ricchezza di visioni diverse che rappresentano le tante anime della professione, le diverse competenze, la capillarità degli infermieri in tutti i contesti.

L'importanza di inquadrare ogni singolo elemento del Codice nel complesso della nostra professione e di farlo con l'interpretazione che ne possono dare pensieri diversi pur con la stessa professionalità, diventa evidente prendendo l'esempio di quella che abbiamo definito come sua parola d'ordine: relazione.

Se perdiamo il privilegio che la nostra professione ha di relazionarsi con la persona assistita, con gli altri colleghi, con le altre professioni, con gli enti di governo, abbiamo finito di esistere. Il valore fondamentale della nostra professione è la relazione con l'altro.

La base è l'articolo 4 del Codice dove è detto chiaro che "*Il tempo di relazione è tempo di cura*".

E nel commentario è spiegato tra l'altro a questo articolo, che non può esserci cura senza apprendimento e, nella reciprocità della relazione (proporzione): l'aiuto viene immediatamente ripagato con il rispetto, la gratitudine, la crescita professionale e personale. Solo così non verrà mai a crearsi un vuoto. L'infermiere si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono e il tempo che verrà impiegato nella relazione di cura sarà la costante che guiderà il professionista infermiere.

Ma ecco che il concetto ricompare più avanti, al momento di inquadrare i rapporti con gli assistiti, con l'affermazione che il tempo di relazione è tempo di cura, sempre, in ogni momento della vita e che l'infermiere diventare esperto e capace nell'aiutare l'altro attraverso gesti concreti quotidiani di vicinanza che consentano di rielaborare la sofferenza attraverso la premura, l'ascolto, l'attenzione.

E ancora nella comunicazione, con l'affermazione, poi spiegata più profondamente, che la relazione professionista-cittadino, fondamentale per rispondere a bisogni di cura complessi in continua e rapida evoluzione, è uno degli elementi cardine del sistema salute. L'informazione e la comunicazione sono componenti essenziali di questa relazione, che però oggi non può più essere mediata unicamente dai canali di comunicazione più consolidati. In poche parole, si parla degli gli "strumenti" della relazione nello zaino dell'infermiere.

Così il commentario indica un percorso mai fine a sé stesso. Un percorso che accompagna la nostra professione nel rispetto di un Codice deontologico che ci siamo dati e che è riconosciuto come esempio tra i più avanzati di etica applicata alla professione. Un percorso che ciascuno di noi deve apprendere, metabolizzare, fare suo e sentire dentro di sé nell'essere e nell'agire quotidiano. Un percorso che guida, aiuta, indirizza e accompagna l'infermiere nel suo essere espressione della scienza e della professionalità vicine all'assistito, ai suoi bisogni, alle sue necessità anche sociali.

Il commentario non è quindi un esercizio letterario per spiegare, ma una strada tracciata per guidare, un vero e proprio "navigatore" che indica la rotta nell'etica e nella deontologia della nostra professione.

Barbara Mangiacavalli

INDICE

Autori **6**

CAPO I – PRINCIPI E VALORI PROFESSIONALI **8**
Angela Basile, Aurelio Filippini, Sandro Scipioni, Fausto Sposato

CAPO II – RESPONSABILITÀ ASSISTENZIALE **18**
Paola Arcadi, Marco Contro, Mariagrazia De Marinis, Pio Lattarulo

CAPO III – RAPPORTI PROFESSIONALI **30**
Aurelio Filippini, Luigi Pais dei Mori, Graziano Lebiu

CAPO IV – RAPPORTI CON LE PERSONE ASSISTITE **39**
Tonino Aceti, Sandro Arnofi, Graziella Costamagna, Giuliana Masera, Chiara Mastroianni

CAPO V – COMUNICAZIONE **62**
Nicola Draoli, Francesco Falli, Salvatore Occhipinti, Marina Vanzetta

CAPO VI – ORGANIZZAZIONE **71**
Bruno Cavaliere, Marco Contro, Dario Cremonesi, Pio Lattarulo, Maria Grazia Proietti, Maurizio Zega

CAPO VII – LIBERA PROFESSIONE **94**
Carmelo Gagliano, Cristina Magnocavallo, Luigi Pais dei Mori, Francesco Scerbo

CAPO VIII – DISPOSIZIONI FINALI **105**
Cosimo Cicia, Pierpaolo Pateri, Palmiro Riganelli

AUTORI

Tonino Aceti, Portavoce FNOPI.

Paola Arcadi, Infermiera, tutor e docente Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Milano, ASST Ovest Milanese.

Sandro Arnofi, Presidente OPI Ferrara, Componente Collegio dei Revisore dei Conti FNOPI.

Angela Basile, Dott. Angela Basile, Prof a contratto Etica e Bioetica, Università di Tor Vergata sede centrale e Bambino Gesù in Roma. Docente di Etica presso Università Alma Mater in Bologna, Master in Bioetica.

Bruno Cavaliere, Presidente SIDMI.

Cosimo Cicia, Presidente OPI Salerno, Consigliere Comitato Centrale FNOPI.

Marco Contro, Presidente OPI Rovigo, Infermiere giurista.

Graziella Costamagna, Infermiera, Componente Commissione Tecnica permanente sull'infermieristica pediatrica FNOPI.

Dario Cremonesi, Presidente OPI Como.

Mariagrazia De Marinis, Professore ordinario di Scienze Infermieristiche Università Campus Biomedico, Roma.

Nicola Draoli, Presidente OPI Grosseto, Consigliere Comitato Centrale FNOPI.

Francesco Falli, Infermiere Rischio Clinico- Struttura Professioni Sanitarie ASL 5 – La Spezia Vice Presidente OPI.

Aurelio Filippini, PHD, Presidente OPI Varese.

Carmelo Gagliano, Presidente OPI Genova, Dirigente delle Professioni Sanitarie ASL 3 Liguria.

Pio Lattarulo, Infermiere Dirigente delle Professioni Sanitarie in Asl Taranto, Professore a contratto di Discipline Infermieristiche nelle Università degli Studi di Bari e Bologna.

Graziano Lebiu, Presidente OPI Carbonia- Iglesias, Infermiere legale e forense.

Cristina Magnocavallo, Presidente OPI Campobasso – Isernia, Componente Collegio dei Revisore dei Conti FNOPI.

Giuliana Masera, Infermiera e filosofa perfezionata in Bioetica.

Chiara Mastroianni, Infermiera Responsabile Formazione e Ricerca Fondazione Antea.

Salvatore Occhipinti, Presidente OPI Agrigento, Presidente Collegio dei Revisore dei Conti FNOPI.

Luigi Pais dei Mori, Presidente OPI Belluno, Infermiere legale, membro del panel di esperti in responsabilità professionale FNOPI.

Pierpaolo Pateri, Presidente OPI Cagliari, Direttore SPS ASSL Sanluri – ATS Sardegna, Componente Commissione Nazionale Formazione Continua.

Maria Grazia Proietti, Direttore UOC Servizio Infermieristico e Tecnico Aziendale (SITA) Azienda Regionale Emergenza Sanitaria (ARES) 118 – Lazio, Segretaria Ordine delle Professioni Infermieristiche di Roma

Palmiro Riganelli, Presidente OPI Perugia.

Francesco Scerbo, Dottore di Ricerca in Scienze Infermieristiche e Sanità Pubblica, Consigliere OPI Roma, Componente Osservatorio Libera Professione FNOPI.

Sandro Scipioni, Infermiere, filosofo, storico.

Fausto Sposato Presidente OPI Cosenza, Revisore supplente Collegio dei Revisore dei Conti FNOPI

Marina Vanzetta, Infermiera, Redazione “L’Infermiere”.

Maurizio Zega, Direttore S.I.T.R.A. Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS.

Hanno collaborato inoltre **Giuseppe Battarino**, Magistrato. **Luca Benci**, Giurista, **Sergio Fucci**, Magistrato, **Sandro Spinsanti,** Bioeticista.

CAPO I

PRINCIPI E VALORI PROFESSIONALI

UNA PREMESSA

"Qualsiasi cosa inizi a fare pensa a dove vuoi arrivare"
Publilio Siro

Quella di Publilio Siro è una considerazione apparentemente scontata, ma tutt'altro che praticata, che funge da perfetto punto di partenza per una riscrittura del Codice Deontologico dell'Infermiere, nata dall'esigenza di adeguare il Codice allo sviluppo della professione, dei sistemi normativi, delle movimentazioni antropologiche e dei processi di globalizzazione.
Tutte queste trasformazioni hanno imposto una doverosa rilettura del Codice Deontologico, conservandone i valori, molti dei quali non transeunti e caratterizzanti la professione stessa.
È un tema questo che, nella professione infermieristica, rappresenta un orizzonte nel quale la comunità professionale ha speso risorse culturali, umane ed energie progettuali.
Alla luce dei mutamenti normativi e sociopolitici, l'intento di ridisegnare il *corpus* del codice ha richiesto l'ausilio e la collaborazione di tutta la comunità professionale e non solo: hanno evidenziato ulteriori aspetti della questione antropologi, sociologi, giuristi, letterati, filosofi ed etimologi.
Quest'ultimi hanno richiamato la definizione etimologica del termine *Codex*, originariamente "tronco d'albero" e le analogie conseguenti, che possono definirsi suggestive per fondare il senso profondo del Codice Deontologico.
Dalla sua origine ad oggi esso diviene nel tempo una sorta di sequenze di temi e di relative regole di condotta da tenere nell'esercizio della propria professione, di cui bisogna riconoscerne radici e frutti. Di fatto il Codice Deontologico:

- ✓ **Rappresenta un sostegno**, **una guida**, una stella polare che, nobile nella sua giusta contestualizzazione temporale e sociale, esprime avanguardia e allo stesso tempo saldezza nelle sue radici. Il tessuto connettivo di questo "professare" si suggella con la comunità pubblica, creando in tal modo uno strumento che abbia anche un'ampia responsabilità sociale volta al bene comune e all'interesse generale.
- ✓ **Integra**, con le norme che tratteggiano l'esercizio corretto della professione, **l'ispirazione profonda che deve animare il professionista della cura** in quanto "soggetto morale" rendendosi responsabile della propria condotta. Tale assunzione di responsabilità implica una maturità professionale che si conquista con lo studio, la ricerca e la riflessione nei vari campi in cui essa è esercitata. La sempre maggiore complessità della società ha disarticolato i vecchi riferimenti; si vive infatti in una crescente asimmetria sociale e questo ha effetti anche sul mondo della salute e della cura.
- ✓ **È** dunque **necessario per indirizzare l'agire professionale** nell'alveo dei doveri e della crescita culturale della professionalità, per affrontare le sfide a divenire, sapendo bene dove si vuole andare.
- ✓ **Rappresenta il patto che ciascun infermiere compie quando**, iscrivendosi all'Ordine Professionale, **dichiara la sua scelta di servizio all'uomo**; è la promessa quotidiana che ciascuno di noi rinnova nell'avviarsi all'incontro con l'Altro, nella fedeltà al Bene, al di sopra di ogni cosa. La promessa, dal latino *mandare avanti*, indica una volontà virtuosa, un impegno che non si esaurisce nell'anteriore, ma proietta la sua azione nel dopo, nel sempre. In esso si legge, in modo intellegibile, l'adesione al modello aristotelico delle Virtù che identifica l'infermiere, quale persona e quale professionista, come agente morale che persegue il Bene.

Ecco allora che questo *pro* del termine promessa diventa non solo un fine, ma una costante *pro-attività* che realizza il *divenire* proprio delle più moderne teorie scientifiche di assistenza infermieristica, nelle scelte quotidiane e nelle relazioni.

La promessa a priori per una professione non può rientrare solo in una dimensione Etica, ma deve incontrare anche la conoscenza propria della disciplina e guidare il comportamento professionale e sociale. Così facendo l'Etica e la Deontologia guidano il confronto dei Valori con le nuove istanze assistenziali, esistenziali, nonché con il nuovo modo di manifestarsi dei consolidati bisogni di cura.

La Deontologia Infermieristica rappresenta quindi un punto di incontro tra i Valori umani e professionali, le attese dei cittadini e il progresso della civiltà tecnologica. Il dovere della scienza si pone al servizio dell'ideale di Bene e la promessa genera fiducia, relazione, incontro e benessere. Ecco perché la promessa ha, al contempo, immanenza e cambiamento in sé. Ecco perché i Codici Deontologici debbono essere periodicamente rivisti[1]: il valore si fa storia, la promessa diviene l'adesso che si affida al futuro.

Da un punto di vista etico, per un professionista non vi è bene più alto del suo apparato Deontologico che, unito alla specifica disciplina, diviene norma di vita che guida la lettura di ogni obbligo giuridico, scientifico, sociale.

Il nuovo Codice Deontologico dell'infermiere ristabilisce il primato dell'Etica, nell'infermiere e nella comunità professionale, estendendo la sua responsabilità alla società da cui proviene e a cui dà il suo contributo di umanità. L'etica eleva così il professionista da mero esecutore di una "strategia aziendale" a quello di interlocutore autorevole nei confronti del cittadino e della comunità.
Nel Codice, al di là del ricco articolato che descrive i doveri deontologici, esistono elementi trasversali di fondo che raccontano la promessa e la proattività dell'infermiere. Il Codice si sofferma sul concetto di persona in modo nuovo ed originale, nelle sue dimensioni ontologiche dei diritti non negoziabili e nelle sue dimensioni antropologiche esercitate nella effettiva possibilità di decisione.
Non vi è una centralità della persona se non la si considera come insieme di tutte le sue relazioni perciò essa si riferisce a tutte le persone che come tali sono coinvolte nel processo assistenziale: la persona assistita, l'infermiere, le persone significative, le persone di formazione, di ricerca e organizzazione, gli *stakeholders*, i *caregiver*, i tutori e tutti gli specialisti.
Tra le accezioni di Etica dell'infermiere, primeggia l'etica della cura dove la relazione di cura è valore, scopo e metodo. La Cura implica una sequenza ordinata di operazioni essenziali al suo fine: la comprensione del limite della soggettività, la generazione di una distanza, l'acquisizione di tempi relazionali e la scelta di metodi professionali che definiscono una misura e arricchiscono la tensione al bene. Cura come particolarità e pluralità allo stesso tempo.
L'infermiere, nel curare, è sì protagonista e interlocutore, ma anche portavoce e difensore della volontà del paziente, dei suoi valori e del Bene che egli stesso identifica consapevolmente per sé; in un concetto, l'infermiere è *Advocate* delle persone che incontra nel suo essere professionista.
Il secondo innovativo passaggio della riscrittura del Codice Deontologico riguarda la promessa della scienza al servizio dell'uomo: lo sviluppo della conoscenza basata su criteri di evidenza è anch'esso un dovere deontologico. Proprio dal primato dell'Etica nasce una delle prime declinazioni della promessa che è la scienza stessa: una scienza capace di indagare il fenomeno scientifico dell'assistenza infermieristica, gli esuberi empirici della dimensione antropologica senza mai tradire la vita umana e senza mai ridurla al fenomeno di ricerca. Affermare il criterio di evidenza e di prove di efficacia come dovere deontologico è un passo fondamentale di ricomposizione delle parti nella complessità del vivere.
Infine, il Codice supera le categorie di spazio e tempo. L'assistenza infermieristica non ha un tempo, è essa stessa un tempo; l'assistenza infermieristica non ha un luogo, poiché si realizza

[1] I precedenti Codici Deontologici risalgono agli anni: 1960, 1977, 1999, 2009.

ovunque l'uomo e la sua comunità vive. Il Codice fa proprie le sfide dei mutamenti demografici ed epidemiologici del nostro paese per archiviare classificazioni obsolete. La prevenzione, la cura, la riabilitazione, l'ospedale, il territorio, sono dunque categorie di attività e non più luoghi definitori delle azioni professionali infermieristiche.

Siamo di fronte ad un concetto di salute che, avendo superato i livelli quantitativi, muove verso le dimensioni qualitative e di personalizzazione. A tal proposito l'Organizzazione delle Nazioni Unite utilizza opportunamente il termine benessere[2] come concetto globale di salute del singolo e della comunità. Le varianti utilizzate dall'Onu per analizzare il benessere non terranno conto delle statistiche, ma lasciano spazio a strumenti di analisi qualitativa. Nel medesimo tempo, il concetto di sanità[3] va restringendo il suo campo d'azione per ragioni economico finanziarie e, come mai accaduto nella storia del nostro paese, si genera una frattura tra i due concetti.
Gli aspetti qualitativi di benessere e della salute si rintracciano nei territori di vulnerabilità, cronicità, longevità, disabilità, non-autosufficienza. Il Codice racconta come l'infermiere viva in questi territori[4], senza mai cadere in alcuna logica riduzionistica che definisce l'altro per il suo deficit; per l'assistenza infermieristica la persona vive la sua ricerca di benessere in ogni condizione si trovi e facendo forza sulla sua difficoltà.
La fragilità è caratteristica ontologica; la vulnerabilità, semmai, è luogo di relazione di cura. Secondo la Dichiarazione di Barcellona del 1998, infatti, la vulnerabilità funge da principio etico quando è sinonimo di limite, il quale deve essere scavalcato dai professionisti della cura. Indichiamo con "vulnerabilità" il bisogno di aiuto che non viene offerto per abbandono o negligenza, mentre la mancanza di benessere genera sempre una fragilità. L'infermiere accoglie ogni fragilità e supera il limite della vulnerabilità per adempiere al principio di cura.

ART. 1 – VALORI
L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile.
È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici.
Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

Nella relazione tra bene e fine si orientano le opere, le azioni, le arti e le professioni così come il Nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere al Capo I vuole puntualizzare e riassumere per ciò che concerne la specificità della professione Infermieristica[5].
I "codici deontologici o etici", le "carte dei valori" e altri manifesti programmatici ormai ampiamente diffusi nel settore sia pubblico sia privato ne sono la riprova: la coerenza di un progetto e l'attendibilità di un gruppo paiono consistere innanzitutto nella lucidità con cui essi riescono ad intercettare alcuni valori e a proporli quale norma vincolante – o più umilmente come stile dell'agire.

[2] Sustainable Development Goals, SDGs al 2030.
[3] In questa sede si intende per sanità l'insieme delle strutture, regole, e LEA definitori del sistema dei diritti.
[4] Articolo 2 (Azioni) del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche.
[5] Ricordiamo che il dibattito della Professione Infermieristica come Scienza a sé ha generato una disputa su queste basi: cosa contraddistingue la scienza infermieristica? Cos'è di pertinenza esclusiva dell'infermiere? Avere dei propri fini e obiettivi significa, nel panorama politico e universitario, mantenere una propria autonomia e perseguire percorsi specifici, professionalizzanti, specialistici e quindi, solo in questo modo, dignitosi per il professionista stesso.

I valori unificano l'insieme delle persone. Se "credere" è importante nella vita, "credere insieme" è ancora più importante. Se è importante credere in qualcosa, occorre anche "credere avanti" agli altri, avendo il coraggio di sostenere, argomentare difendere ciò che è prioritario per noi, per me.
I valori e nel nostro caso quelli condivisi dalle Professioni Infermieristiche, sono molto semplicemente, quelle proprietà che segnalano le "cose" (persone, oggetti, situazioni, relazioni…) come dei "beni", per me, per noi. Sono le qualità che rendono queste cose desiderabili, sollecitando nell'uomo una risposta preferenziale, da cui scaturiscono poi le scelte. Attirano l'attenzione, suscitano l'interesse, formulano una tacita promessa di felicità: aiutano soprattutto a gestire la complessità del reale, perché consentono all'uomo di accentuarne alcuni aspetti, subito preordinati agli altri e intercettati come fine dell'agire. La grande sfida di ogni etica dei valori è dunque di ancorare i valori al bene, sottraendoli al relativismo.

"Ogni arte e ogni indagine, come pure ogni azione e scelta, a quanto si crede, persegue un qualche bene, e per questo il bene è stato definito, in modo appropriato, come ciò cui tutto tende". Questo l'incipit di una delle più importanti opere della storia della filosofia antica, l'*Etica Nicomachea* di Aristotele. Il termine *energheia* indica per Aristotele quell'ingrediente aggiunto all'azione stessa che appartiene a chi compie l'azione perché da mero esecutore si trasforma in esperto conoscitore dell'azione ed è capace, non solo di riproporre in modo autonomo l'azione stessa, ma di non procurare danni con l'esercizio dell'azione stessa. Permette quindi di agire in modo consapevole, autonomo e responsabile. La consapevolezza non a caso è stata inserita come prima caratteristica dell'Infermiere: essa determina l'identità.

La "**consapevolezza**" del ruolo e del valore sociale, ribadito anche in sede normativa[6], la fiducia nella disciplina e scienza che caratterizzano le professioni di aiuto sociosanitarie, l'adesione ai valori espressi nel Codice e ai concetti professionali: *Caring* (patto di cura), *Accountability* (risposta responsabile) e *Advocacy*[7] (tutela di diritti e valori), il senso di leale appartenenza alla comunità professionale, in breve, "essere, pensare e agire" come un professionista costruiscono l'Identità professionale.
Da qui la definizione del professionista: l'infermiere è agente attivo, l'infermiere orienta il suo agire e le sue azioni che si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica.
È ribadito, inoltre, il ruolo delle conoscenze e dei saperi scientifici[8]. Dato che nessuna virtù può nascere per natura e che nessun ente naturale si abitua ad essere diverso, dobbiamo fortificare il procedimento di formazione e crescita professionale soprattutto con la scienza, poi con l'esperienza, la relazione[9] e l'intuito. "*Quindi le virtù non si generano né per natura né contro natura, ma è nella nostra natura accoglierle, e sono portate a perfezione in noi per mezzo dell'abitudine*"[10].

Il Codice supera l'antico dualismo tra scienza e coscienza ponendo la sua attenzione sulla "e", la congiunzione dei due termini, affermando così una delle grandi domande del XXI secolo, ovvero la costruzione di una scienza capace di raggiungere l'uomo e permettere il suo cammino nella

[6]Legge 11 gennaio 2018, n. 3, Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute.
[7] Fry T.-Johnston M. (2004) Etica per la professione infermieristica, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
[8] Si tornerà all'argomento formazione quando si parlerà di formazione continua ma è bene sottolineare fin da subito il dovere da parte di ogni professionista infermiere all'aggiornamento continuo e al monitoraggio crediti ECM.
[9] Patricia Benner, teorica dell''Infermieristica americana, che nella sua opera principale "From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice" (1984) ha messo in luce come l'esperienza e la relazione costituiscano qualità insostituibili nell'agire della cura infermieristica.
[10] *Ibidem*, p.47

dimensione umana. Ecco che la Deontologia si propone come ponte di riconciliazione tra la scienza[11] e la coscienza.
Anche in questo caso si fa riferimento all'antico e alla mitologia per trarre il senso profondo della relazione di cura. Il centauro Chirone, padre fondatore della medicina secondo la mitologia greca è il terapeuta che può comprendere la sofferenza dell'altro solo riconoscendo e integrando la propria sofferenza, non come debolezza o fragilità, ma come forza e strumento per poter lasciare entrare ed entrare in contatto con l'altro.[12]

ART. 2 – AZIONE
L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività.
Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

Le **azioni**, ovvero l'*energheia* aristotelica, sono ciò che contraddistinguono il professionista e sono quelle forze che trasformano la volontà in atto[13].
Nelle mani e nel gesto è racchiusa l'azione come attuazione della volontà, come simbolo di vicinanza e mezzo per il raggiungimento di un fine ultimo: il benessere della persona e della collettività.
Il concetto di etica della cura si basa sulle azioni e sull'etica del dettaglio. La cura, come preoccupazione e sollecitudine, è costante, quotidiana e continuativa: è perciò un impegno, un lavoro.
La responsabilità che si genera dalle azioni di cura, dalla sua attitudine pratica, è la capacità del professionista di calarsi nell'esperienza. Sono tutti questi valori dell'azione che definiscono l'identità dell'infermiere.

ART. 3 – RISPETTO E NON DISCRIMINAZIONE
L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale.
Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

Si declinano le virtù principali dell'esperto che esercita la professione infermieristica, rileggendole attraverso il rispetto dei Diritti dell'Uomo. Al di là della morale stoica della persona, la cura è il risultato del lavoro degli attori dell'azione professionale che utilizzano il potere della conoscenza e valorizzano l'essenza di ogni persona coinvolta.
Il Codice, infatti, affronta per la prima volta il tema del potere antropologico del professionista, rifiutando la finta centralità della persona che vede comunque l'altro come oggetto e mai come

[11] In senso tecnico disciplina e scienza non sono sinonimi: la prima pone l'accento sul contenuto, la seconda su metodo orientato ad uno scopo. Un fenomeno può essere scientifico e non disciplinare (Geymonat,1989).
[12] Carl Gustav Jung diceva che il "terapeuta può guarire gli altri nella misura in cui è ferito egli stesso". L'archetipo del guaritore ferito era quello di Chirone, centauro e personaggio della mitologia greca, considerato il padre della medicina.
[13] In termini essenziali, Aristotele ritiene che la potenzialità dell'intelletto umano di conoscere la forma universale (cioè il concetto o l'essenza) delle cose si traduca in atto grazie ad un intelletto che chiama *nous poietikos* (intelletto attivo o produttivo), distinto dal primo e descritto come incorruttibile e di provenienza esterna. *De anima*, Γ 4, 429 a 10-5, 430 a 25.

soggetto. Così **l'infermiere dichiara non chi assistere e curare, ma di assistere e curare**. Lo stesso fondamentale principio è fatto proprio anche verso colleghi e altri professionisti che all'interno del precorso di presa in cura cooperano per rispondere ai bisogni espressi dalle persone che si assistono. Anche in sanità si assiste al fenomeno del *victim blaming*,[14] che consiste nel ritenere la vittima di un crimine o di altre sventure parzialmente o interamente responsabile di ciò che le è accaduto e spesso nell'indurre la vittima stessa ad auto colpevolizzarsi.

ART. 4 – RELAZIONE DI CURA
Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo.
Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali.
Il tempo di relazione è tempo di cura.

La **relazione di cura** come per l'*Etica Nicomachea* implica un'azione giusta. La relazione implica ripartizione e proporzione attraverso l'ascolto e il dialogo. Questi guidano la relazione sia nell'apprendimento che nella cura, perché non può esserci cura senza apprendimento e, nella reciprocità della relazione (proporzione): l'aiuto viene immediatamente ripagato con il rispetto, la gratitudine, la crescita professionale e personale. Solo così non verrà mai a crearsi un vuoto. Altresì l'infermiere si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono e il tempo che verrà impiegato nella relazione di cura sarà la costante che guiderà il professionista infermiere. "Tempo e cura si arricchiscono nel loro significato vicendevolmente […][15]" specialmente nella malattia, nel fine vita, nella perdita della persona cara e nella banalità dell'attimo che si trasforma in emergenza. E' fatto obbligo al professionista di riconoscere il tempo a disposizione per istaurare il miglior percorso di cura e di relazione. Il tempo a cui si fa riferimento va oltre quello che i greci definivano *Kronos* che segna l'inesorabile scorrere "cronologico", si centra e focalizza sul *Kairòs* il **tempo giusto**, opportuno, quello che determina la buona occasione per l'incontro con l'altro, incontro in cui ci si conosce e si instaura la cura.

ART. 5 – QUESTIONI ETICHE
L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione.
Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

Un dilemma etico o un paradosso etico è un problema decisionale tra due possibili imperativi morali, nessuno dei quali è inequivocabilmente accettabile o preferibile. La complessità nasce dal

[14] Ryan William, *Blaming the Victim*, Vintage, 1976.
[15] "Il prendersi cura rimane un atteggiamento strutturalmente relazionale, che porta l'io fuori da sé, dall'autoreferenzialità all'etero-referenzialità, in contrapposizione all'individualismo che concepisce l'uomo come individuo isolato. La cura presuppone il riconoscimento dell'esistenza di un altro, presuppone l'alterità ontologica e non solo empirico-fenomenica, ammette la percezione che l'altro esiste accanto, nel senso della vicinanza spaziale e della prossimità temporale, ostenta la consapevolezza che l'io è chiamato ad entrare in rapporto "con" l'altro (un rapporto di incontro e non di mero calcolo di scambio di interessi, di scontro, competizione o conflitto); infine la cura presuppone la presa di coscienza che la possibilità relazionale è la possibilità ontologica di intersoggettività come condizione dell'esistere." Giuliani L., *La cura nel tempo*, Mimesis, 2018.

conflitto situazionale in cui obbedire a uno porterebbe a trasgredire un altro.[16] L'infermiere viene portato a fare i conti prima di tutto con sé stesso e con la propria coscienza, anche mediante uno specifico confronto, se questo serve ad un approfondimento delle tematiche e a una riflessione critica.
Un dilemma etico richiede innanzitutto di essere identificato attraverso i valori morali e professionali che gli infermieri possono trovarsi ad affrontare nello svolgere la professione; a questo scopo il Codice è un ottimo riferimento cui attingere. La condivisione con il proprio gruppo di lavoro e con l'Ordine Professionale possono aiutare il singolo infermiere a riconoscerli e affrontarli. Opportuno il richiamo ai "Comitati per l'etica clinica"[17], come strumento per far crescere la consapevolezza dei professionisti e guida per risolvere i dilemmi etici. Fondamentale la condivisione anche e soprattutto all'interno del gruppo professionale dell'équipe di lavoro, all'insegna della saggezza, più che di una prescrizione autoritaria. Come indicato nell'articolo e come contemplato nella legge gennaio 2018 n. 3, gli Ordini si impegnano a fornire consulenza in ambito deontologico.

ART. 6 – LIBERTÀ DI COSCIENZA
L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie.
Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione.
L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

Su questo articolo si fonda il rispetto reciproco tra chi assiste e chi viene assistito mantenendo la libertà di scelta del primo e quella di coscienza del secondo. L'articolo 6 getta le basi della libertà di coscienza focalizzando l'attenzione sul rapporto tra l'infermiere e la sua coscienza.
Il presupposto di base si fonda sulla relazione di cura che l'infermiere instaura sia con la persona assistita che con la propria coscienza. L'eventuale rifiuto che nasca da una opposizione in nome della propria coscienza va infatti collocato dentro un processo comunicativo. Questo comporta ascolto, dialogo, negoziazione poiché, anche nel gesto di cura si esprime la coscienza del professionista.
Il vero significato della clausola di coscienza risiede proprio nella libertà di coscienza, consentendo al professionista di relazionarsi moralmente al pari della persona assistita. Ciascuno è chiamato a vivere la sua responsabilità di uomo, la sua possibilità decisionale, il suo contributo al processo del vivere.

Anche l'infermiere, nell'ineludibile discussione sulla clausola di coscienza[18], viene riconosciuto appieno come persona ponendo fine ad un retaggio storico di a-personalizzazione e angelicazione del ruolo.

All'infermiere è richiesto un passaggio ulteriore assumendosi personalmente la responsabilità dell'eventuale astensione a procedere ad un agito assistenziale: un'astensione che fonda le radici nel conflitto etico e morale e che implica un non procedere o un procedere, ad agiti non compatibili

[16] https://www.lexico.com/en/definition/ethical_dilemma.
[17] http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/i-comitati-per-l-etica-nella-clinica/.
[18] Ineludibile poiché chiama in causa visioni del modo differenti che generano sistemi etici e deontologici.

con i propri valori. È quindi uno strumento da utilizzare in via eccezionale e con molta attenzione, quando il contrasto etico mette seriamente in crisi la figura professionale dell'infermiere.
Pur mantenendo attivo il patto di cura, l'infermiere garantisce la continuità assistenziale e il percorso scelto, nel rispetto della dignità, della legalità, come diritto della persona.

Tale fine, con l'intenzione di non abbandonare mai la persona assistita, pur se essa dovesse manifestare richieste che interrogano eticamente o creino dilemmi etici al professionista.
La libertà di coscienza di cui parla questo articolo è diversa dalla obiezione di coscienza regolata da specifiche norme giuridiche[19] .

[19] Interruzione volontaria di gravidanza (legge 22 maggio 1978, n. 194); sperimentazione animale (legge 12 ottobre 1993, n. 413); servizio militare di leva (legge 8 luglio 1998, n. 230); procreazione medicalmente assistita (legge febbraio 2004 n. 40).

Riferimenti normativi

Legge 11 gennaio 2018, n. 3, *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*.
Legge 19 febbraio 2004, n. 40, *Norme in materia di procreazione medicalmente assistita.*
Legge 8 luglio 1998, n. 230, *Nuove norme in materia di obiezione di coscienza.*
Legge 12 ottobre 1993, n. 413, *Norme sull'obiezione di coscienza alla sperimentazione animale.*
Legge 22 maggio 1978, n. 194, *Interruzione volontaria di gravidanza.*

Riferimenti bibliografici

Benner P., (1984), From novice to expert. Excellence and power in Clinical Nursing Practice, Addison-Wesley, Manlio Park 1984.
FNOPI, Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019.
Fry T.-Johnston M. (2004) *Etica per la professione infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
Giuliani L., (2018), *La cura nel tempo*, Mimesis.
Nazioni Unite (Centro Regionale di Informazione delle Nazioni Unite), *Sustainable Development Goals, SDGs al 2030*, https://unric.org/it/agenda-2030 .
Ryan W., (1976), *Blaming the Victim*; ed. Vintage.

Sitografia

http://bioetica.governo.it/it/documenti/pareri-e-risposte/i-comitati-per-l-etica-nella-clinica/.
https://www.lexico.com/en/definition/ethical_dilemma.

CAPO II

RESPONSABILITÀ ASSISTENZIALE

“Tu sei responsabile della tua rosa”
"Io sono responsabile della mia rosa”
ripeté il piccolo principe per ricordarselo
A. De Saint Exupéry

ART. 7 – CULTURA DELLA SALUTE
L’Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell’ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

In questo articolo si pone l’accento sulla **funzione dell’infermiere nell’ambito della promozione della salute e dell’educazione sanitaria**, in continuità con i dettami del Profilo professionale[20] e con l’assunto che pone la **salute come fenomeno di interesse della disciplina infermieristica**, in una logica proattiva e partecipativa.

Promuovere la salute degli individui e della collettività significa anzitutto riconoscere che la salute è un costrutto complesso, costituito da un caleidoscopio di significati che richiedono di essere esplorati a partire dalla personale concezione di salute di ciascun individuo[21], come già richiamato nell’articolo 3 (Rispetto e non discriminazione) del Codice Deontologico.

La concezione di salute individuale risente delle trasformazioni demografiche caratterizzate da un prevalente aumento della componente più anziana[22], della crescita esponenziale delle condizioni di cronicità[23], e del progressivo allungamento della prospettiva di vita in condizioni di precarietà e dipendenza, con conseguente aumento di richiesta di intervento da parte del Sistema Sanitario e delle professioni. [24]
Secondo la Carta di Ottawa, sottoscritta dagli Stati appartenenti all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la **promozione della salute** viene definita come "il **processo che consente alle persone di esercitare un maggior controllo sulla propria salute e di migliorarla"**[25].
Promuovere una cultura della salute significa concretizzare azioni professionali che offrano un supporto alle persone per consentire loro di operare scelte autonome rivolte al suo perseguimento,

[20] D.M. 739/1994, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, art. 1, comma 3: “L’infermiere (…) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività”.
[21] Botter C., Nobile S., Arcadi P., Bonetti L., Bonfadini S., Demarchi A., Fortunato A., Motta P.C., Pasqua D., Perri M., Salvini L., Todisco A., Sappa B., *Cos’è la salute per te? Studio qualitativo sul significato di salute percepito dai cittadin*i, L’infermiere Online, n. 56 - 5 - 2019.
[22] Organization for Economic Co-operation and Development. (OECD), Preventing Ageing Unequally, OECD Publishing, Parigi 2017.
[23] Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Rapporto Osservasalute. Stato di salute e qualità dell’assistenza nelle regioni italiane, 2017 [online]. Disponibile da: https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017 [consultato il 22 novembre 2019].
[24] Cittadinanzattiva, XXI Rapporto PiT salute. Tra attese e costi, il futuro della salute in gioco, 2018. [online] Disponibile da: www.cittadinanzattiva.it.
[25] Carta di Ottawa per la promozione della salute, Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, Ottawa, Canada 7-21 novembre 1986.

unitamente ad interventi di riorientamento dei servizi sanitari, in modo tale da svolgere un'azione comune per la salute delle comunità di riferimento.

Non è possibile conquistare il massimo potenziale di salute se non si è in grado di intervenire sui fattori che influenzano lo stato di salute degli individui e delle comunità (**determinanti della salute**), ma anche su quelli coinvolti nella diseguale distribuzione della salute all'interno della popolazione (**determinanti delle diseguaglianze nella salute**).
Intervenire sui determinanti della salute significa dunque orientare le azioni professionali in particolar modo sui fattori modificabili, quelli cioè che sono suscettibili di essere corretti e trasformati: gli stili di vita individuali, le reti sociali e comunitarie, l'ambiente di vita e di lavoro, il contesto politico, sociale, economico e culturale[26].
Gli infermieri si impegnano, inoltre, a trasformare le politiche di salute, facendo si che tengano sempre più conto dei mutamenti dovuti al cambiamento demografico, alle migrazioni e al cambiamento climatico, oltre che garantire il coinvolgimento sistematico delle persone e delle comunità.

In questa dinamica la tutela dell'ambiente, basata su presupposti scientifici, non è generica enunciazione, ma preoccupazione specifica, dovendosi individuare in un ambiente salubre un elemento della tutela della salute.

Come infermieri, professionisti della salute e come cittadini abbiamo l'obbligo morale, e non solo legale, di non lasciare spazi a differenze nell'erogazione dell'assistenza, affrontando le sfide relative alle disuguaglianze nella salute, per dare concrete risposte di assistenza sanitaria e sociale[27], anche attraverso l'impegno a garantire un'equa assistenza che sappia tenere conto delle differenze in termini di risorse residuali, di criticità relazionali, di barriere culturali. In questo, il ruolo dell'infermiere si connota per una chiara interiorizzazione della centralità e universalità del diritto alla salute[28].
Nel presente articolo si pone l'accento altresì sulla funzione educativa dell'infermiere, che si esplica attraverso interventi di informazione e di educazione sanitaria, intesa come processo di comunicazione interpersonale diretto a fornire le informazioni necessarie per un esame critico dei problemi della salute e a responsabilizzare gli individui ed i gruppi sociali nelle scelte che hanno effetti sulla salute fisica e psichica dei singoli e della collettività [29].

ART. 8 – EDUCARE ALL'ESSERE PROFESSIONISTA
L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.

La norma dettata da questo articolo pone al centro della responsabilità professionale dell'infermiere i concetti di **educazione e formazione** e intende sottolineare che da esse dipende in gran parte la qualità del prendersi cura delle persone e dei loro problemi di salute.

[26] Dahlgren G., Whitehead M., *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute of Futures Studies, Stockholm, 1991.
[27] International Council of Nurses, Salute per tutti. Infermieristica, salute globale e copertura sanitaria globale, traduzione Italiana a cura della Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermieri, 2019.
[28] International Council of Nurses, Closing the gap, increasing access and equity, 2011 Disponibile da: http://www.old.icn.ch/publications/2011-closing-the-gap-increasing-access-and-equity/ [consultato il 22 novembre 2019]
[29] Mori M., *Seppilli Alessandro, politico, scienziato educatore. Raccolta di scritti a cura di Maurizio Mori*, La Salute Umana, 2004, pp.7 - 68.

I suddetti concetti, pur utilizzati spesso come analoghi, hanno significati non sempre del tutto sovrapponibili: invero, mentre l'educazione attiene ad un processo di sviluppo delle potenzialità di ciascuna persona, dei suoi valori, dei suoi principi umani ed esistenziali, la formazione attiene, piuttosto, a un processo di affinamento di nuove abilità e competenze relative a specifiche professionalità. Occorre, comunque, che i due concetti siano intesi come complementari affinché si verifichi in concreto il sostanziale rispetto della deontologia professionale.

Soffermandosi sulla rubrica della norma in commento, si coglie immediatamente il rilievo dato alla locuzione **essere professionista**, come a voler sottolineare che non è sufficiente *fare* il professionista ma che, prim'ancora, occorre *esserlo*, nel senso di sentire l'importanza ed il valore del compito che si è chiamati a svolgere, con intima consapevolezza maturata attraverso un processo di introiezione dei significati insiti nella professione e che, interessandosi alla salute della persona, fanno principalmente riferimento ad una visione valoriale della persona stessa che ne riconosce la dignità, l'unicità e l'unità.

Destinatario del precetto dell'articolo 8 è l'infermiere, nei diversi ruoli, con ciò intendendosi evidenziare che la responsabilità di educare e formare professionalmente non è affidata soltanto a quegli infermieri che svolgono istituzionalmente, o comunque, ordinariamente, funzioni di docenza, ma è dettata anche per tutti coloro che svolgono funzioni assistenziali in senso stretto: l'impegno educativo deve permeare tutte le attività assistenziali con occhio attento ai processi attivati e ai risultati attesi.

Per esercitare la responsabilità nei confronti degli studenti alla luce delle predette riflessioni, l'infermiere deve essere in grado di renderli parte integrante del loro processo educativo, non limitandosi, quindi, ad aiutarli a raggiungere conoscenze e competenze di alto grado, ma prestando particolare attenzione alle loro persone, alla loro maturità complessiva, al loro senso di responsabilità e alla consapevolezza della rilevanza etica di tutte le loro decisioni, iniziando da quelle che attengono al loro *status* di studenti e relative agli eventuali problemi di apprendimento, ai modi più adeguati per affrontarli e risolverli.

In definitiva, il raggiungimento dell'obiettivo ambizioso di ogni processo educativo postula un'alleanza tra l'opera insostituibile di chi educa e forma, permeata di competenza e di impegno e la presenza attiva e partecipata di coloro che apprendono.

Un accento particolare va posto sul tirocinio clinico che è momento privilegiato di formazione in cui lo studente impara a fare sintesi delle sue esperienze di apprendimento e matura quella competenza professionale che non è riferita alla sola dimensione tecnico-operativa, ma anche alla dimensione contestuale dove le conoscenze, le abilità e i comportamenti si realizzano nell'azione giusta al momento giusto. Per questo segmento così importante di formazione sono decisivi la competenza assistenziale e formativa di tutti gli infermieri, la qualità del loro rapporto con gli studenti, il loro interesse per la formazione e la loro capacità di coniugare i tempi e i ritmi delle attività cliniche con quelli della formazione.

La norma prevede esplicitamente che l'infermiere si impegni attivamente anche nella formazione di colleghi che si accostano per la prima volta al mondo del lavoro o si inseriscono in nuovi contesti lavorativi, estendendo i concetti di educazione e formazione anche all'ambito del percorso professionale vero e proprio.
La funzione di coloro che non sono istituzionalmente deputati alla formazione si esplicita, in primo luogo, attraverso l'esempio con cui si rende visibile ai giovani colleghi il valore dell'integrazione tra il sapere e l'essere e, in secondo luogo, attraverso le capacità pedagogiche e didattiche con cui si insegna ad imparare dall'esperienza e, quindi, a valorizzare i contesti e le situazioni operative

all'interno delle quali ognuno deve costruire il rapporto tra il sé professionale e la realtà che lo circonda.
In definitiva, occuparsi della formazione dei nuovi professionisti significa trasmettere loro la conseguenza virtuosa della continuità tra manutenzione delle competenze e qualità del servizio offerto.

ART. 9 – RICERCA SCIENTIFICA E SPERIMENTAZIONE
L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione.
Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

"Per poter parlare del nursing come scienza, bisogna dimostrare che esso si presta ad essere oggetto di ricerca scientifica […] Se oggi, in tutte le professioni come l'industria, l'indagine scientifica serve a risolvere dei problemi e fornisce la base alle attività di programmazione, perché dovrebbe fare eccezione proprio la professione infermieristica?" (Virginia Henderson)

La ricerca rappresenta un'attività indispensabile per lo sviluppo scientifico e culturale di qualsiasi disciplina e professione. Affermare che l'infermiere "riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione" significa sottolineare l'impegno dei professionisti in tali ambiti, e la consapevolezza che lo studio rigoroso e sistematico dei fenomeni di salute e dell'infermieristica rappresenta un mandato prioritario nell'attuale scenario della cura.

L'assistenza infermieristica è una disciplina che si giustifica in un corpo sistematico di conoscenze in evoluzione[30], e che necessita di una revisione continua per garantire una pratica assistenziale sicura ed efficace. Fare ricerca infermieristica si pone dunque lo scopo di "generare nuove conoscenze, rispondere a domande o risolvere problemi, generare nuove domande"[31].

Il valore costituito da ricerca e sperimentazione è tale, infatti, se volto a tutelare l'evoluzione delle conoscenze peculiari utili ad assolvere al mandato professionale in scienza e coscienza. Inoltre, il valore di una disciplina e la consistenza del sapere sono fortemente interdipendenti e la capacità di una professione di generarli conduce ad esiti anche in termini di autonomia professionale e di riconoscimento sociale.

Il Codice deontologico non fornisce definizioni, trattandosi di concetti consolidati; è però possibile affermare che nel concetto di sperimentazione è insito quello di ricerca, mentre non è vero l'inverso, potendo esistere ricerche non sperimentali, quali quelle osservazionali o basate sullo studio di singoli casi o sull'elaborazione di dati d'archivio.
La ricerca sperimentale si fonda appunto su esperimenti, per i quali sono determinate le condizioni e le variabili secondo uno specifico progetto di studio. Questo articolo non ha l'obiettivo di entrare nel merito delle differenze tra ricerca e sperimentazione, ma vuole sottolineare il valore di entrambe, recuperando in particolare quello della ricerca in sé, posta l'enfasi oggi dedicata prevalentemente alla ricerca sperimentale ed essendo l'infermieristica una disciplina che rivolge il proprio sguardo su molti fenomeni che richiedono di essere studiati con metodi differenti da quello sperimentale (si pensi alla ricerca qualitativa, a titolo di esempio).

[30] Manzoni E., Lusignani M., Mazzoleni B., Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 2019.
[31] International Council of Nurses, Linee guida per la ricerca infermieristica, 2008, disponibile da: http://www.icn.ch/. [consultato il 27/11/2029].

Con l'affermazione sopracitata si vuole inoltre evidenziare la peculiarità della sperimentazione assistenziale rispetto alla ricerca e sperimentazione clinica.[32]
In Italia, la regolamentazione dettagliata delle modalità di attuazione della sperimentazione clinica è prevalentemente, se non esclusivamente, riferita a prodotti farmacologicamente attivi. Anche se la ricerca assistenziale in genere non è ignorata nei piani socio-sanitari di alcune Regioni o in alcuni programmi nazionali di ricerca, non esiste una fonte normativa che promuova o disciplini la sperimentazione nello specifico campo dell'assistenza infermieristica, intesa anche come strumento di definizione di nuovi modelli assistenziali.

L'articolo individua i tre ruoli che l'infermiere assume nell'ambito della ricerca: **elaborazione/promozione**, **svolgimento/attivazione** e **partecipazione**, andando così a sottolineare che la cultura della ricerca dovrebbe permeare ogni livello e ambito in cui la professione si esprime, pur se con differenti contributi che si stratificano in relazione alla competenza specifica in tema di ricerca acquisita negli articolati percorsi formativi della professione (laurea, laurea magistrale, master, dottorato di ricerca).
Non è necessario che tutti gli infermieri svolgano studi autonomi o partecipino a progetti di ricerca, ma è fondamentale che tutti possiedano gli strumenti e le conoscenze che permettano un approccio critico alla ricerca stessa, e che possano, di conseguenza, applicarli nella pratica quotidiana, a beneficio degli assistiti.

Gli ambiti di sviluppo della ricerca racchiusi nel Codice richiamano la natura stessa della disciplina infermieristica: esiste una **ricerca clinica**, in stretta collaborazione con gli altri professionisti della cura, una **ricerca assistenziale**, che si rivolge allo studio dei fenomeni *core* della disciplina, una **ricerca orientata allo sviluppo di conoscenze utili a produrre modelli formativi e organizzativi** efficaci e di supporto al raggiungimento degli obiettivi della professione.

Il valore della ricerca è infine tale se riesce a raggiungere capillarmente tutte le anime della professione: non esiste infatti progresso scientifico se ogni ricercatore non mette a disposizione della comunità scientifica le sue conoscenze e non prende in considerazione le conoscenze prodotte da altri[33].
Ecco perché la ricerca è essenzialmente e necessariamente trasmissione di saperi e conoscenze.
Ogni infermiere è partecipe della funzione del sapere e della sua trasmissione: di qui la responsabilità verso tutte le generazioni future, non solo verso quelle più prossime.

ART. 10 – CONOSCENZA, FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO
L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività.
Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

L'esercizio della pratica professionale fondato su conoscenze validate si pone quale pilastro dell'impianto etico – valoriale e giuridico su cui poggiano i sistemi di cura.

[32] Rodriguez D., *Principi di comportamento e responsabilità dell'infermiere*, in: *Commentario al Codice Deontologico dell'infermiere 2009*, Mc Graw-Hill, Milano 2009.
[33] Vellone E., Piredda M., *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*, Mc Graw-Hill, Milano 2008.

Lo si potrebbe evocare con l'assunto con cui la filosofa ed eticista britannica Onora O'Neill[34] sintetizza anni di studio e riflessioni: "*La medicina è una questione di fiducia*!".
Fiducia nel fatto che lungo gli impervi vicoli dei territori della cura non s'incontrino sciamani ma professionisti che operano in ragione di un cospicuo *know how* scientifico e culturale, e sempre guidato dallo studio e dalla partecipazione a disegni di ricerca o fruizione dei risultati degli stessi.
La fiducia è uno dei tratti connotativi di quel viaggio che la deontologia infermieristica ha compiuto sin dalla sua prima versione di Codice, quella del 1960, seppur con il paradossale riferimento al fatto che l'Infermiere dovesse sostenere nell'allora definito paziente la fiducia incondizionata nei confronti del medico.

Un sostegno giuridico alla prima affermazione contenuta nel presente articolo è rinvenibile nell'art. 5 della legge 8 marzo 2017, n. 24, nel quale viene dichiarato che "*Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida ...*".
Da ciò si evince come i professionisti impegnati direttamente nella linea clinica, ma anche tutti coloro i quali operano negli ambiti della formazione, ricerca od organizzazione non possano mai volgere il loro sguardo verso un comportamento che non sia ispirato alle prove di efficacia, fermo restando l'esercizio giustificato di altro atteggiamento o che l'evenienza sia così rara da meritare un approccio *case based.*
E' interessante la sottolineatura sul termine **competenza**, a proposito del quale è doveroso appuntare qualche notazione. Chi è il professionista che può definirsi/essere definito competente? Certamente colui il quale ha compiuto le tappe del percorso che Benner[35] individua come necessario per poter esperire alcune pratiche, ma anche quello capace di adattarsi/individuare/proporre nuove modalità organizzative e assistenziali più consone ad un sistema sanitario che Meleis[36] definisce in "continuo turbine".
Sarà definibile quale competente l'infermiere pronto a fornire la risposta assistenziale più consona, ad aprire il ventaglio delle scelte possibili per la persona assistita, in linea con la convinta adesione a un processo ancor superiore alla condivisione delle decisioni più che altro ben orientato all'engagement.

L'articolo 10, nel solco di uno dei due fili conduttori dell'intero documento Codice, vale a dire la **sicurezza nelle cure** propone due agili strumenti per connaturare il corretto esercizio della disciplina infermieristica: il **pensiero critico** e la **riflessione fondata sull'esperienza**, entrambi di origine ed alta valenza filosofica.
E' nelle pagine del Teeteto di Platone che si rintraccia quel particolare rapporto che contrassegna la vita e l'attività di tutti noi che, in tempi diversi, e con modalità differenti siamo talvolta allievi e talaltra maestri[37].
Platone insegna come attraverso il dialogo e, quindi, la maieutica socratica, l'allievo debba individuare il proprio punto di vista e argomentare correttamente, pronto a riconoscere la fallibilità del pensiero stesso. Quando la conversazione e la relazione diventano cura, si riconosce l'altro da noi non come oggetto della cura, ma come soggetto pensante, vivente, realtà ontologica da rispettare non soltanto nell'adesione a un percorso di cura, ma anche nel dissenso.
Nessuno tra noi, forte anche di una cogente argomentazione supportata da prove di efficacia diviene portatore di una verità assoluta che non sia condivisa dalla persona che deve fare

[34] O'Neill O., *Una questione di fiducia*, Vita e Pensiero, Milano, 2003.
[35] Benner P., *From novice to expert. Excellence and power in Clinical Nursing Practice*, Addison-Wesley, Manlio Park, 1984.
[36] Meleis A.I., *Thereotical Nursing: development and progress*, Lippincott William Wilkins, Philadelphia 2007.
[37] Platone, *Teeteto*, Laterza, Bari-Roma, 2006.

esperienza di quell'accadimento sulla propria pelle. È sempre possibile leggere grammaticalmente le emozioni che vengono espresse dalla persona assistita, sia verbalmente che non, ma nessuno potrà mai sostituirsi a chi vive in prima persona la situazione di cui trattasi. Molti Cirenei e Veroniche si avvicendano lungo il percorso di cura, nessuno potrà avvicendare la persona in maniera completa ma soltanto utilizzare gli strumenti del suo sapere porgendolo in maniera compassionevole.

La riflessione pratica fondata sull'esperienza è rintracciabile nel novero delle virtù etiche espresse da Aristotele nell'Etica Nicomachea[38]. È la virtù che consente di affermare e giustificare la razionalità pratica. Fortemente connessa alla prudenza, rappresenta la giusta modalità con cui si può condurre qualsivoglia azione considerando anche la possibilità di errore e agendo con cautela proprio in virtù della consapevolezza raggiunta. Questo è il livello di maturità morale auspicabile a cui dovrebbe aspirare ciascun professionista[39].
L'uomo, animale razionale dipendente, nell'interpretazione di Alasdair MacIntyre[40] è un agente razionale che valuta, modifica o rifiuta i giudizi pratici. Formato all'esercizio delle virtù è in grado di saper assumere dei rischi, attraverso il coraggio, per mezzo della pazienza, nell'ascolto, della giustizia cui ispira le proprie azioni, della temperanza che lo difende dall'impulso, della prudenza esercitata prima di ogni atto, dell'onestà che deve contraddistinguerlo e segnatamente della responsabilità (intesa in senso di advocacy) verso coloro i quali attendono un gesto di assistenza, valevole se connotato dai sensi più autentici della disciplina etica.

L'ultimo capoverso tratta un aspetto fondamentale per un professionista sanitario: la **formazione permanente**. Quanto affermato nelle migliori scuole di formazione di base, vale a dire il fatto che la metà delle informazioni fornite in quel contesto, a distanza di pochi anni non saranno più valide rende piena ragione all'importanza della formazione permanente. La complessità del sistema nel quale siamo immersi non può essere pensata più come addestramento puro ma necessità di un'attività di formazione pura, che tocchi le leve andragogiche, che vada ad individuare i reali bisogni formativi. Il Programma di Formazione Continua in Medicina, meglio conosciuto come ECM, prende avvio dal 2002, in ragione di quanto previsto dal decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e dal decreto legislativo 19 giugno 1999 n. 229. L'Accordo Stato – Regioni del 1 Agosto 2007 prevede il riordino del Sistema ECM con la previsione di tutta una serie di nuove regole e dal 1 Gennaio 2008, in attuazione della legge 24 dicembre 2007, n. 244, la gestione del Sistema viene trasferito all'Age.Na.S (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari regionali).
Al tempo, l'amministrazione anagrafica dei crediti formativi e tutta una serie di questioni connesse sono garantite dal Co.Ge.A.P.S. (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie), che ha lo scopo statutario di classificare e certificare natura, bontà e validità dei crediti formativi.
Il Codice indica e sostiene con forza la natura della formazione permanente con il termine "obblighi" sia per rispetto alla normativa su menzionata che per il dovere morale di sottolineare che la partecipazione agli eventi formativi non può essere intesa come opzionale o costituire orpello curricolare, ma è garanzia di appropriatezza, qualità e sicurezza nelle cure.
Si è voluto dare un senso anche all'importanza del ruolo caratteristico del formatore. Gli Infermieri impegnati nell'ambito della formazione permanente devono avere ben chiaro in mente il legame indissolubile tra l'organizzazione e la formazione e strutturare il modo in cui conciliare vision e bisogni espressi dai singoli o dalle famiglie professionali. La formazione permanente, oltre che obbligo, è uno dei fattori concorrenti a creare-rinsaldare l'identità professionale, particolarmente nei momenti in cui i mille fattori aggravanti le condizioni lavorative tendono a far sì che il singolo

[38] Aristotele, *Etica Nicomachea*, Laterza, Bari-Roma, 2005.
[39] Lattarulo P., *Bioetica e deontologia professionale*, Mc Graw-Hill, Milano, 2011.
[40] MacIntyre A., *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, Vita e Pensiero, Milano, 2001.

o anche i gruppi possano ispirare la loro attività ai sensi dell'abitudine piuttosto che del buon governo delle cose.

ART. 11 – SUPERVISIONE E SICUREZZA
L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.

Questo articolo, posto all'interno del Capo concernente la responsabilità assistenziale, pone in primo piano l'importanza fondamentale che riveste la **formazione per l'infermiere**, in continuità con il paragrafo precedente. Essa, risulta palese, non si esaurisce sicuramente al termine dei percorsi di base e post base, ma perdura **per tutto l'arco della vita professionale** del sanitario ed è un corollario fondamentale della responsabilità assistenziale e dell'autonomia, positivamente riconosciute dall'ordinamento giuridico[41].

Oltre che obbligo giuridico[42], la formazione riveste per l'infermiere anche un categorico imperativo che trae origine nella propria dimensione etica e valoriale e costituisce un tratto caratterizzante dal suo essere professionista.
Quindi, non solo perché l'infermiere è consapevole del proprio ruolo, ma anche in considerazione del fatto che una formazione adeguata è un'attività imprescindibile, parte integrante e fondamentale per l'erogazione in sicurezza delle cure e dell'assistenza alla persona, essenziale per adempiere alla *mission* dell'infermiere, in linea con la *ratio* della Legge n. 24/2017[43] e dei principi posti alla base del governo del rischio clinico.

L'attività formativa riveste un carattere ancor più cogente quando, nel quotidiano esercizio professionale, l'infermiere viene a trovarsi di fronte a situazioni alle quali non è o non si sente adeguatamente preparato. Le conoscenze richieste per l'erogazione delle cure e dell'assistenza procedono di pari passo con l'evoluzione del progresso scientifico e sono in continuo divenire, per far fronte alle nuove sfide che deve affrontare il sistema salute.

---

[41] Legge n. 42/1999, art. 1:"*1. La denominazione "professione sanitaria ausiliaria" nel testo unico delle leggi sanitarie, approvato con regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265, e successive modificazioni, nonché in ogni altra disposizione di legge, è sostituita dalla denominazione "professione sanitaria".2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225, ad eccezione delle disposizioni previste dal titolo V, il decreto del Presidente della Repubblica 7 marzo 1975, n. 163, e l'articolo 24 del regolamento approvato con decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 1968, n. 680, e successive modificazioni. Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie di cui all'articolo 6, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni, è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici, fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali*". Legge n. 251/2000, art. 1, comma 1: "*Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza*".
[42] D.Lgs. n. 502/1992. "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*", art. 16.
[43] Legge n. 24/2017: "*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*".

Quindi la formazione è intimamente connessa anche al contesto spazio-temporale in cui opera il professionista che, nell'arco dell'esercizio professionale, può trovarsi di fronte ad attività - non solo di natura meramente tecnica - a lui finora sconosciute o delle quali non ha sufficiente esperienza, o che hanno subito mutamenti a seguito dell'evoluzione delle *leges artis*.[44]
Di fronte a simili casi, il fermarsi e chiedere formazione e supervisione rappresenta la presa d'atto che l'infermiere è un professionista, che, in virtù della posizione di garanzia ricoperta[45], quale titolare della responsabilità assistenziale[46], non mette inutilmente a rischio l'incolumità dei propri assistiti, ma adotta una condotta prudente, al fine di erogare le cure in sicurezza.

Diversamente, la decisione di "agire comunque" si configura, innanzitutto, non solo come una grave violazione di un precetto deontologico, ma anche quale inosservanza del principio etico di *beneficenza/non maleficenza*, due versi della stessa moneta che, sull'assunto del broccardo *primum non nocere*, impone al professionista di non agire in danno dei propri assistiti ma sempre per la tutela del bene salute, costituzionalmente tutelato, considerando la persona come un altro sé stesso.
Non solo. Qualora si verifichi un evento avverso, l'agito del professionista, oltre che risultare inadempiente nei confronti del proprio datore di lavoro, diviene censurabile altresì sul piano giuridico, a titolo di colpa, per aver disatteso le più elementari norme di condotta che gli impongono di agire con prudenza, diligenza e perizia, nell'osservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline[47].
Il chiedere formazione e supervisione rappresenta, perciò, oltre che un obbligo, una giusta pretesa, rispetto alla quale le organizzazioni sanitarie non possono rimanere silenti, nel perseguimento del comune obiettivo di erogare cure e assistenza adeguata secondo i principi di efficacia, efficienza e appropriatezza, salvaguardando la sicurezza degli assistiti e degli operatori.

Riferimenti normativi

[44] L'insieme delle regole, giuridiche ed extra giuridiche (normative primarie e secondarie, linee guida, evidenze scientifiche, buone pratiche, ecc.), che governano l'esercizio di una professione e la cui inosservanza rendono censurabile la condotta del sanitario. Si tratta di un insieme normativo e di saperi non statico, ma dinamico.
[45] Cassazione, Sez. IV Penale, n. 9638/2000: "*(omissis…) gli operatori di una struttura sanitaria, medici e paramedici, sono tutti ex lege portatori di una posizione di garanzia, espressione dell'obbligo di solidarietà costituzionalmente imposte ex art. 2 e 32 cost., nei confronti dei pazienti, la cui salute essi devono tutelare contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità; e l'obbligo di protezione perdura per l'intero tempo del turno di lavoro*". Tale orientamento della Suprema Corte risulta ormai consolidato. A titolo esemplificativo, Cassazione, Sez. IV Penale, n. 9739/2005 e Cassazione, Sez. V Penale, n. 50497/2018.
[46] Per l'infermiere: D.M. del Ministero della Sanità (oggi Ministero della Salute) n. 739/1994, "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere", art. 1, comma 1: "È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".
Per l'infermiere pediatrico, D.M. del Ministero della Sanità n. 70/1997, "Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico", art. 1, comma 1: "È individuata la figura professionale dell'infermiere pediatrico con il seguente profilo: l'infermiere pediatrico è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica pediatrica".
[47] Art. 43, comma 1 del Codice penale: "*è colposo, o contro l'intenzione quando l'evento, anche se preveduto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline*".

Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.
Legge 24 dicembre 2007, n. 244, *Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2008).*
Accordo Stato-Regioni 1 agosto 2007, *Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, concernente "Riordino del sistema di Formazione continua in medicina*".
Legge 10 agosto 2000, n. 251, *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*.
Decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419*.
Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*.
D.M. del Ministero della Sanità 17 gennaio 1997, n. 70, *Regolamento concernente la individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'infermiere pediatrico*.
D.M 14 settembre 1994, n. 739, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*.
Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*.

Riferimenti bibliografici

Aristotele (2005), *Etica Nicomachea*, Laterza, Bari-Roma.
Benner P., (1984) *From novice to expert. Excellence and power in Clinical Nursing Practice*, Addison-Wesley, Manlio Park.
Botter C., Nobile S., Arcadi P., Bonetti L., Bonfadini S., Demarchi A., Fortunato A., Motta P.C., Pasqua D., Perri M., Salvini L., Todisco A., Sappa B., (2019) *Cos'è la salute per te? Studio qualitativo sul significato di salute percepito dai cittadini*, L'infermiere Online, 56 – 5, e81 – e93.
Carta di Ottawa per la promozione della salute, *Prima Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute, Ottawa*, Canada 7-21 novembre 1986.
Cassazione, Sezione IV Penale, n. 9638/2000.
Cittadinanzattiva, *XXI Rapporto PiT salute. Tra attese e costi, il futuro della salute in gioco, 2018.* [online] Disponibile da: www.cittadinanzattiva.it.
Dahlgren G., Whitehead M., (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health*, Institute of Futures Studies, Stockholm.
International Council of Nurses, (2019) *Salute per tutti. Infermieristica, salute globale e copertura sanitaria globale*, traduzione Italiana a cura della Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermieri.
International Council of Nurses, *Linee guida per la ricerca infermieristica*, (2008), disponibile da: http://www.icn.ch/.
Lattarulo P., (2011), *Bioetica e deontologia professionale*, Mc Graw-Hill, Milano.
MacIntyre A., (2001), *Animali razionali dipendenti. Perché gli uomini hanno bisogno delle virtù*, Vita e Pensiero, Milano.
Manzoni E., Lusignani M., Mazzoleni B., (2019) *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
Meleis A.I., (2007), *Thereotical Nursing: development and progress*, Lippincott William Wilkins, Philadelphia.

Mori M., (2004) *Seppilli Alessandro, politico, scienziato educatore*. Raccolta di scritti a cura di Maurizio Mori, La Salute Umana, pp.7 - 68.

O'Neill O., (2003) *Una questione di fiducia*, Vita e Pensiero, Milano.

Organization for Economic Co-operation and Development. (OECD), (2017) *Preventing Ageing Unequally*, OECD Publishing, Parigi 2017.

Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane, Rapporto Osservasalute (2017). *Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, [online]. Disponibile da: https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2017.

Platone, Teeteto (2006), Laterza, Bari-Roma.

Rodriguez D., (2009) *Principi di comportamento e responsabilità dell'infermiere, in: Commentario al Codice Deontologico dell'infermiere 2009*, Mc Graw-Hill, Milano.

Vellone E., Piredda M., (2008) *La ricerca bibliografica. Strumenti e metodi per trovare e utilizzare la letteratura sanitaria*, Mc Graw-Hill, Milano.

CAPO III

RAPPORTI PROFESSIONALI

ART. 12 – COOPERAZIONE E COLLABORAZIONE
L'infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori.
Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

Cooperazione e **collaborazione** intesi quali *comportamenti professionali e tecnici necessari e/o indispensabili per lo sviluppo di una azione volta al raggiungimento di un fine comune*, indicano la prospettiva dell'impatto dell'articolo nel processo assistenziale e nel percorso di cura. All'intima convinzione che debbano essere sostenute sia la cooperazione, sia la collaborazione, deve seguire un atteggiamento identificativo ugualmente consapevole.
È, infatti, il **comportamento** la chiave di volta per identificare il livello di coinvolgimento proattivo dell'infermiere nell'ingranaggio dell'équipe assistenziale o team che dir si voglia, dove ad una azione pur autonoma devono corrispondere una o più azioni coordinate, all'esito delle quali il risultato atteso e perseguito non può che essere un risultato condiviso, pur mantenendo distinte le individualità professionali.
Il concetto di cooperazione rappresenta, quindi, la partecipazione attiva con gli altri professionisti per prestare alle persone un'assistenza di qualità che, attraverso le competenze dei professionisti e la relazione di aiuto, risponda ai bisogni delle persone[48].
È connaturata in questo concetto la **centralità della persona assistita** e dei bisogni da essa espressi tanto che il professionista sente come dovere quello di lavorare con altri con l'unico e condiviso fine di rispondere a un bisogno poiché questo è il focus del mandato e la motivazione dell'agito**;** per fare proprio questo concetto è necessario avere una capacità di analisi e lettura della persona e dei bisogni e conoscenze approfondite per rispondervi e attivare la rete quando ritenuto utile.

Il secondo periodo dell'articolo indica con nettezza come con la reciproca consapevolezza dei rispettivi ruoli professionali si possa giungere a lavorare insieme non sul singolo atto o competenza, ma su ogni parte del processo assistenziale – volto a raggiungere l'obiettivo da cui conseguono le scelte e le linee da perseguire.

Viviamo un tempo in cui, forse mai come ora, i rapporti professionali, interprofessionali e trans-professionali diventano un fattore fondamentale ed ineludibile per lo sviluppo di modelli organizzativi efficaci, efficienti e adeguati allo sviluppo di tutte le professioni sanitarie.
La sfida, già in essere, che ci viene lanciata dal cambiamento della mappa socio-economica delle nostre comunità, porta quotidianamente a riflettere sul disegno di sistemi salute sostenibili, ma ben tarati sulle mutevoli condizioni dei bisogni di salute di una popolazione italiana che invecchia, che vuole, giustamente, vivere a casa propria la condizione di patologia cronica, di terminalità.

Abbiamo vissuto l'epoca del grande sviluppo normativo della Professione e stiamo tuttora continuando a ragionare su percorsi forse non del tutto metabolizzati, anche da altre famiglie professionali.
Viviamo un'epoca di riflessione sui confini, normativamente ben tracciati, ma non per questo rigidi e definiti, del campo materiale di esercizio delle professioni sanitarie (tutte) e dove c'è il perimetro di esercizio, lì si trova l'autonomia e la connessa responsabilità del Professionista.

[48] Fry T.-Johnston M. (2004), *Etica per la professione infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.

Rapporti con altre professioni sanitarie a volte difficili, a tratti conflittuali, in difesa di giardinetti di competenze dai contorni sfumati, necessariamente da ridefinire per l'aumento della complessità dei bisogni di salute delle Persone, unitamente in una congiuntura economica.

Sinergia è la parola chiave con cui affrontare la sfida che la contemporaneità ci impone, sinergia di intenti, ma anche di conoscenza e rispetto della reciprocità professionale, del valore aggiunto, di gran lunga superiore alla somma dei fattori, che l'interazione professionale porta in sé. **Per il Cittadino**. **Per i Professionisti**. **Per il Sistema**.

ART. 13 – AGIRE COMPETENTE, CONSULENZA E CONDIVISIONE DELLE INFORMAZIONI
L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti.
Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni.
Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti.

Questo articolo richiama fortemente più principi, tutti legati all'onestà intellettuale e molto legati all'articolo 1 con riferimento specifico alle caratteristiche di consapevolezza, autonomia e responsabilità attribuite al professionista, che caratterizzano l'infermiere anche nell'autovalutazione rispetto alla competenze possedute. L'analisi effettuata può portare alla consapevolezza di dover richiedere consulenza o di mettere a disposizione i saperi a favore di altri, sempre con l'unico fine di erogare assistenza sicura.

L'identificazione e valorizzazione delle proprie e delle altrui conoscenze e competenze è alla base del riconoscimento, innanzitutto interno alla professione ed esterno poi, che ci rende punto di riferimento professionale, organizzativo e potenzialmente contrattuale: gli ambulatori a gestione infermieristica inerenti le lesioni difficili, la stomaterapia, la diabetologia sono esempi di consulenza inter e intra professionale.

Il passato per capire il futuro

Il D.P.R. n. 225/1974, il cosiddetto "mansionario dell'Infermiere" ha rappresentato, per quei tempi, una norma decisamente avanzata, che proiettava l'Infermiere in una dimensione europea *ante litteram*, nel periodo della ratifica degli accordi di Strasburgo[49]. Il mansionario, però, scolpiva ulteriormente su pietra anche la subordinazione professionale (ausiliarietà) alla professione medica.
Come è noto, l'Infermiere da ormai 25 anni si forma in ambito universitario e da oltre una decina d'anni ha completato il percorso accademico con l'istituzione dei dottorati di ricerca. La normativa nazionale si è adeguata nel tempo allo status accademico con disposizioni che hanno sancito quanto ottenuto dall'evoluzione professionale.
Meno chiaro ai "non addetti diretti ai lavori" è il campo disciplinare dell'Infermiere contemporaneo, purtroppo spesso ancora legato a stereotipi di subalternità o all'ideologia "del fare". In realtà la normativa identifica inequivocabilmente un professionista autonomo, indipendente e direttamente responsabile dell'assistenza infermieristica, di cui è titolare.

[49]Accordo europeo di Strasburgo del 25 ottobre 1967, ratificato dall'Italia con la legge 15 novembre 1973, n. 795.

Nell'operatività, l'Infermiere si identifica con un professionista sanitario che si occupa di analizzare e rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica della persona e della famiglia per tutto l'arco della vita; pertanto questa importante peculiarità che evidenzia un percorso estremamente vario ed esteso richiama la possibilità di "costruire" nuove competenze professionali, a fronte di percorsi formativi, e nel rispetto della normativa e della deontologia professionale.
Per questi motivi il campo disciplinare infermieristico contemporaneo (come evidenziato dalla L. 42/1999, che ha determinato l'abolizione del cosiddetto "mansionario") è composto da:

- ✓ **Profilo professionale dell'infermiere** (D.M. 739/94);
- ✓ **Codice deontologico (FNOPI 2019)**;
- ✓ **Ordinamento didattico** (formazione di base) e formazione post-base.

"*fatte salve le competenze previste per le professioni mediche e per le altre professioni del ruolo sanitario per l'accesso alle quali è richiesto il possesso del diploma di laurea, nel rispetto reciproco delle specifiche competenze professionali*"[50].

Si imponeva, dunque, già nel 1999, l'esigenza di rivedere e ri-definire i profili di pertinenza professionale, in un quadro di azione delle professioni stesse radicalmente mutato, come ci ricorda la Corte di Cassazione in varie pronunce conseguenti al suddetto dettato normativo:

- ✓ "*Davanti a un comportamento negligente del capo équipe, il sanitario deve manifestare le proprie osservazioni e il proprio motivato dissenso per non essere coinvolto nelle responsabilità penali e disciplinari. Il sanitario non deve ciecamente eseguire le direttive del superiore, ma a fronte di scelte improprie, deve esternare le diverse valutazioni con la perizia e diligenza richieste in relazione alla posizione che ricopre*[51]*";*
- ✓ *"Non c'è rapporto di subordinazione incondizionata tra un responsabile e i suoi collaboratori, avendo diritto ciascun sanitario dell'équipe ad esprimere opzioni diverse. In caso di condivisione delle scelte, tutti sono responsabili, con analisi delle singole posizioni, delle relative conseguenze"*[52].

Al di là delle varie interpretazioni date, anche rispetto alla legge n. 42/1999, riflessioni condivise portano a riconoscere che un'attività può essere "esclusivamente" medica in quanto direttamente attribuita dall'ordinamento giuridico al medico (es. la diagnosi e la prescrizione farmacologica) mentre per altre attività, è necessario capire se le attività mediche siano solo ed esclusivamente quelle "di peculiare specializzazione" oppure siano anche quelle.

Di pari rango è il ragionamento, cardine dell'azione politica della FNOPI, rispetto alle **competenze esclusive dell'Infermiere** e degli ambiti di azione dove il **s**istema salute trova l'**infungibilità del ruolo infermieristico** in chiave di competenze esclusive e avanzate, come affermato dalla attuale Presidente: "*in analogia con altri professionisti della salute, si tratta di riconoscere all'infermiere specialista il suo ruolo, le sue capacità e le sue funzioni all'interno dei meccanismi – ospedale e territorio – dell'assistenza*".
Gli infermieri sono spesso risorse utili al sistema per la loro trasversalità professionale ma proprio questo approccio, in questa fase di blocco del *turnover*, sta facendo perdere lo sviluppo di competenze specialistiche a svantaggio della popolazione assistita.
L'infungibilità legata alla specializzazione infermieristica parte dalla necessità di un coordinamento trasversale dell'assistenza che richiede nuovi ruoli, già individuati nelle aree specialistiche descritte nella bozza di accordo Stato-Regioni a cui si faceva prima riferimento.
Sono necessarie e prevedibili figure di infermiere con perfezionamento clinico e nel

[50] L. n. 42/1999, art. 1, comma 2.
[51] Cassazione, IV sez. penale, sentenza n. 4013/2004.
[52] Cassazione, IV sez.penale, sentenza n. 226/2003.

management, formato a vari livelli e in grado di orientare, governare sia i processi assistenziali tipici di una certa area clinica, sia le competenze professionali necessarie per realizzarli.
Ovviamente per chi non seguirà questo tipo di percorsi, come accade per le altre professioni dove non esiste necessità di più figure opportunamente specializzate, c'è sempre l'infermiere con competenze fondamentali, che svolge il lavoro finora impropriamente svolto da tutti gli infermieri senza alcuna distinzione[53]".

Sul consenso/dissenso informato

Di particolare interesse è il tema del consenso informato, quantomeno per le importanti innovazioni introdotte dalla legge n. 219/2017 e dall'ampia produzione giurisprudenziale che ne è derivata.
Troppo spesso si è, purtroppo, assistito alla superficiale ratifica dell'atto di consenso (informato?), con la celere apposizione di una firma su un altrettanto celere foglio di passaggio, spesso mal fotocopiato, a volte poco leggibile, accompagnato da scarni monologhi di sanitari distratti, con l'evidente sensazione della cantilena ripetuta.
E per "sanitari" è corretto allargare decisamente l'ambito a tutti i professionisti sanitari, con lo stesso spirito richiamato dalla sentenza della Cassazione penale, sezione IV, n. 447/2000: "*Gli operatori sanitari sono tutti, ex lege, portatori di una posizione di garanzia nei confronti dei pazienti (…) posizione che va sotto il nome di posizione di protezione, la quale è contrassegnata dal dovere giuridico incombente al soggetto di provvedere alla tutela di un certo bene giuridico contro qualsiasi pericolo atto a minacciarne l'integrità*".
La Suprema Corte ci indicava una strada illuminata, figlia della legge n. 42/1999: la complessità dell'ambito sanitario è talmente elevata e la "posta in gioco" (la salute della persona) è talmente importante che l'ambito generale della responsabilità è orizzontale.

Tutti concorriamo alla tutela del bene, costituzionalmente garantito. Sotto questo aspetto, scrivono in maniera estremamente precisa e motivata Luca Benci e Daniele Rodriguez[54]: "*La relazione di cura non riguarda esclusivamente il medico, ma è estesa alla équipe sanitaria comprendente i vari professionisti sanitari. Conseguentemente, i professionisti sanitari partecipano a tutte le attività che contribuiscono a realizzare la relazione di cura e che si basano sul "consenso informato", vale a dire sul conferimento dell'informazione e sulla raccolta del consenso*".

Rispetto alla superficialità, che in termini di responsabilità professionale spesso configura negligenza, della raccolta del consenso informato si è espressa numerose volte la Cassazione, di cui qui si riportano solo alcune recenti pronunce:

- ✓ Cassazione civile, sezione III, sentenza n. 23328/2019: "*il consenso non può considerarsi informato e quindi è nullo, quando il paziente firma un modulo prestampato. Servono spiegazioni dettagliate e non format generici sui rischi dell'operazione.*
  Rispetto all'onere della prova: non è la persona assistita a dover provare che non si sarebbe sottoposto all'intervento riparatorio, qualora fosse stato adeguatamente informato[55]*. Interessante, in questa pronuncia, il rapporto tra consenso e dissenso informato*".
- ✓ Cassazione civile, sezione III, sentenza n. 16892/2019: "*nei giudizi di responsabilità*

[53] https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infungibilita-delle-specializzazioni-infermieristiche/.
[54] Quotidiano Sanità, 20/12/2019 - http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=79919.
[55] "Il paziente ha la legittima pretesa di conoscere con la necessaria e ragionevole precisione le conseguenze dell'intervento medico, onde prepararsi ad affrontarle con maggiore e migliore consapevolezza, atteso che la nostra Costituzione sancisce il rispetto della persona umana in qualsiasi momento della sua vita e nell'integralità della sua essenza psicofisica, in considerazione del fascio di convinzioni morali, religiose, culturali e filosofiche che orientano le sue determinazioni volitive".

sanitaria, occorre considerare sempre che la mancata acquisizione del consenso e l'errore della prestazione costituiscono due aspetti ben distinti, che non possono essere considerati complessivamente.
Tale distinzione, in termini pratici, comporta che il risarcimento spettante alla persona assistita, che non abbia rilasciato il proprio consenso ad una prestazione che, poi, non sia neanche stata eseguita correttamente, è doppio: uno per l'errata esecuzione della prestazione del sanitario e un altro, ulteriore e autonomo, per l'omesso consenso informato."

- ✓ Cassazione civile, sezione III, sentenza n. 32124/2019: *"il consenso non può mai essere presunto o tacito, ma deve essere sempre fornito dal paziente espressamente e dopo aver ricevuto un'informazione adeguata e anch'essa esplicita. L'obbligo di fornire un valido ed esaustivo consenso informato al paziente non è adempiuto né quando non venga riferito nulla circa la natura della cura prospettata, i relativi rischi e le modalità di successo, né quando il consenso sia acquisito ma con modalità improprie. Ad esempio, non è sufficiente la sottoscrizione di un modulo del tutto generico."*

ART. 14 – POSIZIONE DI PROTEZIONE
L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.

In premessa deve essere sottolineato che il **dovere di protezione** è un caposaldo deontologico irrinunciabile, di cui l'infermiere si assume in modo consapevole e convinto la responsabilità.
L'articolo ci rimanda, in maniera importante, al tema dell'**advocacy**, in riferimento alla relazione infermiere paziente secondo la nota affermazione di Curtin, che descrisse l'advocacy come il fondamento filosofico della relazione infermiere paziente e che affermava: "*il fine ultimo del nursing è il benessere degli altri esseri umani*"[56].
In quest'ottica l'advocacy alla quale ci richiama l'articolo del Codice si ribalta nelle mani dell'Infermiere anche nei confronti di altri sanitari, siano essi infermieri o appartenenti ad altre professioni sanitarie, che hanno necessità, allo stesso modo, di essere protetti a loro volta. Si potrebbe definire la "posizione di protezione", richiamata dall'articolo, il fondamento stesso dell'Assistenza Infermieristica, inteso in senso estensivo e rivolto all'ambito clinico, ma anche a quello organizzativo e politico.
Si tratta di un articolo completamente nuovo rispetto alla precedente versione del Codice che detta un nuovo dovere deontologico, posto a tutela non solo della persona assistita, ma anche del professionista o operatore sanitario che si trova nella situazione sopra descritta, nonché dell'intera professione interessata.

ART. 15 – INFORMAZIONI SULLO STATO DI SALUTE
L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate. Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.

[56] Stievano A. (2004), *L'infermiere etico garante della funzione di* advocacy *verso il paziente in posizione di svantaggio sociale*, Infermiere Oggi, p. 9

"*Ci guardiamo bene dall'ingoiare qualsiasi pillola che ci venga offerta: richiediamo prove di efficacia. Qualcosa di analogo dobbiamo mettere in campo per quanto riguarda le parole pronunciate nel percorso di cura*".
Così Spinsanti definisce nel suo testo "La cura con parole oneste"[57] le caratteristiche della relazione **tra curante e curato**, caratteristiche che il professionista infermiere fa proprie nell'incontro con la persona assistita, consapevole che il rapporto di fiducia passa attraverso una **relazione onesta**.
E a proposito di relazione e rapporto di fiducia, è del tutto evidente la rilevanza del pur indiretto richiamo al profilo professionale infermieristico D.M. n. 739/94 lettera d) quando si declina che "*l'infermiere garantisce la corretta applicazione delle procedure diagnostico-terapeutiche*", anch'esse fonte di informazioni che devono essere rese adeguate, pertinenti e rispondenti alla pratica, alla scienza e alla competenza.

Questa norma deontologica deve essere collegata, dal punto di vista normativo, con la legge n. 219/2017, quantomeno nella parte specifica[58] che riguarda sia la riconosciuta autonomia in linea generale della persona assistita nelle scelte di cura, sia le Disposizioni Anticipate di Trattamento (D.A.T.), ovvero la predisposizione attraverso al quale ogni soggetto, che sia maggiorenne e capace di intendere e di volere, possa redigere delle disposizioni, che dovranno applicarsi nell'eventualità di una sua futura incapacità di autodeterminazione.
Con tali disposizioni la persona esprima ora per allora le proprie volontà indicando i trattamenti sanitari e gli accertamenti diagnostici che egli acconsente o rifiuta che possano essere eseguiti sulla sua persona qualora si verificasse la sua futura incapacità di autodeterminazione.
Questa affermazione, sacrosanta, di diritto, viene ben delineata con lo strumento della "pianificazione condivisa delle cure"[59], che riporta nelle mani della persona assistita la potestà di aderire o meno alle proposte di cura.
Chiaramente il principio si lega in modo stringente all'istituto del consenso/dissenso informato, per il quale si rimanda alla disanima dell'art. 13 – Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni.
L'articolo del Codice richiama correttamente anche l'ipotesi che la persona assistita abbia indicato una persona di riferimento, in sua vece, per disporre delle informazioni sanitarie atte alla presa di decisioni consapevole in tema di salute.

Prima della promulgazione della legge n. 219/2017 il tema giuridico era spesso confuso, anche dagli stessi "addetti ai lavori", in quanto erronea prassi consolidata era riferirsi ai familiari più prossimi per ottenere il consenso alla pratica sanitaria, spesso indipendentemente dalla capacità di autodeterminazione della persona assistita, soprattutto nell'ambito delle diagnosi infauste.
Deve essere evidenziato che la legge n. 219/2017 istituisce una nuova figura di riferimento, specificatamente deputata in ambito sanitario alla tutela della volontà della persona divenuta incapace: il fiduciario.
La scelta del fiduciario, diversamente dagli altri istituti in precedenza contemplati, è rimessa completamente alla volontà del disponente ed il fiduciario agisce, legittimato, esclusivamente nel rispetto delle D.A.T. della persona assistita.
Nell'ottica della pianificazione condivisa delle cure, quindi, i sanitari sono tenuti al rispetto delle D.A.T., le quali possono anche essere disattese, in tutto o in parte, in accordo con il fiduciario qualora: appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione

[57] Spinsanti S. (2019), *La cura con parole oneste. Ascolto e trasparenza nella conversazione clinica*, Roma, Pensiero scientifico editore
[58] Art. 4.
[59] Art. 5.

clinica attuale del paziente oppure, sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. L'efficacia delle D.A.T. è vincolante e in caso di conflitto tra il fiduciario e il medico, la decisione è rimessa direttamente al giudice tutelare.

ART. 16 – INTERAZIONE E INTEGRAZIONE

L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Mettere al centro le richieste della persona è il modo più adeguato per ribadire che il percorso di cura e del processo assistenziale (da cui discendono scelte e linee da perseguire in équipe), si realizza con l'accettazione delle diverse competenze che sono alla base della migliore risposta alla domanda di salute, cura e assistenza in modo da raggiungere il fine comune del mandato interprofessionale: la persona e il suo benessere, appunto.

La contemporanea complessità del sistema salute, i nuovi bisogni di salute della popolazione, in un quadro epidemiologico e sociale in deciso mutamento, non possono che indirizzare sempre più l'organizzazione verso una necessaria sinergia delle varie professioni sanitarie coinvolte nelle prestazioni di cura e assistenza.

Devono essere richiamate in questa sede le osservazioni contenute nel commento del precedente art. 12 – Cooperazione e collaborazione – che tratta un tema collegato a quello oggetto di questa norma deontologica.

Riferimenti normativi e giurisprudenziali

Legge 22 dicembre 2017, n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.
Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*.
D.M 14 settembre 1994, n. 739, *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*.
Accordo europeo di Strasburgo del 25 ottobre 1967, ratificato dall'Italia con la Legge 15 novembre 1973 n. 795, *Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere*.

Riferimenti bibliografici

FNOPI, https://www.fnopi.it/aree-tematiche/infungibilita-delle-specializzazioni-infermieristiche.
Fry T., Johnston M. (2004) *Etica per la professione infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
Quotidiano Sanità, 20/12/2019 http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=79919.
Spinsanti S. (2019). *La cura con parole oneste. Ascolto e trasparenza nella conversazione clinica.* Roma: Pensiero scientifico editore.
Stievano A, (2004), *L'infermiere etico garante della funzione di advocacy verso il paziente in posizione di svantaggio sociale*, Infermiere Oggi.

CAPO IV

RAPPORTI CON LE PERSONE ASSISTITE

Il **rispetto** è l'elemento costitutivo del rapporto tra l'Infermiere e la persona. Vi è rispetto quando si "riconosce" l'altro, i suoi diritti, silenzi, stati emotivi; le sue volontà, sensazioni, paure, e quelli dei suoi cari. Solo attraverso questo rispetto può nascere la **fiducia** nel rapporto, che è uno dei fattori di qualità della dinamica infermiere-persona.

Questo è il **tratto identitario** della professione infermieristica, ciò che la distingue, agli occhi dei pazienti e non solo, dalle altre professioni e che l'ha portata ad essere molto apprezzata dalle comunità.
Questa competenza deve avere la stessa dignità delle molte altre competenze che identificano il "**nuovo infermiere".** Potremmo dire che è quella **competenza propedeutica a tutte le altre**. È quell'elemento che non deve mai essere sacrificato nell'esercizio quotidiano della professione, per nessun motivo. La cura che l'infermiere garantisce si compone anche della relazione improntata su rispetto e fiducia. **Il tempo di relazione è tempo di cura**, sempre, in ogni momento della vita.

ART. 17 – RAPPORTO CON LA PERSONA ASSISTITA NEL PERCORSO DI CURA
Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza.
L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

Ogni persona nella vita incontra la sofferenza in sé o negli altri e in forme svariate, malattia fisica, disturbi psichici, lutto.
Per quanto spiacevole e indesiderabile la sofferenza, con la sua universalità, dice qualcosa di importante sull'umano, sull'uomo. L'accettazione della sofferenza è anche un aiuto al processo di maturazione perché rappresenta una conquista della libertà interiore dalla dipendenza esteriore.
Un'antropologia della sofferenza non può che realizzarsi nella dimensione relazionale dell'uomo, qualsiasi uomo, indipendentemente dalla sua condizione sociale, economica, culturale. Chi soffre chiede innanzitutto di essere creduto e credere nella sofferenza fisica o morale di un altro non è sempre facile e immediato.
Essere creduto nella sofferenza costituisce la porta per essere compreso e attraverso la comprensione si può dispiegare la possibilità di instaurare un rapporto di fiducia che consenta di essere aiutato. È fondamentale per l'Infermiere diventare esperto e capace nell'aiutare l'altro attraverso **gesti** concreti quotidiani **di vicinanza** che consentano di rielaborare la sofferenza attraverso la premura, l'ascolto, l'attenzione.
È inoltre necessario farsi carico anche del contesto di riferimento della persona assistita, che può costituire una risorsa importante per l'adesione al percorso di cura. La medicina e le organizzazioni sanitarie in genere, si sono sviluppate verso il curare inteso sempre più come trattamento della malattia (*to cure*) in una ricerca sempre più esasperata di tecnologie e di risultati, trascurando la persona come essere soggettivo e unico.

La persona, che è unica e ha un suo autonomo percorso individuale di sviluppo, interagisce in modo dinamico col suo ambiente sociale e naturale; la *salute* diventa pertanto una condizione di equilibrio funzionale e psichico che la persona riesce a realizzare con se stessa e con l'ambiente dove si trova e pertanto non è scandita solo dai termini biologici, ma anche dalle emozioni, dai sentimenti, dalle percezioni e dai comportamenti, dal suo modo di vivere, dallo svolgimento di quelle attività che permettono di mantenersi in vita e di svilupparsi.

La persona, considerata nella sua soggettività e nella sua totalità, ha bisogno, oltre che del trattamento della malattia, ambito della medicina, di tutte quelle cure abituali – le attività di vita quotidiane – che assicurano il mantenimento e lo sviluppo della vita, perché rivolte ai suoi problemi e ai suoi bisogni, e che sono definite con il termine *to care*, il **prendersi cura**.
Nelle professioni di cura ed in particolare in quella Infermieristica, si incontrano quotidianamente volti di persone che domandano risposta ad un loro problema di salute. *ll processo assistenziale ha inizio da un incontro tra due o più persone delle quali ognuna ha in mano degli elementi del processo. Questo processo si colloca all'incrocio di un sistema di scambio che ha origine da fonti diverse e complementari e che si propone di determinare la natura delle cure da prodigare, la ragione di queste cure, ciò che esse vogliono ottenere e i mezzi necessari ad assicurarle.* Qualunque situazione assistenziale costituisce una situazione antropologica, cioè qualcosa che riguarda l'uomo inserito nel proprio ambiente, intessuto di tutti i tipi di legami simbolici.
Sono gli utenti delle cure e le loro famiglie che detengono, per Marie Collière, gli elementi fondamentali della situazione; essi costituiscono la prima fonte della conoscenza, non solo per quello che dicono di sé stessi, ma per tutto ciò che è possibile captare da quello che essi lasciano trasparire attraverso il linguaggio del corpo, dello sguardo, del viso, dell'atteggiamento e dell'ambiente circostante.

Nel rapporto infermiere persona assistita viene attribuito un importante valore al concetto etico di *caring* e i comportamenti orientati al *caring* sono spesso considerati fondamentali per il ruolo dell'infermiere. Il *caring* è in relazione diretta con la salute dell'uomo quando dichiara:
"La testimonianza antropologica della lunga sopravvivenza della specie umana induce a soffermarci per considerare il ruolo dell'attenzione verso gli altri (care) nell'evoluzione dell'umanità. Molteplici e differenti contesti ecologici, culturali sociali e politici hanno influenzato il prendersi cura (care) della salute dell'uomo e la sopravvivenza della specie. Si potrebbe speculare che le culture si sarebbero potute distruggere se le azioni umane di assistenza non avessero ridotto le tensioni e i conflitti interculturali e protetto quindi gli uomini" (M. Leininger, 1984).
Tutte le culture e le comunità mettono in pratica comportamenti improntati al *caring* che favoriscono la limitazione delle tensioni e dei conflitti fra culture differenti. Tali comportamenti proteggono quindi la sopravvivenza dell'uomo.
Il *caring* può essere definito come una forma di coinvolgimento con gli altri che crea un interesse in merito a come le altre persone avvertono il mondo che le circonda[60]. Tutto questo richiede sensibilità, capacità di relazione e coinvolgimento così come capacità di dare assistenza, conoscenze e abilità[61].
Primariamente il *caring* esprime uno stato naturale dell'esistenza condiviso da ogni essere umano: esso rappresenta la modalità principale attraverso la quale gli individui si rapportano al proprio mondo e agli altri. Come impulso naturale della natura umana, il *caring* è un sentimento e un modo di comportarsi che può a ragione, essere inteso come universale per la specie umana. Questo è il tipo di *caring* che comunemente si osserva tra madre e figlio.
Il *caring* spesso è una condizione antecedente o una premessa all'avere cura di altri individui. Un individuo deve aver sperimentato il *caring* prima di aver cura di qualcosa o di qualcun altro.
Un altro aspetto riguardante il *caring* lo identifica con ideali sociali e morali quali il bisogno dell'uomo di esser protetto dalle avversità oppure il bisogno d'amore.
La pratica dell'assistenza infermieristica è legata a questi ideali sociali e morali poiché il *caring* prende forma nel contesto dell'assistenza sanitaria che provvede alle necessità della comunità.

[60] Benner P., Wrubel J. (1989), *The primacy of caring*. Menlo Pak, California, Addison Wesley.
[61] Benner P., Gordon S. (1996), *Caring practice* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Esso diviene quindi un dovere etico e non semplicemente un tipo di comportamento umano. Poiché è un obbligo etico, la sua significatività viene sempre interpretata in termini di particolari doveri reciproci in un determinato contesto.

ART. 18 – DOLORE
L'infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura.
Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto della volontà del paziente.

Il dolore è un sintomo con cui gli infermieri si confrontano ogni giorno in qualsiasi setting assistenziale. Il **dolore**, che coinvolge la persona assistita, spesso, da sintomo, si trasforma in vera e propria malattia.
L'esperienza di dolore dovrebbe essere sempre identificata e interpretata come **sofferenza globale**. Infatti gli infermieri conoscono bene quanto il dolore possa coinvolgere ed influenzare negativamente il soddisfacimento dei bisogni di una persona, la sua autonomia, il vissuto della malattia, i rapporti e le relazioni con gli altri, il proprio stato emotivo, la propria qualità di vita.

Gli infermieri comprendono e gestiscono il dolore della persona che assistono nella sua complessità caratterizzata non solo dalla sua natura multidimensionale (quella fisica, prettamente nocicettiva, quella psicologica, sociale, emozionale e spirituale) ma anche dalle infinite modalità con cui queste stesse dimensioni influenzano l'esperienza della sofferenza globale percepita in maniera del tutto soggettiva ed individuale.

La complessità che caratterizza il dolore è spesso aggravata dall'incapacità delle persone assistite di distinguere esattamente quale componente sta causando dolore, perché tutto ciò che possono esprimere è che "stanno male". In queste situazioni gli infermieri si impegnano prima di tutto a riconoscere il dolore e la sofferenza come esperienza soggettiva, considerandola "tutto quello che una persona che lo prova dice che sia, esistendo ogni qualvolta si affermi che esista".
In questo articolo è dato risalto innanzitutto all'impegno degli infermieri nel prevenire ogni forma di dolore e sofferenza. Il dolore non è sempre e solo causato da una malattia o da un problema di salute. Spesso può essere provocato o peggiorato da interventi diagnostici, terapeutici e assistenziali, invasivi e non, che si effettuano quotidianamente con e sulle persone che si assistono in qualsiasi contesto di cura.
Il dolore così detto "procedurale", rappresenta un fenomeno frequente e spesso sottovalutato. È stato dimostrato che una delle più semplici procedure assistenziali quotidiane, come la mobilizzazione di persone allettate, è da considerare tra le manovre potenzialmente più dolorose. Tutti gli interventi assistenziali (rotazione nel letto, passaggio letto-carrozzina, cure igieniche, medicazioni ecc.) che vengono effettuati quotidianamente, anche più volte nella giornata, con la finalità di arrecare benessere al paziente sono da considerare come vere e proprie procedure potenzialmente in grado di indurre dolore. Per questo motivo gli infermieri hanno il dovere di seguire sempre le raccomandazioni sulla prevenzione e gestione del dolore procedurale dando importanza e priorità a tutti quegli interventi farmacologici e non che possono essere effettuati prima, durante e subito dopo le procedure a cui vengono sottoposti i pazienti.
Uno dei principali ostacoli alla gestione ottimale del dolore è una sua valutazione spesso superficiale ed inadeguata. Affinché gli infermieri possano prendersi cura della persona con dolore è necessario che sappiano e possano essere sempre messi nelle condizioni idonee per valutare attentamente tutti i fattori che contribuiscono all'esperienza di dolore dei propri assistiti, non soltanto limitarsi alla misurazione della dimensione fisica da cui origina il sintomo.

L'articolo 7 della legge n. 38/2010 richiama tutti i professionisti della salute, in primo luogo gli infermieri, al dovere di riportare le caratteristiche del dolore rilevato e la registrazione del suo decorso, come pure la tecnica antidolorifica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato analgesico conseguito. Un obbligo che va applicato a tutti i pazienti, indipendentemente dalla patologia.

La scelta di strumenti validi e affidabili, condivisi con tutta l'equipe assistenziale ed in grado di rilevare, misurare e valutare in maniera completa e complessa il dolore è da considerare una tra le responsabilità infermieristiche più importanti nel documentare e nel gestire il dolore.
Sono richiamate nel presente articolo le **buone pratiche** rappresentate dagli interventi di varia natura basate sulle migliori evidenze disponibili e sulle linee guida più aggiornate. Nelle gestione del dolore le buone pratiche si riferiscono non solo ad una valutazione completa e corretta del dolore ma anche a tutti quegli interventi di natura farmacologica e non, invasivi e non che la letteratura ha evidenziato come efficaci nel contribuire ad alleviare il dolore e a diminuire e migliorare la sofferenza della persona assistita.

Ne consegue che il personale infermieristico debba sviluppare capacità di gestire in modo adeguato e sicuro farmaci, terapie e dispositivi medici per il dolore **c**onoscendone i principi di azione, le indicazioni, le controindicazioni, le interazioni e gli effetti collaterali. In considerazione del fatto che agli infermieri è richiesto di alleviare la sofferenza nella sua globalità che comprende la dimensione fisica, psicosociale e spirituale, la conoscenza, la comprensione e l'utilizzo di strategie non farmacologiche per il controllo del dolore assumo un ruolo di paritaria importanza.

ART. 19 – CONFIDENZIALITÀ E RISERVATEZZA
L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura.
Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

Il **diritto alla riservatezza** è normato e regolamentato. Nel nostro ordinamento giuridico non è recepito il termine – di uso comune - *privacy*, si fa piuttosto riferimento al concetto di diritto "alla riservatezza" e al "trattamento di dati/dati sensibili".
Il concetto di riservatezza è deducibile da diversi articoli della Costituzione italiana: articolo 2 (diritti inviolabili dell'uomo), articolo 13 (divieto di ispezioni o perquisizioni personali senza ordine giudiziario), articolo 14 (inviolabilità del domicilio), articolo15 (libertà e segretezza della corrispondenza e comunicazione).
La differenza tra segreto professionale e diritto alla riservatezza sta nel fatto che il segreto professionale è l'obbligo di non rivelare le informazioni apprese all'interno del rapporto fiduciario; il diritto alla riservatezza è l'obbligo di non rivelare ma anche l'obbligo di proteggere i dati.
L'approvazione del G.D.P.R. (General Data Protection Regulation dell'Unione Europea) ha senz'altro contribuito a richiamare l'attenzione dei professionisti sanitari sui temi della riservatezza e della protezione dei dati che è strettamente connesso ai profili della sicurezza nelle cure e della dignità della persona assistita.
Eventuali carenze nella sicurezza dei dati personali possono avere effetti deleteri nei processi di erogazione dei trattamenti assistenziali e rappresentare quindi causa di errori e disfunzioni tanto più gravi quanto più incidono su aspetti qualificanti dell'esistenza individuale (come la nascita, la morte, la genitorialità).
Il trattamento dei dati personali per finalità di cura può interferire con la dignità individuale che va sempre salvaguardata e preservata, in particolare per persone sottoposte a trattamenti di cura

invasivi, a quelle affette da patologie o infezioni gravi, alle persone che hanno subito atti di violenza sessuale. Però, anche persone comuni che stazionano in una sala d'attesa hanno il diritto di non essere chiamate per nome e cognome con enunciazione di relativa patologia o prestazione al quale devono sottoporsi.
Il G.D.P.R., pur non avendo stravolto la disciplina della protezione dei dati personali in ambito sanitario, ha tuttavia dettato alcune significative innovazioni.
La necessità della sua emanazione è derivata dalla progressiva evoluzione del concetto comunemente definito della **privacy** alla luce dei continui mutamenti indotti dal progresso tecnologico ed informatico. IL G.D.P.R. si applica direttamente negli Stati membri dell'Unione, i quali sono intervenuti con atti normativi interni per abrogare eventuali norme nazionali in contrasto con la nuova disciplina ed integrare alcuni aspetti che sono stati lasciati alla discrezionalità del legislatore statale. Nel nostro Paese, il 10 agosto 2018 è stato approvato il decreto legislativo n. 101/2018, che è entrato in vigore il 19 settembre 2018 e non ha abrogato il cosiddetto Codice della privacy (decreto legislativo n. 196/2003), limitandosi a modificarlo per armonizzare la normativa nazionale alle nuove disposizioni europee
Tra le maggiori novità introdotte dal Regolamento deve essere segnalato l'obbligo di tenere i registri delle attività di trattamento, deputati a contenere tutte le informazioni relative ai trattamenti dei dati personali svolti dai titolari o, per loro conto, dai responsabili del trattamento.
Altra novità di rilievo è l'introduzione della figura del Responsabile per la protezione dei dati (R.D.P.) o Data Protection Officer (D.P.O.). Si tratta del soggetto che ha il compito di supervisionare e agevolare l'osservanza della disciplina sulla protezione dei dati personali.
La sua nomina è obbligatoria per tutte le Aziende sanitarie pubbliche appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale e per le strutture private che effettuino il trattamento di dati personali su larga scala; non è, invece, obbligatoria per i singoli professionisti sanitari che operino in regime di libera professione a titolo individuale.
I dati relativi alla salute assieme ai dati genetici e biometrici, sono espressamente inclusi nel novero dei dati particolari rispetto ai quali sono apprestate specifiche tutele e stringenti limiti di trattamento. Il trattamento dei dati sanitari è considerato lecito se avviene per finalità di medicina preventiva, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale, ovvero gestione dei servizi sanitari o sociali (finalità di cura); per motivi di interesse pubblico nel settore della sanità pubblica, quali la protezione da gravi minacce per la salute a carattere transfrontaliero o la garanzia di parametri elevati di qualità e sicurezza dell'assistenza sanitaria e dei medicinali e dei dispositivi medici; a fini di archiviazione nel pubblico interesse, di ricerca scientifica o storica o a fini statistici.
In tutti gli altri casi, il trattamento dei dati sanitari postula il consenso dell'interessato, preceduto da idonea informativa. Tra le informazioni che devono essere fornite all'interessato, merita di essere segnalato il tempo di conservazione dei dati sanitari (ad esempio, la normativa vigente prevede che le cartelle cliniche e i referti radiologici debbano essere conservati per sempre; le immagini radiologiche per dieci anni; i certificati di idoneità sportiva per cinque anni).
Per i professionisti sanitari (tenuti al segreto professionale) è novità che, diversamente dal passato, non deve essere più chiesto il consenso del paziente per i trattamenti necessari alla erogazione delle prestazioni sanitarie, purché si tratti di dati necessari alle "**finalità di cura**" previste dal G.D.P.R.
Il concetto di "cura" rimanda alla tutela della salute e dell'incolumità psico-fisica dei pazienti, la cui sicurezza è sancita anche dalla legge 8 marzo 2017, n. 24, più nota come "legge Gelli-Bianco". Dunque, la finalità di cura esiste ogni qualvolta un professionista sanitario faccia prevenzione, diagnosi, assistenza sanitaria o somministrazione di terapie. In senso più generale, la finalità di cura può anche comprendere la stessa gestione di un sistema sanitario pubblico nell'interesse della collettività.
Persegue una finalità di cura, ad esempio, l'infermiere che effettua la valutazione dei parametri vitali del paziente al momento dell'accesso in pronto soccorso (cd. "triage"); così anche il cardiologo che raccoglie l'anamnesi necessaria alla corretta refertazione di un

elettrocardiogramma; così ancora lo specialista che annota i dati biometrici del paziente in vista di un intervento di chirurgia plastica.
In senso ampio, persegue una finalità di cura anche il direttore sanitario di una struttura pubblica che procede all'archiviazione dei dati per scopi statistici o per studi finalizzati alla tutela della salute collettiva.
A fronte di un'articolata regolamentazione pubblicistica della materia, la norma del Codice deontologico intende affermare la tutela della riservatezza del paziente come parte della cura, garantita anche ma per profonda adesione dell'infermiere al diritto del paziente, in ogni situazione.

ART. 20 – RIFIUTO ALL'INFORMAZIONE
L'Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non voler essere informata sul proprio stato di salute.
Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l'Infermiere si adopera a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

Nel nostro Paese, il **diritto** della persona assistita **di essere autonoma** nelle scelte sanitarie ha iniziato ad essere riconosciuto solo dagli anni novanta.
Il diritto di **autodeterminazione** che ancora fatica ad essere rispettato rende indispensabile che la persona interessata sia a conoscenza di ciò che lo riguarda. Per molti anni e addirittura secoli, in medicina si credeva che la conoscenza della prognosi da parte del paziente fosse un elemento negativo per la guarigione e pertanto il curante comunicava praticamente solo con i parenti. Con l'introduzione di diverse norme riguardanti il consenso e soprattutto con una maggiore consapevolezza delle persone, ha preso il sopravvento il desiderio di conoscere l'esito delle cure, qualunque esse siano.
L'informazione data alla persona assistita con il suo consenso, è un dovere del sanitario la cui indebita omissione può comportare responsabilità sul piano deontologico e giuridico.

Non viene quasi mai tenuto in debita considerazione che per **comprendere** occorre avere una condizione difficilmente posseduta dalla maggioranza dei pazienti: una **conoscenza** scientifica specifica in medicina, una visione chiara della propria aspettativa di vita e della dignità che quella vita deve avere, un equilibrio ed un distacco nel valutare le proprie sventure che permetta di mantenere raziocinio e lucidità.

Molto spesso la forte asimmetria di conoscenze tra il curante ed il paziente non permettono una relazione bidirezionale e d'altronde, non è possibile attendere che questo dislivello si appiani perché si attenderebbe invano.

La **fiducia** costituisce l'elemento fondamentale nella relazione tra il curante ed il paziente, non è la comprensione dei trattamenti sanitari. Il complesso semantico nel quale originariamente si sviluppa la definizione dell'atteggiamento di fiducia ha a che fare con condizione, stato, protezione, verità.
La radice latina, che accoglie le tracce ebraico-greche, si condensa nella parola *fides*, che rimanda al sapere e alla sicurezza che ne deriva. Fiducia lega il singolo e la sua comunità alla divinità e alla verità. Con il passaggio dalla semantica sacrale (fiducia-affidamento) ai modi di vivere oggi nella società, la fiducia ha cominciato ad orientarsi e trovare fondamento nel rapporto relazionale.
La fiducia implica quindi impegno nella relazione; è un sentimento che si rinnova ad ogni incontro e rappresenta la base di un legame di attaccamento sicuro che conferisce credibilità e fedeltà alla relazione stessa.

Il concetto di fiducia è collegato con l'affidare a qualcuno qualcosa da custodire; ai professionisti della cura viene affidata la salute, agli infermieri in particolare una presa in carico globale dell'assistito con un'attenzione ai bisogni del paziente non solo fisici ma anche psicologici e spirituali; la fiducia è un sentimento in grado di conferire tonalità emotiva ad una relazione; la speranza, la paura, la tranquillità, prendono forma nella mente di colui che riceve cura proprio da atteggiamenti di fiducia, di disponibilità e apertura da parte di colui che si prende cura.

Jean Watson, teorica dell'infermieristica statunitense individua la fiducia fra i fattori generativi di una buona assistenza. Watson fonda il suo approccio teorico su dieci fattori caratteristici e ritiene che il problema maggiormente diffuso nella pratica infermieristica sia costituito dal fallimento generato nell'instaurare una relazione di aiuto e fiducia. In particolare, nel quarto fattore descritto nella sua enunciazione e titolato "*Lo sviluppo di una relazione di aiuto-fiducia*", fa riferimento alle evidenze empiriche che si riferiscono allo sviluppo di una relazione di aiuto-fiducia.

Il paziente che sente l'infermiere veramente interessato, preoccupato per lui, sarà più predisposto a parlare delle questioni legate alla sua sensibilità, ai suoi sentimenti, alle sue emozioni. Deve comunque essere rispettato il desiderio dello stesso di non essere informato; tuttavia, vi sono molte situazioni dove la malattia può determinare un livello di pericolosità per l'interessato e per la comunità che non può essere trascurato o omesso. Si pensi ad esempio a un paziente con TBC o HIV in fase attiva, oppure ad un paziente con AIDS ecc.
In questi casi lo sforzo da mettere in campo deve essere grandioso in quanto il paziente dovrà essere prima edotto e poi convinto ad assumere le condotte idonee al caso specifico. Nel gruppo di operatori che ruotano attorno alla persona deve essere presente un'ottima comunicazione e sensibilità nei confronti della persona che sta affrontando un momento molto importante della sua vita.

ART. 21 – STRATEGIE E MODALITÀ COMUNICATIVE
L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.

La capacità di essere accanto alla persona assistita secondo le effettive possibilità di comunicazione della persona stessa non costituisce un'abilità innata. Si pensi alle gravi compromissione di comunicazione dovute a traumi cerebrali, malattie neurodegenerative, disabilità di diverso genere. Fra le diverse competenze che l'Infermiere sviluppa durante il suo percorso formativo, l'**empatia** costituisce la via privilegiata di conoscenza e comprensione al mondo dell'altro. Ogni relazione umana contiene una componente di scambio emozionale il cui riconoscimento e la cui comprensione gettano le basi per lo sviluppo di un dialogo fiducioso e collaborativo. L'empatia facilita la percezione e la comprensione della personalità dell'interlocutore, il quale sente che le caratteristiche uniche e irripetibili del suo modo di essere vengono recepite e quindi valorizzate.
Acquisire consapevolezza delle proprie emozioni, sentimenti e convinzioni senza pregiudizi costituisce il primo momento per sviluppare atteggiamenti empatici. Se un Infermiere attraverso un atto empatico si spinge verso un paziente per comprenderne le necessità e i bisogni fortemente compromessi nell'espressività, l'assistito a sua volta va verso l'interiorità dell'infermiere per comprenderne l'autenticità dei gesti.

Sapere comprendere ed interpretare una molteplicità di linguaggi attraverso la porta dell'empatia consente di attivare nella professione infermieristica azioni di **empowerment** nei confronti delle persone assistite e del loro contesto. L'empowerment può essere definito come: "*un processo*

dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita (Nina Wallerstein, 2006)." Questa definizione contempla, oltre all'aspetto psicologico anche quello organizzativo e di comunità e questi tre livelli di analisi, sono strettamente interconnessi e interdipendenti:

1. L'empowerment psicologico scaturisce dalla combinazione di tre componenti:
   - ✓ Convinzione soggettiva di poter influire sulle decisioni che incidono sulla propria vita (componente intrapersonale);
   - ✓ Capacità di comprendere il proprio ambiente socio-politico (componente inter-personale);
   - ✓ Partecipazione ad attività collettive mirate a influenzare l'ambiente socio-politico (componente comportamentale).
2. L'empowerment organizzativo include i processi e le strutture organizzative che aumentano la partecipazione delle persone e migliorano l'efficacia dell'organizzazione nel raggiungere i propri scopi;
3. L'empowerment di comunità riguarda l'azione collettiva finalizzata a migliorare la qualità di vita e alle connessioni tra le organizzazioni e le agenzie presenti nella comunità.

L'empowerment inoltre è specifico rispetto alla cultura, alla società e alla popolazione e quindi richiede che ogni azione sia calata nel contesto locale.

Le persone che si trovano in condizioni svantaggiate possono ottenere un miglior accesso alle risorse e possono disporre di: **informazione**, ovvero la possibilità di conoscere le strategie necessarie per adattarsi all'ambiente e porre in atto cambiamenti e **organizzazione sociale**, ovvero un maggior coinvolgimento e partecipazione nel definire i problemi e prendere decisioni. La persona assistita che ha acquisito una maggior coscienza della propria situazione presente e dei possibili sviluppi vede così accrescere la propria autostima e autonomia, perché ha acquisito conoscenze e competenze volte a ridurre la necessità di aiuto, quindi la dipendenza da altri.
Aver acquisito fiducia e consapevolezza consente inoltre di mobilitare e valorizzare le parti migliori di sé partecipando consapevolmente alla realizzazione degli obiettivi e utilizzando la propria esperienza per esercitare un ruolo terapeutico non solo su sé stessi ma anche su altri individui, tipici a questo riguardo sono i gruppi di mutuo aiuto.

ART. 22 – PRIVAZIONI, VIOLENZE E MALTRATTAMENTI
Salvo gli obblighi di denuncia, l'infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché ci sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.

Rispetto al Codice del 2009 questo articolo inizia con un richiamo ai professionisti sanitari agli obblighi di denuncia che spettano non solo al medico ma a tutti gli esercenti professioni sanitarie compresi gli infermieri e di cui si forniranno indicazioni di seguito.
È essenziale sapere che, oltre al medico, è tenuto alla denuncia ogni altro esercente una professione sanitaria (odontoiatra, farmacista, veterinario, ostetrica/o e infermiere ecc.) e qualora più sanitari abbiano prestato la loro assistenza nella stessa occasione, essi sono tutti obbligati a presentare il referto (anche con un atto unico).
Il referto è l'atto scritto attraverso cui l'esercente una professione sanitaria riferisce all'Autorità giudiziaria di avere prestato la propria opera o assistenza nei casi che possono presentare i caratteri di un delitto perseguibile d'ufficio.

È importante che l'Infermiere sia informato su quali sono i delitti perseguibili d'ufficio per poter intervenire in modo adeguato nelle situazioni. Ma la vera portata innovativa dell'articolo sta nella concezione del ruolo dell'infermiere non ristretto al solo ambito della tutela della salute.
Viene, infatti, delineata, nei confronti delle categorie più deboli, cioè dei minori, degli anziani, dei portatori di disabilità e delle donne una funzione dell'infermiere di tutela più ampia, che interessa, oltre alla cura e assistenza, le stesse condizioni di vita, dove queste possano incidere negativamente sulla dignità dei soggetti stessi.

È da evidenziare come l'infermiere venga posto in una p**osizione attiva nella individuazione e rilevazione attenta del problema** e nella successiva segnalazione e collaborazione con le strutture deputate dall'ordinamento alla presa in carico delle situazioni di privazioni, violenza o maltrattamenti (organi di assistenza sociale, autorità giudiziaria e polizia giudiziaria).

L'articolo deve essere letto tenendo in debita considerazione alcuni nuovi scenari sociali rispetto al 2009 quali i **fenomeni multiculturali**, i **conflitti** e le **migrazioni**, la **violenza** sulle donne e minori, la violenza sugli anziani e disabili fisici e psichici.
In particolare il tema della violenza alle donne e ai minori assume un rilievo significativo visti i dati oggettivi presenti. Molte ricerche attribuiscono al momento del contatto con le strutture sanitarie un ruolo prioritario nel determinare la decisione della donna di uscire da una situazione di disagio ed ottenere giustizia, in queste situazioni l'infermiere può essere un elemento significativo.

Altro fenomeno che può riscontrare l'infermiere durante l'esercizio professionale è l'abuso su minori. Il Consiglio d'Europa, nel 1978, ha definito l'abuso su minore: "*gli atti e le carenze che turbano gravemente i bambini e le bambine, attentano alla loro integrità corporea, al loro sviluppo fisico, affettivo, intellettivo e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino o della bambina*".
L'infermiere deve porre attenzione, anche, ad altri fenomeni sempre di maggior attualità come i casi di violenza agli anziani, ai disabili fisici e psichici sia in famiglia che nelle strutture che dovrebbero farsene carico.

La funzione che viene attribuita all'infermiere nel nuovo Codice deontologico pone lo stesso nella delicata posizione di dover rilevare ed evidenziare quando le situazioni in cui versino determinati soggetti sia tale da richiedere, da parte sua, anche un intervento non limitato alla sola dimensione della cura e assistenza dei soggetti medesimi, ma diretto alla tutela della persona interessata da privazioni, violenze o maltrattamenti.
Oggi, in una società in cui questi fenomeni vengono segnalati in aumento, mettere in evidenza questi aspetti da parte di una professione sanitaria matura e consapevole delle realtà sociale, come quella infermieristica, oltre che indirizzo di comportamento deontologico diventa una precisa scelta culturale e di civiltà.
La solidarietà deve essere un principio e un valore per gli infermieri, deve caratterizzare l'esercizio della professione infermieristica dedita alla tutela della salute psico-fisica delle persone assistite, in particolare gli infermieri devono connotarsi come elemento forte di sostegno e protezione di chi si trova in situazioni di debolezza e fragilità, quindi privo di difesa.

L'articolo pone in rilievo il **ruolo proattivo** dell'infermiere che nel momento in cui rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita si attiva perché ci sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.
L'Infermiere deve conoscere le modalità di attivazione, di presa in carico e segnalazione di queste complesse e delicate situazioni. Deve partecipare ai momenti di formazione aziendale sul tema e

deve aderire alla costruzione e/o conoscere i protocolli aziendali condivisi tra differenti istituzioni ed essere informato delle strutture territoriali e delle équipe aziendali specializzate nell'ambito.
È importante che l'infermiere sia consapevole che su questi aspetti, di estrema delicatezza, è necessario un approccio multidisciplinare nella struttura sanitaria per la gestione del problema e della conseguente denuncia integrata medico-infermiere.
La legislazione in materia e i protocolli d'intervento presenti ci orientano indicando che per una corretta presa in carico è necessaria sempre una collaborazione multidisciplinare che sia in grado di valutarne gli aspetti medici, psicologici, sociali e giuridici. L'infermiere con la sua capacità osservativa, di analisi e presa in carico deve far parte dell'équipe.

ART. 23 – VOLONTÀ DEL MINORE
L'infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà.
L'infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

Ampio rilievo è stato dato, nel nuovo codice deontologico, al ruolo dell'infermiere nell'ambito della **tutela delle volontà dell'assistito** e della **centralità decisionale** dello stesso che assume particolare significato in questo articolo in cui si inserisce il tema del soggetto "minore" di età.
Secondo l'ordinamento giuridico italiano, in base all'art. 2 c.c. (come sostituito dall'art. 1, l. 8 marzo 1975, n. 39), minore è la persona fisica che non ha ancora compiuto il diciottesimo anno di età.
L'ordinamento giuridico accorda una particolare tutela al minore; fondamentale importanza hanno, a questo riguardo, le previsioni generali contenute nell'art. 31 della Costituzione («la Repubblica […] protegge la maternità, l'infanzia e la gioventù, favorendo gli istituti necessari a tale scopo»).
È da considerare che il minore ha capacità giuridica (essere titolare di diritti e obblighi), ma è privo della capacità di agire, che si acquista solo al compimento della maggiore età; ciò significa che potrà validamente compiere solo gli atti espressamente previsti dalla legge.
Finché non raggiunge la maggiore età il minore sarà pertanto soggetto alla potestà dei genitori (art. 316 c.c., salve le eccezioni previste dalla legge) o, in mancanza, di un tutore nominato dal giudice: i genitori o il tutore si occuperanno allora degli interessi del minore e la loro volontà si sostituirà alla sua nel compimento degli atti.
Il minore è titolare di diritti ed obblighi dalla nascita (capacità giuridica) ma non della possibilità di disporre di tali diritti ed obblighi (capacità di agire), per acquisire la quale occorre che il soggetto abbia acquisito una certa consapevolezza delle proprie azioni: con la maggiore età, fissata a 18 anni, si acquista la capacità di compiere tutti gli atti (salvi alcuni casi specifici per i quali è stabilita un'età di minore entità).
A tal proposito occorre tenere presenti le seguenti normative:

- ✓ La legge n. 219 del 2012 ha introdotto il nuovo art. 336-bis, c.c., secondo cui il minore di anni dodici, ma anche di età inferiore se capace di discernimento, deve essere ascoltato dal Presidente del Tribunale o dal Giudice delegato nell'ambito dei procedimenti che lo riguardano.
  Prima di procedere, il giudice informa il minore sugli effetti che potrebbero derivare dal suo ascolto. L'art. 315-bis c.c. pone, altresì, il dovere dell'ascolto del minore ultra-dodicenne, o comunque capace di discernimento, come regola generale.
- ✓ La Convenzione sui diritti del fanciullo, ONU, 1989, ratificata e resa esecutiva in Italia con la legge n. 176/91, rappresenta un salto di qualità nella tutela internazionale dei diritti del minore,

pur non trattando espressamente del diritto alla salute del minore, che è menzionato ma nulla dice circa l'esercizio di esso (art. 24).
La norma riconosce al fanciullo moltissimi diritti, tra i quali il diritto alla libertà di manifestazione del pensiero, di coscienza, di religione, di associazione, di riunione, il diritto alla riservatezza, al riposo e al tempo libero, al gioco e ad attività ricreative, i diritti inerenti al processo penale: diritti tutti che implicano l'esercizio diretto da parte del titolare. Tra questi, spicca il diritto configurato dall'art. 12, che assume rilevanza, rispetto a quanto previsto dall'articolo del Codice deontologico. L'art. 12 garantisce espressamente al fanciullo capace di discernimento "*il diritto di esprimere liberamente la sua opinione, su ogni questione che lo interessa, le opinioni del fanciullo essendo debitamente prese in considerazione tenendo conto della sua età e del suo grado di maturità*".

Il "diritto di ascolto" è, pertanto, un diritto sancito a favore del minore, inserito, in più norme, nel nostro ordinamento giuridico sulla scorta di numerose indicazioni internazionali e rappresenta la valorizzazione del minore come persona.
Nell'articolo del Codice che si sta trattando vengono associati dei principi - contenuti nella Costituzione e in altre disposizioni di tutela dei minori a livello internazionale come norme giuridiche - a norme di indirizzo deontologico per gli infermieri pediatrici ed infermieri che si trovino ad assistere minori.
L'articolo, già presente nel precedente codice deontologico, vede un aspetto innovativo significativo. L'infermiere pediatrico e l'infermiere non solo si adoperano perché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore per le scelte di cura, ma lo fanno esplicitamente al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà. Rispettano, sostengono e promuovono la volontà del minore in relazione alle scelte assistenziali, tenuto conto dell'età e maturità e della capacità di autodeterminazione.

L'infermiere pediatrico e l'infermiere da una posizione di facilitatori passano ad una **posizione attiva di tutela** e di rispetto dei diritti fondamentali della persona, di attenzione alla espressione della volontà personale e di autodeterminazione.
Pare doveroso precisare che nel caso dei minori si deve intendere un'autodeterminazione in senso "debole" perché condizionata dalla tutela genitoriale.

Tenuto debito conto di questo aspetto è importante che l'infermiere pediatrico e l'infermiere, in caso di soggetto minore, lo collochino sempre in un contesto di insieme "famiglia" considerato che le scelte sono affidate dalla legge, fino ai 18 anni, ai genitori come si specificherà meglio successivamente. L'azione dell'infermiere pediatrico e dell'infermiere dovrà essere rivolta sia al soggetto minore che all'intero nucleo familiare per far sì che l'opinione del minore possa essere valorizzata nell'ambito delle scelte genitoriali o tutoriali.
La forza innovativa dell'art. 23 è data dall'autonomia che viene messa in capo all'infermiere pediatrico e all'infermiere di poter apprendere da un assistito con il quale è posta in essere una significativa relazione d'aiuto, di una sua espressione di pensiero e volontà su scelte personali.

Con il nuovo art. 23 si modificano sostanzialmente il rapporto e la relazione infermiere-assistito.
La posizione obiettivamente predominante dei sanitari, in questo caso infermieri, dovuta alle competenze professionali, alla rilevanza del bene salute che si trovano a gestire, all'affidamento psicologico che il minore e i genitori hanno nei loro confronti viene bilanciata e riequilibrata con la posizione della persona assistita così da garantire il rispetto dei diritti di quest'ultima in quanto persona, anche se minore, e soggetto non ancora in grado di poter esprimere capacità giuridica.

Nel secondo capoverso dell'articolo è messo in evidenza l'impegno che gli infermieri in scienza e coscienza, di fronte ad un soggetto "fragile", devono assumere nelle situazioni di opposizione alla

scelta di cura in cui gli stessi si dovranno adoperare per superare il conflitto, in posizione neutra, sia rispetto al progetto di vita del minore assistito, che di quello dei genitori con riferimento ai valori costituzionali ed etici.
Viene qui evidenziato il tema dell'opposizione in cui l'infermiere pediatrico e l'infermiere vengono posti in un **ruolo di mediazione**. Su tale aspetto è bene ricordare l'importanza del momento dell'informazione sulle cure; infatti a seconda di come viene declinata l'informazione, il minore sarà capace o meno di pronunciare parole significative sulla sua comprensione e volontà.

La capacità di autodeterminarsi al trattamento sanitario è anche, in funzione della competenza (del genitore, del medico, dell'infermiere), di colui che informa e ascolta comunicando al bambino il problema a misura della sua attitudine a comprenderlo. È in relazione, altresì, con altri fattori: il contesto relazionale, il rapporto con i genitori, l'ambiente in cui si svolge la comunicazione. Questo è un aspetto di cui l'infermiere pediatrico e l'infermiere devono tenere debito conto.

Occorre approfondire il tema della potestà genitoriale (ora responsabilità) in quanto alcune norme recenti sono intervenute a favore dell'interesse del minore. La potestà genitoriale (ora responsabilità) è la potestà (e il dovere) dei genitori di proteggere, educare e istruire il figlio minorenne e curarne gli interessi.
Poiché il minore è privo della capacità di agire, per lui agisce il genitore in qualità di rappresentante e, più precisamente, di rappresentante legale, derivando i suoi poteri direttamente dalla legge.
Negli ordinamenti contemporanei, si è passato a parlare di potestà genitoriale perché la stessa tende ad essere attribuita, in condizione di parità, ad entrambi i genitori. Recentemente – con il d.lgs. n.154/2013 – il termine potestà è stato sostituito con quello di "responsabilità genitoriale". Secondo la legge, le decisioni di maggiore interesse per i figli – relative all'istruzione, all'educazione e alla salute – sono esercitate di comune accordo da entrambi i genitori, anche in caso di genitori separati o divorziati o non conviventi. In situazioni di disaccordo, la decisione è rimessa al giudice.

Nei casi di comuni trattamenti sanitari (visite, medicazioni, controlli ecc.) è sufficiente il consenso di uno solo dei genitori in applicazione del principio generale che gli atti di ordinaria amministrazione possono essere compiuti disgiuntamente da ciascun genitore (art. 320 Codice Civile). In questi casi il consenso dell'altro è considerato implicito. L'infermiere pediatrico e l'infermiere dovranno porre particolare attenzione alle situazioni in cui il minore può essere affidato ad uno solo dei due genitori.

Sul tema oggetto dell'articolo in esame è, significativo, richiamare la recente legislazione relativa alle DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento). La legge 22 dicembre 2017, n. 219 ha disciplinato le modalità di espressione e di revoca del consenso informato, la legittimazione ad esprimerlo e a riceverlo, l'ambito e le condizioni e ha regolamentato le DAT, con le quali il dichiarante enuncia, in linea di massima, i propri orientamenti sul "fine vita" nell'ipotesi in cui sopravvenga una perdita irreversibile della capacità di intendere e di volere.
La legge affronta anche il tema della terapia del dolore, del divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e della dignità nella fase finale della vita.

In relazione ai minori si parla, all'art. 3, di "Consenso da parte dei minori e degli incapaci": sono dettate le regole per l'espressione del consenso da parte dei minori e degli incapaci, a cui viene riconosciuto il diritto alla "valorizzazione" delle proprie capacità di comprensione e di decisione, nel rispetto dei diritti alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona.
I medesimi devono ricevere informazioni sulle scelte relative alla salute, in modo consono alle proprie capacità, al fine di essere messi nelle condizioni di esprimere le proprie volontà.
Per quanto attiene al minore, il consenso informato è espresso o rifiutato dagli esercenti la responsabilità genitoriale o dal tutore, tenendo conto della volontà della persona minore, in

relazione alla sua età e al suo grado di maturità, e avendo quale scopo la tutela della salute psicofisica e della vita della persona.
Anche questa norma ribadisce i principi di tutela della corretta informazione, coinvolgimento e ascolto. Per concludere si ritiene importante sottolineare la valenza sociale e comunitaria dei contenuti.
L'articolo in esame è, sostanzialmente, l'indice del mutamento, intervenuto in ambito sociale, del rapporto infermiere – assistito che caratterizza tutto il nuovo Codice Deontologico, rapporto che è divenuto paritario, per una serie di ragioni fra cui la crescita del livello culturale medio e la maturata coscienza dei diritti individuali, anche in caso di soggetti "fragili" come i minori.

ART. 24 – CURA NEL FINE VITA
L'infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.
L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

La presenza degli infermieri è garantita durante l'intero percorso di vita di una persona, dalla nascita fino al termine della vita. L'assistenza che gli infermieri offrono nella parte finale di questo percorso ha lo scopo di continuare a **valorizzare la vita e preservare la dignità** della persona anche se la morte è un evento atteso.
Anche quando il recupero dell'indipendenza, nel soddisfacimento dei bisogni fondamentali di una persona, non è più possibile, gli infermieri si impegnano a non abbandonare mai una vita, a prendersi cura della persona tramite un supporto in alcune situazioni complementare, in altre sostitutivo, continuando a stimolare le migliori risposte adattive alle condizioni di dipendenza che si instaurano a causa di malattie non più guaribili e dei relativi esiti.
L'esperienza della dipendenza dalle cure è una condizione che racchiude in sé una variabilità di sfumature infinite, ognuna legata sia all'unicità e irripetibilità della persona che la vive, sia all'attenzione, sensibilità e competenza degli infermieri che la gestiscono. Bisogni come l'igiene, il movimento, la nutrizione, l'idratazione (ecc..) diventano il focus dell'assistenza infermieristica soprattutto quando la persona non è più capace di nutrirsi, idratarsi, muoversi, lavarsi autonomamente non soltanto perché fisicamente malata (non ha più le forze), ma spesso anche perché non più in grado di attribuire a tutti questi atti un senso e uno scopo esistenziale (volontà e conoscenze).

Il valore della professione infermieristica non deriva semplicemente dall'insieme dei gesti tecnici che gli infermieri svolgono, ma dalla relazione che veicola ogni gesto di cura e dal senso che ne deriva. Per questo i gesti di cura, di assistenza che gli infermieri quotidianamente offrono possono fare la differenza. Racchiudono un valore ancora più prezioso: diventano il mezzo attraverso cui è possibile contribuire a restituire o a far riscoprire il senso e il significato del tempo che rimane valorizzando ogni singolo momento che può continuare a riempirsi di vita.

L'assistenza infermieristica utilizza una varietà infinita di attività, di natura tecnica, relazionale ed educativa, che mirano appunto a mantenere e custodire la vita e a permetterle di continuare ad esprimersi anche nelle condizioni di conclamata malattia.

Gli atteggiamenti e i valori degli infermieri diventano aspetti centrali caratterizzanti la professione, elementi che nutrono costantemente sia le relazioni con i pazienti, sia il lavoro che si svolge all'interno dell'équipe di cura.

Attraverso il processo di pianificazione condivisa della cura è possibile valorizzare sempre di più la partecipazione attiva della persona assistita nell'assistenza.
Gli infermieri non solo riconoscono, mettono anche in atto quotidianamente percorsi assistenziali in cui i processi decisionali siano condivisi e soprattutto valorizzino non solo le competenze dei curanti (medici, infermieri ecc.) ma soprattutto l'incontro e l'integrazione anche delle competenze individuali della persona assistita, fatte di storie di vita, di desideri, di preferenze, di obiettivi da riconoscere, condividere e raggiungere insieme.

In questo articolo del nuovo Codice Deontologico viene messo in risalto l'approccio assistenziale che le cure palliative propongono. Un modo di prendersi cura che si fonda su valori e principi fortemente condivisi con la professione infermieristica e presenti in molti degli articoli che caratterizzano questo Codice.
Il *pallium*, termine latino che fa riferimento ad un mantello che usavano nell'antichità i ceti popolari, racchiude i concetti che stanno alla base dell'approccio palliativo: accoglienza, protezione, personalizzazione, riparo.
Cecily Saunders, infermiera, assistente sociale e poi medico, fondatrice del movimento Hospice europeo, ha aperto la strada alle cure palliative ispirando il suo modello assistenziale sui pazienti: "*A loro*" scriveva "*va chiesto di esprimere i propri bisogni*". L'ascolto sistematico delle storie dei pazienti permette di cogliere tramite le loro stesse parole i costrutti fondamentali delle cure palliative.

Le cure palliative proteggono la vita e ne promuovono la qualità. Non accelerano né ritardano la morte, la considerano come un evento naturale; si preoccupano del sollievo del dolore e dei sintomi e di tutti i problemi che riguardano la compromissione delle dimensioni psicologica, sociale, spirituale. Riconoscono in senso olistico la connessione mente-corpo-spirito di una persona. Promuovono costantemente (quando è ancora possibile) la partecipazione attiva del paziente nel processo assistenziale. Si rivolgono all'unità di cura paziente/famiglia proponendo un approccio di cura che riconosce e prende in cura anche i bisogni di parenti e/o persone care, vicine a chi si trova a dover affrontare l'ultimo percorso della propria vita. Offrono loro un sistema di supporto e sostegno sia durante la malattia, sia nella fase dell'elaborazione del lutto.

La strada delle cure palliative è costruita sulla capacità di riconoscere i problemi singoli e di affrontarli uno per volta in tempi e modi opportuni, senza dimenticare il panorama complessivo di cui tali problemi fanno parte.
Assolvere un compito tanto importante richiede la collaborazione di più professionisti: per ricostruire un quadro tridimensionale della persona assistita e della famiglia è necessario guardare il paziente sotto diverse prospettive come un prisma che sappia scomporre e ricomporre la luce. Questo è il risultato che un lavoro svolto in équipe riesce a raggiungere soprattutto nel fine vita.
Le cure palliative si occupano anche del comfort ambientale proponendo contesti di cura (rintracciabili nel concetto di reti di cure palliative) che siano il più possibile vicini ai luoghi scelti o desiderati dalle stesse persone che si assistono.
Per questo motivo l'assistenza domiciliare è il setting di cura maggiormente promosso, spesso preferito dalle persone che si trovano ad affrontare il fine vita; quando la propria casa non è disponibile per diversi motivi, gli hospice diventano luoghi che si trasformano in contesti domestici e casalinghi ma che mantengono alti standard di qualità di cura e di assistenza con presenza di personale infermieristico 24 ore su 24.

Le cure offerte dagli infermieri nella fase finale della vita si strutturano intorno a un **costrutto di complessità**. L'assistenza infermieristica incontra la complessità:

- ✓ Nell'identificare, valutare e rispondere ai bisogni mutevoli, dinamici sia dei pazienti sia delle loro famiglie;

- ✓ Nello svolgere la propria attività all'interno di contesti di cura molto diversi tra loro (la rete di cure palliative prevede ospedale, hospice, domicilio, RSA) che possono flessibilmente cambiare adattandosi alle diverse esigenze che si presentano durante tutto il percorso di malattia;
- ✓ Nel condividere continuamente percorsi di pianificazione delle cure all'interno di una pratica collaborativa fatta di relazioni tra colleghi, altri professionisti, persone assistite e familiari.

Le funzioni, attività, e capacità necessarie si esprimono attraverso l'acquisizione di un'alta padronanza di competenze specifiche descritte nei documenti di core competence infermieristici in cure palliative e riconosciute a livello istituzionale anche dalla recente normativa.

ART. 25 – VOLONTÀ DI LIMITE AGLI INTERVENTI

L'infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa.

L'azione di tutela che quotidianamente gli infermieri garantiscono nei confronti dei propri assistiti fa riferimento ad una specifica responsabilità infermieristica ed è parte integrante delle competenze della nostra professione.
Il termine "tutela" evoca il concetto di protezione, vicinanza, non abbandono. Quando si tutela la volontà della persona assistita le si è accanto, assicurando una sua continua e puntuale partecipazione alla cura. La partecipazione può essere diretta e in questi casi il processo della pianificazione condivisa delle cure può aiutare a comprendere meglio le volontà, le preferenze ma anche le paure le perplessità riferite alle condizioni di salute della persona stessa, agli interventi che si possono attuare e alle possibili limitazioni da prendere in considerazione riguardo gli stessi. In questo caso gli aspetti relazionali, l'informazione e la comunicazione aperta e autentica, guidata soprattutto dall'ascolto di ciò che è importante per la persona che si sta assistendo, diventano aspetti assistenziali prioritari.
In queste circostanze gli spazi e i tempi assistenziali rivestono un ruolo centrale per definire in maniera congiunta gli obiettivi che è possibile raggiungere per il miglioramento del benessere e della qualità di vita della persona.

Alla base del processo assistenziale infermieristico e interprofessionale c'è la possibilità di rimodulare quando è necessario le cure. Alcuni interventi, infatti, nel decorso della malattia possono diventare prioritari, alcuni vanno intensificati, altri vanno modificati, altri ancora sospesi. La rimodulazione è alla base della pianificazione assistenziale specialmente nelle cure palliative e nel fine vita e si traduce in una continua variabilità di obiettivi di cura che segue l'andamento della malattia e la partecipazione dei pazienti alle cure.
La partecipazione alle cure può essere anche espressa in forma anticipata nel caso la persona assistita non sia più in grado di compiere delle scelte a causa del suo stato di salute. In questi casi, le DAT e l'eventuale nomina di un fiduciario possono essere risorse utili per garantire che le volontà della persona vengano rispettate.
L'impegno degli infermieri nel tutelare le volontà dell'assisto si fonda sul rispetto dell'autonomia dell'assistito e sulla conoscenza del principio o criterio di **proporzionalità delle cure** che comporta la possibilità di porre dei limiti a tutti quegli interventi che vengono proposti alla persona assistita.
Il concetto di proporzionalità ha uno stretto legame con quello di **appropriatezza**. Un intervento è appropriato se, oltre ad essere efficace, viene erogato a quei soggetti che lo hanno consapevolmente accettato e che ne possono realmente beneficiare, con la modalità assistenziale

più idonea e con le caratteristiche (di tempestività, di continuità ecc.) necessarie a garantirne effettivamente l'utilità.
Un intervento è proporzionato non solo se è appropriato, ma anche in considerazione del risultato che ci si può aspettare, tenuto conto delle condizioni della persona assistita e delle sue forze fisiche e morali. In altre parole, qualsiasi intervento (terapeutico, diagnostico, assistenziale, riabilitativo ecc.) dovrebbe essere erogato rispettando il quadro clinico del paziente, la storia di quella persona, le indicazioni per le quali si è dimostrato efficace, nel momento giusto e tenendo sempre in considerazione la sua coerenza con il concetto di qualità di vita della persona che si assistite. Laddove anche uno di questi criteri venisse meno è necessario rivalutare gli interventi stessi con la finalità di evitare forme di accanimento terapeutico.

L'articolo 25 del Codice deontologico sottolinea in maniera esplicita la necessità di un ulteriore sforzo da parte degli infermieri per cercare di comprendere sempre la prospettiva di significato che lo stesso paziente attribuisce alla sua malattia e alla sua qualità di vita. Concetto che non sarà mai interpretato nello stesso identico modo dai singoli pazienti perché connotato da una grande soggettività.

Un aspetto trasversale del concetto di qualità di vita è rappresentato dalla centralità dell'individuo e dai molteplici aspetti che riguardano la sua vita, valutati soggettivamente (quindi profondamente influenzati dalla prospettiva teorica di ciascuno) sia negli aspetti positivi che la connotano sia in quelli negativi. La qualità di vita di un individuo è connotata non solo dallo stato di salute di una persona ma anche da quello psicologico, dal livello di indipendenza, dalle relazioni sociali e dal contesto in cui la persona vive.
Il benessere di un individuo va oltre la sua capacità di "funzionare" sul piano puramente biologico. La qualità di vita può essere intesa come percezione intangibile, soggettiva della propria esperienza di vita. Solo attraverso la profonda convinzione che nella relazione di cura entrano in gioco due competenze, quelle dei professionisti che assistono (scientifiche) e quelle delle persone assistite (individuali) sarà possibile tutelare fino in fondo le volontà delle stesse anche e soprattutto in tutti quei casi in cui esiste un concreto rischio di accanimento terapeutico.

ART. 26 – DONAZIONE DI SANGUE, TESSUTI E ORGANI
L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Il dono: oggetto materiale o metafora di uno stile di vita, è al centro di molteplici riflessioni sull'essenza profonda dell'economia e della società, oltre che sulla natura stessa dell'uomo. Cosa spinge gli uomini a donare e, ancora più importante, a contraccambiare il dono?
Che spazio può avere, in un mondo consumistico ed utilitaristico come il nostro, un gesto disinteressato, eppure capace di creare relazioni durature?
Quale ruolo per la gratuità, per la solidarietà?
L'economia del dono, nella sua purezza, contraddistingue diverse società arcaiche, raggiungendo l'apice nel *potlac*, praticato dagli indiani del nordovest americano: una sfida a donare il maggior numero possibile di cibo e beni preziosi, nella quale il confine con l'impoverimento accresce lo statuto politico degli individui.
Sarebbe un errore considerarla un'ingenuità: il dono attiva un sistema circolare nel quale tanto più si dà, tanto più si riprende, però senza contestualità, come è invece nello scambio oneroso.
In altre parole, quel che contraddistingue il dono non è la gratuità ma una reciprocità a ineguaglianza alterna; e il suo scopo è di creare legami sociali, quegli stessi che una società sbilanciata in senso consumistico ed utilitaristico tende sempre più a disgregare.

Solo un dono anonimo e gratuito è il gesto efficace perché un paziente, ignorando l'identità del donatore, possa avvertire la valenza universale di un dono disinteressato da parte di un membro indistinto del genere umano, unica entità verso la quale è lecito provare riconoscenza.

È proprio da questa relazione di gratitudine asimmetrica, da parte di un singolo uomo salvato che si rivolge a un'umanità indifferenziata, che scaturisce quell'orizzonte morale che può portare ogni essere umano a percepire il valore assoluto di ogni donazione, senza che abbia rilievo chi dona o cosa dona. È la chiave etica, per aumentare in noi la consapevolezza che ciascuno ha l'opportunità di salvare una vita umana.
Farsi promotori come Infermieri della cultura del dono significa essere sostenitori della vita. La realtà del dono schiude un codice in grado di promuovere la svolta dalla pura logica di sopravvivenza alla cultura della convivenza. Riflettere sul valore simbolico del dono, sul perché si dona e soprattutto capire perché non si dona significa dunque riflettere sulla qualità delle nostre relazioni con gli altri.
Donare è un gesto di pura gratuità, generosità e altruismo ed ha un notevole valore civico ed etico. Nel nostro Paese, i principi della gratuità**,** libertà**,** consapevolezza**,** volontarietà e anonimato sono trasversali a tutte le tipologie di donazione di organi e tessuti e sono posti a tutela del donatore e del ricevente. Ci sono tanti modi per diventare donatore e lo si può essere sia in vita che dopo la morte. Il sangue umano è un prodotto naturale non riproducibile artificialmente, indispensabile alla vita. La donazione è pertanto un atto volontario, gratuito, anonimo e responsabile da ripetere in modo periodico e questo atto può davvero salvare una vita.

L'Infermiere riveste un ruolo fondamentale nel promuovere la cultura della donazione anche attraverso l'**informazione** e la **collaborazione** con le associazioni di volontariato che si occupano di tale ambito.
Affiancare il mondo della scuola con proposte e progetti finalizzati a diffondere i valori di solidarietà, gratuità e dono è l'obiettivo di tante sezioni Avis, Admo, Aido e presenti sul territorio italiano e la promozione del dono nella scuola è di fondamentale importanza poiché la cultura della solidarietà verso il prossimo viene recepita più facilmente in giovanissima età.

ART. 27 – SEGRETO PROFESSIONALE
L'Infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita. La morte della persona assistita non esime l'Infermiere dal rispetto del segreto professionale.

Il fondamento etico del segreto professionale è la difesa del mondo intimo della persona.
Il segreto professionale[62] è un elemento fondamentale del rispetto della persona al quale è tenuto il professionista nei confronti del paziente. Ritroviamo questo vincolo etico a partire dal giuramento di Ippocrate ma anche nel giuramento del medico islamico ed ebraico.

[62] Art. 622 del Codice penale: "Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a euro 516".
Art. 326 del Codice penale: "Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.
Anche se la norma fa riferimento al segreto "professionale", possono commettere il reato in questione non solo i professionisti, sanitari e non (medici, infermieri, ostetriche, assistenti sociali ecc.) ma anche coloro che vengono a conoscenza di un segreto in virtù del proprio stato (ad es. stato di studente, quale uno studente infermiere).
Il reato sussiste solo se la rivelazione del segreto ha creato per l'assistito un pericolo di danno, patrimoniale o non patrimoniale; non è necessario che il danno si sia effettivamente verificato.

Il rispetto del segreto professionale è contenuto nei codici deontologici degli infermieri da molti anni senza grandi cambiamenti come a testimoniare che sia ormai divenuta un caposaldo della cultura professionale. Il mantenimento del segreto non rappresenta solo un obbligo deontologico ma una convinzione personale dei professionisti infermieri che finisce per determinare l'agire professionale.

L'articolo 19 "confidenzialità e riservatezza" è strettamente collegato al segreto; infatti il lungo tempo trascorso tra infermiere e paziente può determinare situazioni confidenziali nelle quali il paziente può rivelare informazioni e fatti di nessuna rilevanza clinica ma di notevole importanza personale.

Il rapporto di fiducia che determina la confidenza del paziente e la necessaria riservatezza[63] e segreto è il frutto del rispetto reciproco tra due individui e non solo tra paziente e operatore sanitario. È necessario distinguere le informazioni ricevute in forma confidenziale che se non hanno rilievo clinico assistenziale possono restare riservate e patrimonio delle persone presenti nel momento della "confidenza"; diversamente, le informazioni che possono avere rilievo clinico assistenziale, dopo aver informato il paziente, dovranno essere condivise con l'équipe assistenziale per pianificare al meglio l'assistenza individuale, inclusi operatori di supporto e studenti, richiamando questi ultimi al rispetto del segreto.

L'obbligo del segreto professionale, essendo prima di tutto una convinzione, non ha limiti di tempo o di confini, va rispettato sempre anche qualora venga abbandonata la professione o con la morte dell'interessato.

[63] La principale fonte normativa in cui viene disciplinato il trattamento dei dati personali : è costituta dal Regolamento UE 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 25 maggio 2018 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la Direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati) e dal decreto legislativo n. 101/2018 che ha modificato il precedente decreto legislativo n. 196/2003 (vedi, al riguardo, il commento all'art. 19 del NCDI).

Riferimenti normativi

Consiglio d'Europa, (2013) *Convenzione del sulla prevenzione e la lotta alla violenza contro le donne e la violenza domestica*, ratificata dall'Italia con legge 27 giungo, n. 77 (ed entrata in vigore il 1 agosto 2014).

Consiglio d'Europa, (1981) *Convenzione sull'eliminazione di tutte le forme di discriminazione contro le donne,* ONU 1979 Strasburgo.

Convenzione di New York sui diritti del fanciullo (1989), ratificata con L. n. 176/1991 e dell'art. 3 della Convenzione di Strasburgo del 25 gennaio 1996, ratificata con L. n. 77/2003.

Decreto del 24 novembre 2017, *Linee guida nazionali per le Aziende sanitarie e le Aziende ospedaliere in tema di soccorso e assistenza socio-sanitaria alle donne vittime di violenza*.

Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n. 101, *Disposizioni per l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e che abroga la direttiva 95/46/CE (regolamento generale sulla protezione dei dati). (18G00129).*

Decreto legislativo 28 dicembre 2013, n. 154, *Revisione delle disposizioni vigenti in materia di filiazione, a norma dell'articolo 2 della legge 10 dicembre 2012, n. 219.*

Legge 15 marzo 2010, n. 38 "*Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore*.

Legge 15 ottobre 2013, n. 119, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 14 agosto 2013, n. 93, recante disposizioni urgenti in materia di sicurezza e per il contrasto della violenza di genere, nonché' in tema di protezione civile e di commissariamento delle province.*

Legge 22 dicembre 2017, n. 219 *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.

Riferimenti bibliografici

AA.VV. (2013) *Dono, dunque siamo Otto buone ragioni per credere in una società più solidale* UTET, Torino.

Alici L., (2010), *La felicità e il dolore,* Aracne Roma.

Bagnara P., (2006) *Violenza familiare: prevenzione e trattamento, le radici nascoste dell'abuso su donne e bambini attraverso l'analisi dei casi*, Franco Angeli, Milano.

Becker, R., (2009) Palliative care. 2: *Exploring the skills that nurses need to deliver high-quality care*. Nursing times, 105.14: 18-20.

Benner P., Gordon S., (1996) *Caring practice* Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Benner P., Wrubel J., (1989) *The primacy of caring*. Menlo Pak, California, Addison Wesley.

Boella L.,(2006) *Sentire l'altro,* Raffaello Cortina, Milano.

Borgna E., (2001) *L'arcipelago delle emozioni,* Feltrinelli, Milano.

Bu X., Jezewsai, M. A. (2007). *Developing a mid-range theory of patent advocacy through concept analysis*. Journal of Advanced Nursing, 57(1), 101-110.

Carta dei Diritti dei bambini e degli adolescenti in ospedale, (2008) Fondazione ABIO e SIP, Milano.

Carta Europea dei diritti dei bambini in ospedale, (1988) *Carta di Each*, Leida Paesi Bassi.

Centro Regionale DORS Regione, Piemonte, (2014) *Progetto REVAMP multiregionale* CCM.

Collière MF., (1991), *Aiutare a vivere* , Edizioni Sorbona, Milano.

Costantini M, Borreani C, et al, (2008). *Migliorare la qualità delle cure di fine vita. Un cambiamento possibile e necessario,* Edizioni Erickson.

Czarnecki ML, Turner HN, Collins PM, Doellman D, Wrona S, Reynolds J.(2011) *Procedural pain management: a position statement with clinical practice recommendations.* Pain Manag Nurs. Jun;12(2):95-111.

De Giorgi R., (2006) *Evoluzione della fiducia e periferie dell'accadere* Quaderno di comunicazione rivista di dialogo fra culture. Editore Meltemi 6, 13.

Du Bolulay S. Cicely Saunders: (2004) *L'assistenza ai malati incurabili*. Jaka Book.

Du Boulay, S. (2004). *Cicely Saunders. L'assistenza ai malati «incurabili* (Vol. 406). Editoriale Jaca Book.

Dubolino C., Dubolino, P., (2015) *Codice del diritto di famiglia e dei minori commentato*, La Tribuna.

Eriksson, M., Andershed, B., (2008) *Care dependence: A struggle toward moments of respite*. Clinical Nursing Research, 17.3: 220-236.

Fallon, M., et al. (2018) *Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines.* Annals of Oncology, 29. Supplement_4: iv166-iv191.

Fierro Cenderelli F., (2006) *Abuso e violenza in famiglia nel diritto civile internazionale e penale*, CEDAM.

FNOPI (2009) *Codice Deontologico Infermiere 2009*, cap. 4 art.31, 33.

FNOPI (2019) *La disciplina infermieristica all'interno della legge 219/17 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*".

Gadamer H.G., (2004) *Il dolore*, Apeiron Roma.

Godbout J., (2002) *Lo spirito del dono*, Bollati Boringhieri, Torino.

Henderson V., (1964) The nature of nursing. Am J Nurs;64:62-8.

Hjermstad M, Fayers P, et al. (2011), *Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review*. J Pain Symptom Management; 41:1073-93.

ISTAT, (2006) *La violenza ed i maltrattamenti contro le donne dentro e fuori la famiglia*, Roma.

Kissane D., (2016) *The challenge of family-centered care in palliative medicine*. Ann Palliat Med;5:319-21

Lynch M, et al., (2011) *Palliative care nursing define the discipline?* J Hospice Palliat Nurs;13:106-11.

Magnani C., Mastroianni C., Ruggeri P., Casale G., (2015), *Revisione della letteratura sul dolore procedurale nel paziente adulto*. Rivista Italiana di Cure Palliative; 4.

Manicardi L., (2006) *L'umano soffrire*, Qikajon, Comunità di Bose.

Marriner A., (1989) *I teorici dell'infermieristica e le loro teorie,* CEA Milano, contiene *Saggio Jean Watson Filosofia e scienza dell'assistenza*, Beverly D., Porter R., Sloan S., pag, 160-168.

Mastroianni C, Calvieri A., (2014) *La rete di cure palliative: realtà hospice e realtà domiciliare.* Medic;22(1):55-6.

McCaffery M., Beebe A., (1989), *Pain: Clinical Manual for Nursing Practice*. St. Louis, MO: C. V. Mosby.

Mehta A., Chan L. S., (2008), *Understanding of the concept of" total pain": a prerequisite for pain control*. Journal of Hospice & Palliative Nursing, 10.1: 26-32.

Ministero della Salute, (2012) *Manuale di formazione per il governo clinico: appropriatezza*.

Musacchio V., (2004) *Il Codice dei Minori*, La tribuna.

Oliver, D. P., Washington, K., Demiris, G., Wallace, A., Propst, M. R., Uraizee, A. M., & Ellington, L. (2018) *Shared decision maaing in home hospice nursing visits: A qualitatve study.* Journal of pain and symptom management, 55(3), 922-929.

OMS, (2016) *Piano globale di azione per rafforzare il ruolo del sistema sanitario ai fini di combattere la violenza di genere e sui bambini*.

Ordine Psicologi del Lazio *Conoscere la legge N.219/2017 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Documento e glossario pensati per:*

cittadino, persona-paziente, familiare e operatori sanitari, Gruppo di lavoro "cure palliative e terapia del dolore".

Piredda, M., Bartiromo, C., Capuzzo, M. T., Matarese, M., & De Marinis, M. G., (2016) *Nursing care dependence in the experiences of advanced cancer inpatients*. European Journal of Oncology Nursing, 20: 125-132.

Piredda, M., Matarese, M., Mastroianni, C., D'Angelo, D., Hammer, M. J., & De Marinis, M. G., (2015) *Adult patients' experiences of nursing care dependence*. Journal of Nursing Scholarship, 47.5: 397-406.

Puntillo KA, White C, Morris AB, Perdue ST, Stanik-Hutt J, Thompson CL, Wild LR. (2001) *Patients' perceptions and responses to procedural pain: results from Thunder Project II*. Am J Crit Care. Jul;10 (4):238-51.

Puntillo, K. A., et al. (2014) *Determinants of procedural pain intensity in the intensive care unit. The Europain® study.* American journal of respiratory and critical care medicine, 189.1: 39-47.

Razzano G., (2014) *Dignità nel morire, eutanasia e cure palliative nella prospettiva costituzionale*. Giappichelli Editore.

Regolamento generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (Aggiornato alle rettifiche pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea 127 del 23 maggio 2018).

Rietjens, J. A., Sudore, R. L., Connolly, M., van Delden, J. J., Drickamer, M. A., Droger, M., Orsi, L. (2017). *Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care*. The Lancet Oncology, 18(9), e543-e551.

Risè C., (2004) *Felicità è donarsi. La cultura del narcisismo*. Sperling & Kupfer, Milano.

Saunders C., (2008) *Vegliate con me: hospice: un'ispirazione per la cura della vita*. Edizioni Dehoniane.

Società Italiana di Cure Palliative (SICP), (2018) *Il core competence italiano dell'infermiere in cure palliative*.

Spitale G., (2015) *Il dono nelle donazioni una prospettiva etica*, edizioni Il Poligrafo, Padova.

St. Marie B. (2013), *Pain management in patients receiving palliative care*. Oncol Nurse Advisor 2013:e1-6.

Stein E., (1985) *Il problema dell'empatia*, Studium Roma.

Storey P., (1996), *The vision of hospice and total pain relief*. Am J Hosp Palliat Care. 1996;13(1):40-49.

Travelbee J, in Marriner A.,(1989) *I teorici dell'Infermieristica e le loro teorie*, CEA, Milano.

Turri G.C., (2000) *Autodeterminazione, trattamenti sanitari e minorenni*, Questione giustizia, n.3.

Turri G.C., (2005) *Autodeterminazione, trattamenti sanitari e minorenni*, Rivista Minori e giustizia, Franco Angeli, Milano.

Wallerstein N. (2006), *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*, Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report; http://www. euro.who.int/Document/E88086.pdf, December 2007.

Watson J., (1979) *The Philosophy and Science of Caring, in Development of a Helping-Trust Relationship*, Little Brown and Company, Boston, 23-24.

World Health Organization (2018) *WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents*.

World Health Organization, et al., (2002) *WHO definition of palliative care*. http://www. who. int/cancer/palliative/definition/en/index. Html.

Wu H, Volker D., (2012) *Humanistic Nursing Theory: application to hospice and palliative care*. J Advan Nurs;68:471- 9.

Zagra M., Argo A., Sotino C., (2011) *Referto/rapporto e denunce sanitarie obbligatorie*, cap.10, Elsevier.

Zanardo S., (2007) *Il legame del dono*, Vita e pensiero, Milano.

Zanichelli A.C., (2000) *Manuale di diritto minorile* (2 ed), Edizione Moro, Bologna.

Zimmerman M.A. (2000), *"Empowerment theory: psychological, organizational and community evels of analysis"*. In: Rappaport J., Seidman E., eds. *Handbook of community psychology*. New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers: 43–63.

Sitografia

https://www.psicologia giuridica.com G. Cesaro.
https:// www.avvocatirandoguerrieri, leggi e diritto, mancato consenso Danila Bianco 2018.
htpps://www.sip.it Diritto del bambino ascolto Rino Agostiniani 2018.
https://www.chiarini.com/gdpr-protezione-dati-personali-ambito-sanitario/.
https://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=72024.
https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=75873.
https://www.diritto24.ilsole24ore.com/art/dirittoCivile/responsabilita/2019-03-15/lo-stato-arte-quasi-due-anni-approvazione-legge-gelli-094355.php.

CAPO V

COMUNICAZIONE

"Nel Fedro di Platone, Socrate diceva che la scrittura era una minaccia per la cultura perché a un libro non si possono fare domande. A Socrate mancava Internet."
Luciano De Crescenzo

In ambito sanitario, la comunicazione ha un ruolo rilevante nella relazione tra professionista e persona assistita, non solo per il dovere di rispettarne il diritto all'informazione, ma anche e soprattutto per promuoverne l'empowerment attraverso informazioni accessibili, accurate e di qualità.

Il tempo di relazione è tempo di cura!

La relazione professionista-cittadino, fondamentale per rispondere a bisogni di cura complessi in continua e rapida evoluzione, è uno degli elementi cardine del sistema salute. L'informazione e la comunicazione sono componenti essenziali di questa relazione, che però oggi non può più essere mediata unicamente dai canali di comunicazione più consolidati.
Considerando la molteplicità dei fattori umani, organizzativi, gestionali, tecnologici, che interagiscono nei sistemi sanitari, la comunicazione – in qualsiasi forma e modalità – assume particolare rilevanza divenendo, tra persone assistite e professionisti e tra professionisti in qualsiasi contesto, sostanziale.
Quotidianamente i professionisti devono intercettare, affrontare e gestire situazioni difficili dal punto vista tecnico e organizzativo ma anche e più spesso umane e relazionali complicate: la capacità di interagire con gli assistiti e con tutti i professionisti attraverso strumenti e modalità comunicative diverse diventa fondamentale e irrinunciabile.
Lo sviluppo e la diffusione di Internet hanno portato all'elaborazione di sistemi e modalità di comunicazione audiovisivi veloci e sofisticati, utilizzabili con un numero sempre più elevato di dispositivi che hanno cambiato le modalità di approccio all'informazione da parte del cittadino.
Gli ospedali e le strutture sanitarie che sfruttano le possibilità di comunicazione e aggregazione dei social media, non solo per proporre i propri servizi ma anche per promuovere la fidelizzazione, sono sempre più numerose.
Nel 2010 il Ministero della Salute, all'interno del processo di riforma della relazione tra la persona assistita e le istituzioni sanitarie, ha elaborato le linee guida per la comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute. Nel nostro Paese non vi è alcun vincolo normativo che obblighi le Pubbliche Amministrazioni, quindi anche le Aziende sanitarie e ospedaliere, a essere presenti nei social media; ma all'interno delle linee guida per la comunicazione online sono declinate anche le raccomandazioni relative all'impiego delle tecnologie del dialogo e al Web 2.0. Tali raccomandazioni sottolineano come sia fondamentale per tutte le strutture del SSN (Servizio Sanitario Nazionale) dotarsi di strumenti che aumentino la partecipazione da parte dei cittadini e che, nel contempo, rispettino la finalità di offrire informazioni valide e autorevoli[64].
Il cambiamento generato dallo sviluppo di Internet offre un'opportunità di comunicazione diretta con il cittadino, senza precedenti. Da questo fenomeno il mondo della sanità non può esimersi e ciò rappresenta una sfida per tutti i professionisti della salute.
Negli ultimi dieci anni, in particolare, la vita degli italiani è significativamente cambiata: a contribuire significativamente al cambiamento è stato lo smartphone che ha giocato un ruolo da protagonista nella rivoluzione compiuta dal sistema dei media. La percentuale degli utenti in Italia è passata da un timido 15% nel 2009 all'attuale 73,8%. La diffusione su larga scala di una tecnologia personale così potente ha prodotto una piccola mutazione antropologica che ha finito per plasmare desideri e abitudini[65]. I professionisti non possono non tenerne conto.

---

[64] Formez PA, Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione (2011) *Linee guida per i siti web della PA. Vademecum pubblica amministrazione e social media*. http://www.funzionepubblica.gov.it/.
[65] Censis (2019) *53° rapporto Censis/Ucsi sulla situazione sociale del Paese – Comunicazione e Media. http://*censis.it.

Le opportunità di natura professionale offerte dai social media sono numerose: favoriscono le relazioni professionali e sociali, migliorano la comunicazione con il cittadino ed in tempo reale, possono fungere da strumento didattico per studenti infermieri e docenti, permettono lo scambio rapido di messaggi, l'effettuazione di campagne di sensibilizzazione, contribuiscono alla diffusione e la discussione di buone pratiche di assistenza, di educazione sanitaria e dei risultati della ricerca, la costruzione di una rete di riferimento affidabile sui temi della salute, la condivisione di esperienze, aumentano l'aggregazione professionale, consentono di rappresentare e tutelare la professione infermieristica.
Non usare i social media anche in ambito sanitario significherebbe quindi rimanere un passo indietro rispetto alla realtà attuale e perdere i vantaggi offerti da questi nuovi mezzi di comunicazione. Le potenzialità di comunicazione dei social media sono molto elevate e, di conseguenza, richiedono una maggiore responsabilità nel loro utilizzo.
In quest'ottica gli articoli 28 e 29 del nuovo Codice Deontologico vogliono far riflettere il professionista sulla forma e sulle modalità corrette per comunicare. Ciò, a maggior ragione, a fronte della legittima ambizione di voler fare della professione, e della sua percezione sociale, qualcosa di compiuto e di apprezzato.
In alcun modo, quindi, il dettato di entrambi gli articoli va interpretato come una censura preventiva, né tanto meno come un divieto alla espressione del proprio pensiero e della propria valutazione, o opinione, incluse quelle sull'operato degli Ordini professionali provinciali, o della stessa FNOPI.

ART. 28 – COMPORTAMENTO NELLA COMUNICAZIONE
L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

La prima parte dell'articolo richiama l'attenzione dell'infermiere proprio sulla responsabilità comunicativa. Una responsabilità che presuppone conoscenza, consapevolezza, capacità di assunzione del controllo delle proprie azioni. Tutto ciò non può prescindere dalla competenza e, nello specifico dalla **competenza comunicativa**. Non si tratta solo di un termine linguistico che riconduce alla capacità di applicare correttamente le regole grammaticali di una lingua e formulare frasi e periodi corretti ma è anche la capacità di sapere quando usarle correttamente. Il concetto, quanto mai attuale, è stato elaborato dall'antropologo statunitense Dell Hymes nel 1966: egli affermava che una persona era dotata di competenza comunicativa quando era capace di scegliere quando parlare, quando tacere, di cosa parlare, a chi, in che modo, quando e dove.
Tale capacità è presupposto fondamentale per agire la seconda parte dell'articolo 28, ovvero *l'infermiere… tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.*

"Le parole insegnano, gli esempi trascinano…" *(S. Agostino)*

Quando tacere…

"Nel corso del turno notturno una infermiera descrive in diretta, sul proprio diario Facebook, le situazioni di chiamata da parte delle persone ricoverate, commentandole con parole progressivamente più volgari, fino a postare chiari insulti in prossimità della fine del turno di lavoro.

Poche ore dopo, la stessa infermiera cancella dal proprio diario queste "dichiarazioni", ma nel frattempo qualcuno ha salvato, con un semplice screenshot, i precedenti contenuti che, nello stesso giorno, condivide con i responsabili della struttura dove lavora e con l'Ordine professionale di appartenenza. Curiosamente, chi ha salvato questi commenti è persona "amica su Facebook", poiché ha accesso a quel diario solo chi ha un rapporto di "amicizia" con la titolare."
Tacere quindi non significa necessariamente rinunciare ad esprimere un proprio pensiero, ma prendersi il tempo di elaborarlo e portarlo con modalità costruttive e propositive. Oggi questo tempo di riflessione viene meno quando si usano piattaforme social, ma le conseguenze permangono anche in caso di "ripensamenti".

Di cosa parlare…

"Durante un intervento chirurgico, effettuato in Campania, l'equipe operatoria interrompe il proprio lavoro e si fa fotografare vicino alla breccia chirurgica, ben visibile nella immagine. Saranno coinvolti un chirurgo, un anestesista, due infermiere, tutte di sesso femminile, e tutte durante l'orario di servizio. Le sanzioni furono comminate da parte dell'Azienda sanitaria e dai rispettivi Ordini professionali.

In che modo parlare…

"In un reparto pediatrico alcune mamme lamentano una serie di disagi in corso di ricovero e lo fanno sui loro spazi social. In particolare una di queste madri descrive in dettaglio alcune situazioni, esprimendo pesanti giudizi sulla organizzazione, sui professionisti, sulla logistica della struttura. Alcune infermiere rispondono direttamente sul diario della madre che ha assunto il ruolo di "leader" della polemica, in qualche caso cercando un dialogo ed in altri casi usando toni e parole decisamente poco opportuni. Il giornale (cartaceo) locale riprende la "bagarre" social e confeziona un paio di articoli."
Non ci furono conseguenze per le infermiere ma, per alcune settimane, il clima in quella realtà fu decisamente pesante; il direttore medico del reparto di Pediatria accusava le infermiere di avere tenuto un comportamento inopportuno, mentre queste non si sentirono tutelate dal datore di lavoro, tantomeno dal direttore medico.
L'Infermiere ha la grande possibilità di utilizzare competenze comunicative non solo in ambito educativo e assistenziale, ma anche per operare un processo di mediazione e sensibilizzazione sulla professione stessa. I canali di oggi permettono una relazione comunicativa asimmetrica uno verso molti. Ogni infermiere è in realtà un agente politico che ha il potere di innalzare o distruggere la professione. Questo senso di responsabilità deve essere progressivamente interiorizzato dalla comunità professionale affinché utilizzi i toni ed i modi corretti per concorrere positivamente allo sviluppo professionale e al rapporto fiduciario infermiere cittadino non tradendo quel patto di cura che viene siglato ben oltre il mero momento assistenziale, ma in ogni momento della giornata in cui operiamo comunicativamente come professionisti.

Quando parlare, dove e come…

Una giovane infermiera neo laureata, assunta in una RSA, pubblica selfie durante il turno notturno con in mano un mitra giocattolo. Segnala che la sua è una strategia di "coinvolgimento" in un gioco con i "suoi vecchietti che certamente hanno fatto la guerra": tono, immagini, contenuti sono chiaramente poco opportuni e certamente distanti dai concetti di decoro e rispetto, sia nei confronti dell'assistito, sia della professione. Il contratto di lavoro non fu rinnovato.

A chi parlare e in che modo…

"A scopo "pubblicitario", vengono mostrati in continuazione su più profili social, tutti riconducibili alla struttura, i degenti di una RSA campana "a conduzione familiare", coinvolti in attività ludiche e manuali.
Più "post" al giorno dimostrano sicuramente un impegno e un coinvolgimento apprezzabili; sono presenti negli scatti anche alcuni infermieri: si scopre successivamente, dalla segnalazione di un familiare, che non viene mai chiesta un'autorizzazione alla pubblicazione delle foto né agli ospiti né ai familiari (o ai titolari di delega nei casi di amministrazione di sostegno)."
In questo caso è osservabile come livelli comunicativi sbagliati possono far incappare non solo nella inosservanza di questi due articoli del codice deontologico ma di molti altri. In questo caso l'inosservanza dell'art 19 sulla confidenzialità e riservatezza oltre che le norme generali sulla tutela della privacy[66].

A chi parlare, dove e come…

"Un collega posta una foto di un grande "buco nel muro" del reparto, spiegando che da mesi si trovano a lavorare in questa situazione, nonostante numerose richieste avanzate dalla coordinatrice e dal direttore medico. Il suo commento social: "...sembra Beirut".
Questo episodio è emblematico: all'infermiere arrivò la convocazione per un procedimento disciplinare aziendale, chiuso con una sanzione economica pari a quattro ore di lavoro: ciò permette di ricordare che esistono anche codici disciplinari, diversi da Azienda ad Azienda e, pur in presenza di una azione deontologicamente poco significativa, possono creare complicanze al professionista che non li rispetta.
Una comunicazione corretta nel modo e nella forma passa anche attraverso la conoscenza delle modalità e dei percorsi più opportuni ai fini della risoluzione dei problemi rilevati.

Perché parlare…

"Due colleghe si ritraggono mentre bevono il caffè in cucinetta e naturalmente postano, e ripostano sui vari social, il momento. I commenti si susseguono, soprattutto da parte di cittadini utenti, e sono tutti molto pesanti nei confronti dell'intera categoria."
In questo caso il gesto non è di per sé censurabile. Va fatto notare come però, al netto dei codici di comportamento aziendali, il pensiero ragionato sull'utilizzo comunicativo della professione va spostato su un livello di opportunità e un livello strategico.
Il break è un diritto ma come è più opportuno apparire?

I nostri assistiti spesso immaginano una partecipazione dei professionisti ai loro drammi che non è solo empatica ma simpatica. Il cittadino medio vive di pregiudizi ancora pesanti e sull'infermiere e sull'infermiere del pubblico impiego in particolare. Ci immaginano come se dovessimo vivere con eguale sofferenza i loro patimenti e trovano stonato e irrispettoso anche solo immaginare che durante il nostro turno possiamo prenderci un break come da Contratto.
Con riguardo alla pericolosità della diffusione di informazioni personali sui social network, si è espresso di recente il Garante per la protezione dei dati personali (seppur in una vicenda che non riguardava l'attività medico-sanitaria), affermando che "l'estrema pervasività" della divulgazione di dati personali tramite i social network è idonea ad aggravare estremamente le potenziali violazioni dei diritti della persona che siano perpetrate con tali mezzi. Ma la sensazione di pervasività sui dati personali supera il mero inquadramento fattuale del volto o del nome. Nella coscienza pubblica, difatti, basterà solo sapere che **tramite** quello scatto, pur non **potendosi vedere alcuno** in particolare, si **possa immaginare** che a pochi centimetri vi era il nostro caro per

[66] Regolamento generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (Aggiornato alle rettifiche pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea 127 del 23 maggio 2018).

far scattare un senso di invasione violenta nella nostra vita nel suo momento più vulnerabile, ovvero la malattia proprio in virtù di quel senso distorto sul lavoro pubblico nell'ambito della salute.

Di cosa parlare, in che modo e dove…

"Alcuni colleghi fanno affermazioni di natura politica decisamente contrastanti con i dettati del Codice Deontologico, tipo incitamenti alla pena di morte, sterminio di alcuni gruppi di criminali o sospetti tali, proposte di "soluzioni finali" su questa o quella tematica."
Il confine tra la libertà di espressione individuale e la violazione del Codice Deontologico è molto sfumato. Per non oltrepassarlo è opportuno riflettere sulla ricaduta delle affermazioni quando esplicitamente o implicitamente riconducibili al professionista.
Il professionista non "sveste" il ruolo online. Va ricordato che anche il like è un'opinione come confermato dalla recente giurisprudenza.

Quando tacere…

"Calunnie e accuse social verso colleghi e altri componenti l'equipe: scambio di insulti, accuse, calunnie e reciproche offese su social, "ad personam" e contro altre categorie e/o contro altri "gruppi" di operatori. Dalle repliche alla querela per oltre una quarantina di persone:"
A far da sfondo ai casi sinteticamente riportati è evidentemente superficialità, scarsa conoscenza, insufficiente consapevolezza dei rischi correlati a un uso improprio dei social media: violazione della riservatezza di pazienti o colleghi, inappropriata condivisione e diffusione di informazioni sensibili, violazione dei confini professionali, violazione della riservatezza di informazioni sanitarie, compromissione dell'immagine dell'infermiere, dell'organizzazione a cui appartiene o del sistema sanitario.
Rischi esponenzialmente elevati e non controllati – da qui forte il richiamo e l'invito alla riflessione e ad un agito proattivo dell'articolo 28 – quando viene meno la capacità di assunzione del controllo delle proprie azioni, incapacità aggravata dalla non conoscenza dei limiti estrinseci ed intrinseci dei social media. Tra i primi, quelli dello strumento quali caratteristiche, policy, condizioni d'uso ecc. e tra i secondi l'impressione di uno spazio personale o di piccola comunità, l'impressione di un senso di intimità e non ultima di impunità.
E' evidente quindi che l'***incompetenza comunicativa*** che si sostanzia è inaccettabile e pericolosa quanto l'incompetenza clinica.

"…Ma solo i fatti danno credibilità alle parole" *(S. Agostino)*

Il comportamento nella comunicazione con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità e la tutela e la riservatezza delle persone e degli assistiti definito e atteso dall'infermiere si sostanzia con azioni già declinate nel 2013 dalla FNOPI nella "Guida all'uso dei social media" in cui si caratterizzava come segue il posizionamento dei professionisti nell'uso di questi strumenti di comunicazione.

L'uso dei social media con la persona assistita

Rispettare la riservatezza online dell'assistito – ovvero (1) prima di postare informazioni online considerare la solidità delle ragioni per farlo, assicurarsi di avere il consenso dell'assistito, che la sua identità sia protetta e che le informazioni pubblicate online non ne permettano l'identificazione.
(2) Non diffondere mai attraverso i social media immagini o informazioni relative all'assistito che possano violare i suoi diritti di privacy e riservatezza. (3) Non pubblicare, condividere o diffondere

immagini, dati o informazioni dell'assistito acquisite nella relazione infermiere-paziente. (4) Non esprimere commenti sugli assistititi anche quando gli stessi non possono essere identificati. (5) Non acquisire immagini (fotografie, video) utilizzando dispositivi personali ivi inclusi i telefoni cellulari.

Mantenere i confini professionali online – I contatti online sfumano questi confini: la relazione terapeutica che si instaura tra infermiere e assistito differisce in modo sia formale, sia sostanziale dalla relazione sociale. Per mantenerla entro i confini professionali, anche online, è bene valutare l'opportunità di "accettare l'amicizia" degli assistiti sui social media o "favorire l'accesso degli assistiti" su siti personali o sociali. La relazione va mantenuta entro i confini professionali anche con i familiari e le altre persone coinvolte dall'assistito.

Mantenere gli standard professionali online – Elevati standard professionali sono attesi anche quando si utilizzano i social media o altre forme di comunicazione elettronica. La professionalità va tutelata anche online: la fiducia dell'assistito nei confronti dell'infermiere e l'immagine della professione infermieristica sono fortemente condizionate dalla professionalità espressa dall'infermiere e percepita dagli assistiti e dal loro entourage, anche attraverso la comunicazione.

L'uso dei social media con gli altri professionisti

Tutelare online il decoro e la dignità propria e dei colleghi ed evitare comportamenti contrari alla deontologia, ovvero (1) proteggere la propria riservatezza, (2) considerare attentamente le opzioni offerte dai social media al momento della registrazione o dell'apertura di un account, (3) valutare i profili, le immagini pubblicate, le informazioni e i commenti postati su blog e forum, (4) agire con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori, (5) non pubblicare commenti negativi, informazioni, immagini relative a colleghi, collaboratori o altri professionisti.
In altro modo, possono essere compromesse l'integrazione e l'interazione tra operatori, modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.

L'uso dei social media nell'organizzazione

Mantenere online un comportamento corretto nei confronti dell'organizzazione, ovvero (1) conoscere e rispettare le politiche e i regolamenti aziendali relativi all'uso di computer, fotocamere, telecamere e altri dispostivi elettronici, compresi quelli personali, durante l'orario di lavoro e/o di formazione o stage. (2) Non pubblicare commenti o informazioni a nome e per conto delle strutture pubbliche e private (o dell'università), se non esplicitamente autorizzati e nel rispetto delle indicazioni definite dai regolamenti adottati.

ART. 29 – COMPORTAMENTO NELLA COMUNICAZIONE
L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.

Dal comportamento ai **valori nella comunicazione**, l'articolo 29 *sottolinea come l'infermiere anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.*
E qui l'attenzione e le riflessioni vanno a un paradigma di fondo:" Il **tempo di comunicazione, irrinunciabile nella relazione, è tempo di cura**". Questo tempo non può prescindere

dall'esigenza di **parole oneste**[67]. Mutuando i concetti espressi da Sandro Spinsanti nel suo ultimo libro "*La cura con parole oneste, Ascolto e trasparenza nella conversazione clinica*", la comunicazione si deve misurare con una duplice pietra di paragone, il **perché** e il **come** viene fatta.
Anche attraverso i social media la comunicazione deve essere tale da permettere alla persona assistita di essere consapevole e responsabile nella co-decisione del suo percorso pur nella contezza di un altro paradigma: la relazione diretta infermiere – persona assistita in alcun modo può essere sostituita dai social media. Tuttavia questi ultimi non possono, come già precedentemente affermato non essere tenuti in conto dall'infermiere nella comunicazione con l'assistito quali strumenti di rinforzo, di recupero, della comunicazione effettuata offline.
La finalità della comunicazione incide sul "come" – sostiene Spinsanti – una comunicazione senza attenzione al contenuto e a quanto lo stesso può generare in termini di interpretazione, azione, comportamento, rischia di riflettersi in modo negativo e dannoso sia sulla relazione infermiere – assistito sia sull'assistito in quanto destinatario e fruitore della stessa.
L'attenzione agli effetti della comunicazione – spiega Spinsanti – è la misura dell'onestà delle parole. La comunicazione deve essere commisurata alla domanda della persona e per essere caratterizzata da parole oneste non deve essere solo accurata ma, anche attraverso i social media, accompagnata da una modalità propria e contestualizzata.
La consapevolezza e la responsabilità nelle scelte rischiano fortemente di venire meno se suffragate da una comunicazione inattendibile. Questo rischio, nella comunicazione attraverso i social media è maggiore e fortemente concretizzabile: basta pensare alle fake news, o alle informazioni fuorvianti, non veritiere, non sostenute da evidenze scientifiche, non validate, che eccedono e si moltiplicano in rete.
Il ruolo dell'infermiere è anche quello di tutelare il cittadino da un "**sovraccarico di comunicazione**" e da una "**comunicazione non onesta**", ovvero una comunicazione non scientifica, non etica e che non favorisce dunque dialogo, confronto e dibattito costruttivo.
In assenza della competenza professionale dell'infermiere, ovviamente interagita con quella degli altri professionisti sanitari e non online e offline, le scelte della persona assistita rischiano fortemente di essere "non scelte".
Quindi ogni volta che un infermiere si presenta come tale e agisce sui social e sul Web mancando di decoro, di rispetto, usando turpiloquio, rinunciando ad ogni possibilità di confronto costruttivo e sereno, parlando senza cognizione di causa sia in merito ad evidenze scientifiche sia in merito ad una consapevolezza ragionata dei fenomeni di cui discute: (1) mina l'immagine di tutta la comunità professionale che ne esce mortificata sul piano etico, deontologico, culturale, (2) frena la credibilità professionale e istituzionale nei confronti della società civile, politica e del sistema sanitario in generale entro cui opera.
Inoltre confligge deontologicamente quando: (1) non tiene conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona, (2) non si impegna a cercare il dialogo nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, (3) non persegue uno spirito di collaborazione e confronto con i colleghi o con altri professionisti sanitari e non, (4) non riconosce e valorizza lo specifico apporto degli altri attori nell'equipe, (5) non tutela il decoro personale ed il proprio nome e non salvaguarda il prestigio della professione[68].
E' emblematico il caso di un professionista che pur essendo stato assolto dalle accuse penali (omicidio plurimo) è stato comunque radiato dal proprio ordine professionale per avere postato immagini e commenti lesivi della dignità delle persone assistite, dell'immagine e del decoro professionale venendo meno ai comportamenti e ai valori attesi nella comunicazione.

[67] Spinsanti S., (2019) *La cura con parole oneste, Ascolto e trasparenza nella comunicazione* clinica, Il Pensiero Scientifico Editore.
[68] FNOPI (2018), *Pronunciamento Consiglio Nazionale sulla condotta social dei professionisti*, http://www.fnopi.it .

Riferimenti bibliografici

Formez PA, Ministero per la pubblica amministrazione e la semplificazione (2011) *Linee guida per i siti web della PA. Vademecum pubblica amministrazione e social media*. http://www.funzionepubblica.gov.it/ .

Censis (2019) *53° rapporto Censis/Ucsi sulla situazione sociale del Paese – Comunicazione e Media. http://*censis.it .

Istituto Superiore di Sanità (2015), *Conferenza di Consenso "Linee di indirizzo per l'utilizzo della Medicina Narrativa in ambito clinico-assistenziale, per le malattie rare e cronico-degenerative,* http://old.iss.it/binary/cnmr4/cont/Quaderno_n._7_02.pdf .

Ministero della Salute e Università Sapienza Roma (2010) *Linee guida per la comunicazione online in tema di tutela e promozione della salute*.http://www.salute.gov.it .

Ministero della Salute e Università Sapienza Roma (2015) *Comunicazione e performance professionale: metodi e strumenti*.http://www.salute.gov.it .

FNOPI (2013), *Gli infermieri sui social media: usarli correttamente è un'opportunità,* http://www.fnopi.it .

FNOPI (2018), *Pronunciamento Consiglio Nazionale sulla condotta social dei professionisti,* http://www.fnopi.it .

Regolamento generale sulla Protezione dei Dati 2016/679 (Aggiornato alle rettifiche pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale dell'Unione europea 127 del 23 maggio 2018).

Spinsanti S., (2019) *La cura con parole oneste, Ascolto e trasparenza nella comunicazione* clinica, Il Pensiero Scientifico Editore.

CAPO VI

ORGANIZZAZIONE

ART. 30 – RESPONSABILITÀ NELL'ORGANIZZAZIONE

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

Questo importante e complesso articolo del codice deontologico relativo alla responsabilità nell'organizzazione affronta in primo luogo il contesto, ovvero i differenti livelli di responsabilità che l'infermiere operante nell'organizzazione può ricoprire e alle differenti dimensioni in cui essa può essere esercitata quali l'area clinico-assistenziale, organizzativo-gestionale e, formativa e di ricerca.

Il **primo aspetto** relativo alla **responsabilità infermieristica** in ambito clinico-assistenziale deve essere visto come momento caratterizzante "Il **prendersi cura della persona**": saperla valutare e accudire nei vari setting assistenziali: ospedale, territorio, comunità; momenti importanti strettamente correlati alla relazione che si deve instaurare tra professionista ed assistito e/o famiglia e/o caregiver. Vi è quindi una responsabilità diretta del professionista nel porre costantemente al centro della sua attenzione l'assistito e i suoi bisogni e /o problemi siano essi espressi o inespressi, creando con lui una **relazione di cura**.

Il **secondo aspetto** è relativo all'**équipe assistenziale**, formata dai colleghi Infermieri e dalle altre professionalità, nonché dell'equipe di supporto. Il *valore* che tale gruppo può esprimere non si ferma semplicemente nel condividere un processo di cura e quindi all'applicazione di una metodologia e all'esecuzione dei relativi interventi, ma ogni singolo professionista deve riuscire a garantire che sono state apportate le migliori cure legate ad una tecnica sostenuta da evidenza scientifica e che l'utilizzo degli strumenti che si sono resi necessari è stato appropriato.

Il **terzo aspetto** è relativo al **contesto** in cui opera, ovvero nell'**organizzazione** appunto che deve garantire cure empatiche e servizi adeguati. Questo aspetto in parte determina anche il perimetro giuridico delle responsabilità professionali che si evincono nell'osservare ciò che è contenuto in regolamenti, procedure, istruzioni operative aziendali. Questi strumenti inoltre aiutano il professionista ad orientarsi nella specifica organizzazione.

Aspetto innovativo dell'articolo rispetto al codice del 2009 che delineava ai vari livelli organizzativi una responsabilità di orientamento alle politiche e sviluppo del SSN è quello di aver correlato il concetto di responsabilità infermieristica organizzativa alla posizione e collocazione dell'Infermiere nei vari contesti operativi.

Gli aspetti assistenziali dovuti si differenziano, di fatto, per competenza e conoscenza, in base al ruolo che l'infermiere può esercitare anche rispetto agli incarichi e posizioni rivestite.

Così, il Direttore Infermieristico risponde a livello aziendale del governo dell'assistenza nella sua interezza (selezione, formazione, scelta di modelli organizzativi, ecc.) assumendo così la responsabilità delle cure infermieristiche totali prestate di una intera organizzazione sanitaria.

Il Responsabile di area, distretto, dipartimento, area metropolitana ecc. è responsabile delle cure erogate all'interno del perimetro della propria area e dei risultati di salute prodotti che devono risultare pertinenti con gli obiettivi che si erano identificati periodicamente e risponde nel garantire efficacia, efficienza ed appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili.

Il Coordinatore di una struttura, reparto, zona territoriale, servizio ecc. deve occuparsi della risposta assistenziale fornita dal suo team, della qualità delle cure percepite ed erogate all'interno dei vari setting di cura, dei metodi, strumenti e tecniche applicate.

L'infermiere in ultima analisi si rende responsabile dei propri atti di cura, della loro aderenza alle evidenze scientifiche, provvedendo al benessere della persona assistita del giusto impiego degli strumenti utilizzati e del costruire la giusta relazione di cura.

La responsabilità gestionale assume, rispetto a quella assistenziale, caratteristiche decisamente organizzative come ad esempio l'organizzazione dei piani di lavoro, piuttosto che la pianificazione

delle presenze nonché l'utilizzo di strumenti informatici per la redazione della documentazione assistenziale.
Anche in questo caso sussistono differenti livelli di responsabilità. Il Direttore assistenziale ha una responsabilità complessiva su tutte le tipologie dei piani di lavoro nonché su tutte le matrici organizzative e ne deve saper valutare l'appropriatezza complessiva rispetto agli obiettivi strategici della struttura diretta.
I Responsabili di area, dipartimento, distretto, territorio, area metropolitana ecc. assumono una responsabilità di appropriatezza relativa alla propria area di appartenenza.
Il Coordinatore, a sua volta risponderà delle matrici di turno gestite, nonché dei piani di lavoro con una responsabilità diretta e normativa sul loro utilizzo.
L'infermiere, infine, assume una responsabilità comportamentale, ovvero la corretta applicazione delle direttive definite dal piano di lavoro nonché il rispetto puntuale della matrice di turno ad esso assegnata.
Il livello formativo, dal punto di vista della responsabilità assume a sua volta una differente connotazione.
Il Direttore assistenziale farà leva sul piano formativo Aziendale come piano strategico per il proprio personale, ritenendo tale strumento una forte leva per tutti i professionisti per poter raggiungere nuove performance e competenze.
Il Responsabile di Area orienta nello specifico il proprio gruppo di lavoro secondo i bisogni formativi stimati alla partecipazione al piano formativo Aziendale proposto e a quelli fruibili all'esterno tenendo conto delle specifiche esigenze.
Il coordinatore, a sua volta, deve mettere in atto meccanismi di programmazione e rotazione per facilitare la partecipazione di tutto il suo team agli eventi formativi. Inoltre, deve essere in grado di saper misurare la performance individuale di ogni suo singolo collaboratore rispetto al fabbisogno richiesto dal setting di cura dove si opera, promuovendo la crescita personale di ognuno di loro.
L'infermiere ha la responsabilità della propria formazione in quanto consapevole che tale attività è imprescindibile non tanto per la sua obbligatorietà, quanto per il proprio sviluppo professionale di carriera e al mantenimento della propria competenza.
L'articolo 30 indica come agire per rispondere alla propria responsabilità, ovvero" partecipa *e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale*."
In particolare la equa allocazione è da ritenersi un'attività che si caratterizza ai differenti livelli di responsabilità: direzione generale, di dipartimento/distretto, di struttura organizzativa. La sua caratterizzazione non è solo un fatto di dimensioni ma anche un elemento di strategia e di applicazione di metodologie scientificamente riconosciute.
Inoltre, proprio per la necessità di essere "equa" e capace di valorizzare la funzione e il ruolo vi è la necessità di agire in un modo nuovo capace di affrontare la complessità multidimensionale del tema e dei contesti operativi.
Per garantire ciò oggi si utilizza il termine: gestione dello *staffing* termine volutamente non tradotto perché oggi rispetto al contesto italiano risulterebbe riduttivo e incompleto sintetizzare semplicemente in assegnazione del personale tutte le attività che si contemplano per realizzare questo processo.
La gestione dello *staffing* è quindi un processo multifattoriale, multidimensionale fatto di composizione del team dal punto di vista delle competenze (livello formativo e carriera professionale), della quantità degli operatori, dallo stile di leadership, dal clima organizzativo, dal livello di sviluppo di carriera in rapporto alle motivazioni, dalle procedure, metodi e strumenti esistenti per garantire "buone pratiche" e attività sicure per i professionisti e gli assistiti , regole per la programmazione dei turni ecc.

Sta ad ogni singolo professionista mettersi in discussione in ogni luogo di lavoro indifferentemente dal ruolo rivestito e supportare l'organizzazione a sperimentare modelli innovativi dell'assistenza. Si deve possedere una forma di flessibilità che faciliti i cambiamenti per aiutare l'organizzazione a plasmarsi rispetto ai nuovi bisogni di salute.

ART. 31 – VALUTAZIONE NELL'ORGANIZZAZIONE

L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla. Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.

La valutazione dell'organizzazione in questo articolo assume finalmente una connotazione molto importante. Un aspetto che in passato è stato trattato in moltissimi modelli di cure infermieristiche. L'ambito a cui si pensa è "l'ambiente sicuro" per l'assistito e per lo stesso professionista.
Le valutazioni che l'infermiere può realizzare sono insostituibili e importantissime: esse rappresentano frequentemente condizioni preventive che se non garantite possono pregiudicare l'intero processo di cura o la prestazione stessa.
L'infermiere attraverso la relazione con l'assistito, con la famiglia, riesce a valutare in modo multidimensionale i processi di accoglimento, di socializzazione e di supporto nonché di competenza e di efficacia favorendo lo sviluppo di una organizzazione "centrata sull'assistito".
Analisi preventive per la progettazione delle strutture sanitarie dovrebbero essere rese obbligatorie – oggi non lo sono – per prevedere appunto necessità che solo la competenza infermieristica riesce a cogliere.
Questa dimensione gestionale e logistica consente di lavorare sul contenitore del processo di cura che quindi impatta in modo rilevante e a volte in modo particolarmente determinante. Per esempio strutture di alto isolamento devono possedere caratteristiche organizzative e gestionali particolari, cosi come l'architettura interna degli spazi: lunghi percorsi, attribuzioni logistiche sbagliate, ecc. influiscono poi negativamente sul carico di lavoro degli operatori e, per esempio, sul disagio dei tempi di attesa dei pazienti.

L'elemento innovativo dell'articolo sta nella consapevolezza del **ruolo proattivo** dell'infermiere anche in ambito organizzativo. Lo stesso, non segnala carenze e disservizi, ma valuta il contesto di lavoro e comunica i risultati partecipando attivamente al miglioramento degli stessi sia in termini di sicurezza degli assistiti che degli stessi professionisti.

ART. 32 – PARTECIPAZIONE AL GOVERNO CLINICO

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

Il concetto di **governo clinico** (*clinical governance*) trae origine nel Sistema Sanitario Inglese (NHS) alla fine degli anni '90 quale esito di antecedenti riflessioni sul tema della qualità.
A partire dal documento "*The principles of quality assurance*" (OMS, 1983), è stata declinata in 4 principali variabili: qualità tecnico-professionale, efficienza nell'allocazione delle risorse, gestione del rischio, soddisfazione dei pazienti.
Dalle teorizzazioni iniziali all'ampiezza degli sviluppi più moderni, che giustificano lungo la linea del tempo l'enfasi del presente articolo nel nuovo Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche, vi è convergenza sulle caratteristiche di un Sistema Sanitario ideale:

- ✓ Sicurezza delle cure;
- ✓ Efficacia riscontrata negli outcome;
- ✓ Centralità della persona assistita e del suo alveo relazionale;
- ✓ Tempestività e pervasività degli interventi;
- ✓ Efficienza macro e micro organizzativa;
- ✓ Equità nell'allocazione delle risorse e nell'erogazione dei prestazioni/interventi.

Molteplici quindi gli attori che, in un'ottica sistemica, contribuiscono alla realizzazione di un modello sanitario accessibile, capace di rispondere ai bisogni mutevoli della popolazione, che restituisca accettazione sociale e soddisfazione dell'utenza coinvolta direttamente o preventivamente.
Alla luce dei nuovi riferimenti normativi, tendono a tale obiettivo virtuoso i professionisti, le organizzazioni sanitarie e, non ultimi, i pazienti.
La prima definizione di **governo clinico** viene fornita da Donaldson nel documento "*A First Class Service: Quality in the new NHS*" come "sistema attraverso il quale le organizzazioni sanitarie si rendono responsabili per il miglioramento continuo dei loro servizi e garantiscono elevati standard di performance assistenziale, assicurando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza"[69].
D.B. Freedman, a sua volta, ha ripreso il concetto estendendolo a cambiamento culturale del sistema salute che fornisce mezzi per lo sviluppo delle capacità organizzative necessarie ad erogare un servizio di assistenza sostenibile, responsabile, centrato sui pazienti e di qualità.

La logica sottesa, e mai abbandonata, alle diverse definizioni che si sono quindi avvicendate è stata quella della programmazione, gestione, misurazione costante e valutazione sistemica, con orientamento allo scopo/risultato di innalzare lo standard qualitativo di erogazione delle prestazioni cliniche e assistenziali per la tutela della salute dell'individuo e della collettività.
Dai presupposti suddetti, sono quindi stati esplicitati i **determinanti del governo clinico**, da realizzarsi in interconnessione e complementarietà attraverso un approccio integrato e multiprofessionale:

- ✓ **Formazione continua:** declinabile come apprendimento continuo rivolto ad individui ed equipe che interseca i bisogni dei pazienti, migliora gli esiti di salute e si focalizza sulle priorità del SSN, espandendo e potenziando le potenzialità dei professionisti (Department of Health – NHS, 1998).
  La formazione continua è da intendersi come canale preferenziale e virtuoso per l'accrescimento costante di conoscenze e competenze necessarie a fronteggiare la rapidità con cui si adatta il rapporto domanda/offerta, garantendo un livello qualitativamente adeguato, poiché costantemente aggiornato, delle prestazioni sanitarie, in considerazione dei risultati prodotti dalla ricerca, della rapida introduzione di nuove tecnologie e delle aspettative del *patient engagement*.
  Quest'ultimo aspetto, di crescente attenzione ed importante impatto sugli esiti, condiziona il fabbisogno formativo e richiede una costante manutenzione culturale dei programmi formativi dei percorsi di base, post base e permanenti, affinché si perseguano obiettivi misurabili e realistici, aggiornati e che producano un sensibile riverbero sulle performance;
- ✓ **Gestione del rischio clinico**: è definibile come l'insieme di iniziative volte a ridurre la probabilità che si verifichino danni e/o eventi avversi correlati a prestazioni sanitarie. L'intercettazione e la riduzione degli errori si colloca alla base di tale processo di management,

[69] Scally G., Liam J Donaldson L., J., *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*, BMJ 1998; 317 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61 (Published 04 July 1998).

articolato e complesso, e che richiede un'analisi sistematica e metodologica di eventuali cause o condizioni sfavorevoli in un'ottica protettiva e preventiva.

Il fattore individuale, evidentemente, gioca un ruolo cardine nella pratica clinica, considerati gli ambiti di autonomia e di responsabilità raggiunti negli ambiti della disciplina infermieristica sia in chiave normativa sia di esercizio professionale, tuttavia è noto come plurime variabili umane e non, possano generare un effetto distraente che alimenta il corollario multifattoriale quale di un evento avverso.

Un errore non è che l'esito di un'intersezione sfavorevole di coesistenti fattori di contesto: dagli aspetti organizzativi in senso lato alla complessità nel realizzare un vero lavoro di squadra, dalla latenza comunicativa al monitoraggio dei carichi di lavoro e delle responsabilità correlate, sino all'obsolescenza della tecnologia o, di contro, al mancato ricorso a strumenti e supporti tecnologici.

L'identificazione, e la conseguente segnalazione degli errori, riveste una precipua importanza per un'analisi integrata guidata da strumenti provenienti dal Ministero della Salute, dai Servizi Sanitari Regionali e da consolidate pratiche di prevenzione/riduzione degli errori, implementate localmente:

- ✓ **Audit clinico**: è uno degli strumenti di governo clinico finalizzato ad analizzare, verificare e sintetizzare i processi clinico – assistenziali, quale metodica di revisione critica della pratica *evidence based* strettamente connessa a procedure e protocolli in essere, nell'organizzazione di riferimento, o a linee guida accreditate, con riferimento a Medicina basata sull'Evidenza (EMB, EMN, EBP = EMHC), come da implicazione normativa derivante dalla legge n. 24/2017 (art. 5). Risulta in tal senso rilevante l'appropriato utilizzo delle fonti da realizzarsi con metodi di ricerca rigorosi;
- ✓ **Linee guida cliniche e percorsi assistenziali**: l'art. 3 del decreto-legge 158/2012 (c.d. decreto Balduzzi) poneva l'enfasi su esercenti le professioni sanitarie, che nello svolgimento della propria attività, si attengono a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica, non rispondono penalmente per colpa lieve.

  L'art. 5, di cui sopra, della legge n. 24/2017 (c.d. legge Gelli – Bianco), sposta l'attenzione sul sistema di prevenzione del rischio, fondando l'agire professionale su raccomandazioni previste da "*linee guida pubbliche elaborate da istituzioni ed enti pubblici e provati, nonché dalle società scientifiche o associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie, iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministero della Salute*", o si attengono a buone pratiche clinico-assistenziali, secondo la logica di un sistema guida per i professionisti sanitari;
- ✓ **Gestione di reclami, dei contenziosi e comunicazione**: sono parte integrante del governo clinico e sono indicatori di qualità organizzativa. Prevedono l'istituzione di un sistema fluido e accessibile alla possibilità di esporre criticità intervenute durante la *patient experience* da parte dell'utente e, contestualmente, la revisione quali-quantitativa dei casi, assicurandone *feedback* ai professionisti e/o agli attori coinvolti.

  Anche la comunicazione, quindi, è uno degli strumenti efficaci per migliorare l'organizzazione sanitaria e influenzare positivamente il governo clinico: la circolarità della stessa, sia nell'equipe interprofessionale, sia come scambio bidirezionale con i pazienti, incrementa l'engagement di tutte le figure professionali coinvolte e degli utenti, migliorandone l'*aderence* a trattamenti e/o prestazioni infermieristiche;
- ✓ **Ricerca e sviluppo**: se la ricerca è associata alla valutazione del *know-how*, nonché all'auspicabile e continua creazione di nuove conoscenze, lo sviluppo riguarda le modalità di incrementare il livello prestazionale e di influenzare gli esiti, mediante l'impiego dei risultati della ricerca, favorendone la diffusione indistintamente in tutti gli ambiti disciplinari, con riverbero sulla cultura erogativa e organizzativa;

- ✓ **Esiti** (ESI o NSO): valutare le performance mediante indicatori prestabiliti e misurazioni costanti e puntuali, mettendole a sistema in un'ottica di condivisione e generalizzazione degli outcome, è un ulteriore strumento di governo clinico.
  Gli indicatori di esito, infatti, rilevano l'impatto delle prestazioni infermieristiche e degli interventi sanitari in generale sulla salute del cittadino – utente, e tengono conto della correlazione con il miglioramento degli agiti, che confluiscono in un osservatorio/programma specifico di network degli esiti su scala nazionale, al fine di influenzare positivamente la percezione/soddisfazione dei beneficiari di cure a assistenza;
- ✓ **Collaborazione multidisciplinare – interprofessionalità**: la qualità di una prestazione, e la possibilità di governarne le ricadute, dipende da un'interazione articolata di azioni provenienti da profili professionali differenti, nessuno dei quali è mutuamente esclusivo. L'interprofessionalità e la multidisciplinarietà sono ulteriori elementi di governo clinico. Maggiore è la capacità di intersecare funzionali interventi orientati al raggiungimento di un unico obiettivo, condiviso mediante regole di comunicazione efficaci, migliore sarà l'esito atteso o auspicabile. Inevitabilmente verrà però influenzato anche l'accrescimento conoscitivo dei professionisti coinvolti a favore di una partnership proattiva e solidale. Gruppi efficienti orientati al lavoro d'equipe sono quindi un elemento essenziale per gestire e realizzare efficacemente i processi di cura e di assistenza, a fronte dell'imprescindibile condivisione di prospettiva e obiettivi stabiliti, con il paziente, per il paziente;
- ✓ **Coinvolgimento dei pazienti**: gli stakeholders si ammodernano e da istituzionali, come tradizionalmente rappresentati, diventato allargati all'attore principale del patto di cura: l'uomo-persona, utente-cliente, cittadino.
  Dall'articolo 32 della Costituzione della Repubblica Italiana alla pianificazione condivisa delle cure nei casi normati, prevista dalla recente legge n. 219/2017, è dirimente considerare il punto di vista della persona assistita, la sua volontà e il rispetto del sistema di valori personali, affinché il patto di cura non trascuri gli imprescindibili requisiti di consapevolezza, condivisione e libertà di scelta e autodeterminazione.
  L'orizzonte è ulteriormente allargato dal coinvolgimento attivo degli *informal caregiver*, delle associazioni di persone assistite, delle organizzazioni di rappresentanza dei cittadini e del volontariato.
- ✓ **Valutazione del personale**: tra gli obiettivi strategici del sistema si configura la necessità di aumentare le competenze dei professionisti, migliorando l'efficacia e l'efficienza di cure e assistenza, creando peraltro riverbero positivo su protagonisti e stakeholder formali e non.

In sintesi, al fine di realizzare obiettivi di politica e strategia sanitaria, il principio di **accountability** domina il concetto di governo clinico che abbraccia ciascun ambito della disciplina infermieristica, a qualsiasi livello delle organizzazioni sanitarie.
Gli elementi essenziali riassumibili si identificano nella garanzia e nello sviluppo incrementale della qualità assistenziale, nell'**engagement** ed **empowerment** del cittadino-utente, nella formazione continua mediante aggiornate evidenze scientifiche derivanti da processi di ricerca, nonché nell'orientamento di comportamenti dei membri di un'organizzazione ad una cultura di prevenzione dell'errore e del rischio clinico.

ART. 33 – DOCUMENTAZIONE CLINICA
L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

La **documentazione sanitaria**, entro cui confluisce a pieno titolo quella clinico-assistenziale di competenza infermieristica, ricomprende tutti quei documenti che gli operatori sanitari compilano

nell'esercizio della loro attività loro attività siano essi o meno previsti da apposite fonti normative[70]. Concorrono alla creazione della documentazione sanitaria la cartella medica e i registri nosologici connessi, la scheda di dimissione ospedaliera (SDO), la cartella infermieristica, nonché il registro di carico e scarico degli stupefacenti.
La responsabilità infermieristica, connessa alla redazione/compilazione delle sezioni documentali di pertinenza, ha assunto nel tempo una valenza giuridica sempre più significativa, a partire dalla svolta conferita dal radicale cambio di profilo giuridico ottenuto con la L. 42/1999. L'abrogazione dell'ausiliarietà della professione infermieristica, infatti, ha permesso di ascrivere l'esercizio professionale tanto al profilo giuridico di incaricato di pubblico servizio quanto a quello di pubblico ufficiale, a seconda dell'azione in essere e del contesto in cui la si sta svolgendo, in analogia con la professione medica e le altre professioni sanitarie.
La **documentazione clinica** è un documento di valore legale che ricomprende l'excursus clinico-assistenziale (diagnosi e terapia, decorso clinico, piano di assistenza infermieristica ed evoluzione lungo il continuum autonomia-dipendenza, percorso riabilitativo, valutazione sociale, ecc.) dall'accesso in una struttura in regime d'urgenza e/o di elezione sino alla dimissione.
Strettamente connessa con il rischio clinico, e di conseguenza con il suo più ampio governo, tanto maggiormente sarà integrata e condivisa quanto più elevata sarà la probabilità di garantire un approccio multidimensionale, qualitativamente appropriato e valorizzato all'interno dell'equipe, proprio perché certificato/documentato.
Restringendo ulteriormente il campo di osservazione alla **documentazione infermieristica**, occorre sottolineare che, sia come sezione autonoma di un documento più ampio, sia come qualificazione integrante di un percorso clinico-assistenziale complesso e non parcellizzabile, è definita "atto pubblico" ai sensi dell'art. 2699 del Codice civile. Per atto pubblico si intende "il documento redatto, con le richieste formalità, da notaio e da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato". L'art. 2700 del Codice civile prevede che "l'atto pubblico fa piena prova, fino a querela del falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da colui compiuti".
In senso stretto, gli atti pubblici cosiddetti fidefacenti, sono regolati dagli articoli 2699 e 2700, mentre quelli in senso stretto sono redatti dagli incaricati di pubblico servizio nell'esercizio delle loro attribuzioni[71]. Quest'ultima classificazione della dottrina giuridica è applicabile alla **cartella infermieristica** quale strumento con valore probatorio che consente di trascrivere, nelle sue diverse parti: i dati raccolti, le diagnosi infermieristiche individuate, la pianificazione, l'attuazione degli interventi previsti e la valutazione del percorso comune. È costituita da:

- ✓ Sezione per la trascrizione dell'accertamento (dati anagrafici, motivo del ricovero, dati oggettivi, ambientali e soggettivi che analizzano lo svolgimento delle attività di vita);
- ✓ Sezione per la stesura della pianificazione assistenziale (definizione della diagnosi infermieristica, degli obiettivi e dei tempi di realizzazione/raggiungimento, degli interventi da realizzare a tal fine);
- ✓ Sezione per la trascrizione dell'attuazione degli interventi previsti nella pianificazione assistenziale;
- ✓ Sezione per la valutazione dell'intero processo a partire dalla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi.[72]

L'accuratezza nella redazione della documentazione rappresenta per l'infermiere una responsabilità normativa e etico-deontologica. Da una documentazione con caratteristiche di completezza e veridicità, come semanticamente previsto appunto nel presente articolo, si desumono:

[70] Benci L. (2019), *Aspetti Giuridici della Professione Infermieristica*, McGraw-Hill, Milano
[71], *Ibidem*, pp. 307-321.
[72]*Quaderno del Nursing di base*, Nettuno, Parma, 1993.

- ✓ Le basi per comprendere i bisogni di assistenza infermieristica affinché si possa realizzare un'assistenza infermieristica personalizzata mediante prestazioni/interventi appropriati;
- ✓ Informazioni e variabili che, ai diversi livelli di responsabilità, sono indispensabili per realizzare una corretta gestione e organizzazione dell'assistenza;
- ✓ Certificazioni dell'agito professionale al fine di garantire continuità assistenziale e rimodulare/proseguire gli interventi, rilevare dati quali-quantitativi per la misurazione degli esiti sensibili alle cure infermieristiche in funzione degli indicatori stabiliti e degli standard attesi.

È altresì fondamentale documentare l'intero processo di assistenza infermieristica, per evidenziare il ricorrere della responsabilità negli ambiti di autonomia in cui essa è stata esercitata, nelle diverse fasi, dalla raccolta dati alla valutazione degli esiti assistenziali. Tale processo comprende, peraltro, le reazioni emotive della persona assistita e delle persone per lei significative, la rilevazione dei rischi e degli eventi indesiderati, la descrizione della situazione al termine della presa in carico[73].
Imprescindibili requisiti documentali rientrano a pieno titolo nel concetto di responsabilità professionale ai fini di ricostruzione dell'iter assistenziale, utile all'erogazione pianificata e circolare dell'assistenza infermieristica, per rilevazione e monitoraggio di specifici esiti e, non ultimo, per dovere giuridico.
Da un punto di vista sostanziale, inoltre, sono ritenuti requisiti sostanziali della documentazione infermieristica: la veridicità e la completezza, esplicitate appunto nel testo dell'articolo, e rispettivamente intese come effettiva corrispondenza tra dato registrato e fatto avvenuto o tra quanto osservato, pianificato ed eseguito, e non omissione di elementi essenziali, peraltro descritti con precisione, aderenza e conformità agli eventi.
E' altresì importante richiamare ad una chiarezza espositiva che non dia adito a fraintendimenti, personalizzazione dei fatti e/o degli agiti o interpretazioni alternative all'oggettiva registrazione di dati/valutazioni/azioni e a una comprensibilità di grafia.
Un ultimo elemento qualificante l'appropriata compilazione della documentazione riguarda la tempestività, tanto difficile da realizzarsi quanto però fondamentale.
Il fattore temporale, anche in fase di registrazione, conferisce dignità al processo assistenziale scandito dal susseguirsi logico di fasi che vengono anzitutto ragionate, e in seguito agite, per poi essere valutate.
Per quanto attiene al contenuto, è opportuno enfatizzare la necessità di popolare le sezioni documentali riconducibili alle fasi del processo di assistenza infermieristica, prevalentemente con informazioni e valutazioni di natura disciplinare, orientate ad un modello concettuale di riferimento.
Una particolarità meritevole di digressione riguarda la compilazione della documentazione infermieristica da parte delle figure di supporto (OSS). Tale attività è contemplabile e consentita, limitatamente all'esecuzione di quanto contenuto nella prescrizione infermieristica e/o nel compito attribuito dal professionista infermiere all'operatore di supporto che per definizione opera, coopera e collabora.
E' da sottolineare però che la registrazione di atti e/o rilevazioni effettuate da parte dell'operatore di supporto non ha la medesima valenza giuridica per legge attribuita al professionista infermiere, poiché non esime l'infermiere dall'esercizio di responsabilità di vigilanza e controllo su quanto eseguito da una figura di supporto (OSS).
L'elemento di completamento di analisi del presente articolo riguarda il consenso/diniego fornito dalla persona assistita in modo consapevole, quindi informato con registri comunicativi adeguati al potenziale ricettivo di essa e al riscontro dell'effettiva comprensione del messaggio relativo alla pianificazione assistenziale, da condividersi col destinatario, tanto quanto l'erogazione di una determinata prestazione infermieristica.

[73] Casati M., (2005*) La documentazione infermieristica*, 2ed, McGraw-Hill, Milano.

In tal senso, risulta opportuno richiamare sia l'art. 32 della Costituzione che la legge n. 219/2017 nella quale si sottolinea, in materia di consenso informato, la centralità della persona assistita e la sua volontà nel rapporto di cura, prevedendo all'art. 1, il diritto della persona ad avere un'informazione completa, aggiornata e comprensibile.
Tali assunti normativi vengono a pieno titolo recepiti dalla professione infermieristica attraverso i principi di *advocacy* e di autodeterminazione dell'uomo/persona.

ART. 34 – RISOLUZIONE DEI CONTRASTI
L'Infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative.

Questo articolo deve essere letto in combinato disposto con l'art. 30 (Responsabilità nell'organizzazione) del presente Capo. Appare logico che, dato il livello di complessità che connota attualmente un moderno ed evoluto sistema sanitario, le scelte clinico-assistenziali, organizzativo-gestionali e formative non possono prescindere dall'apporto attivo della componente infermieristica rispetto a queste fondamentali tematiche.
Questo è tanto più vero se il sistema intende essere competitivo e fornire risposte ai bisogni di salute della popolazione in termini di efficacia, efficienza e appropriatezza nell'allocazione delle risorse disponibili, in un momento storico in cui le risorse sono ben lungi dall'essere illimitate, mentre le aspettative e le esigenze delle persone assistite e delle famiglie sono sempre più elevate, sia in termini qualitativi che quantitativi.
Il progressivo invecchiamento della popolazione, con i correlati fenomeni della cronicità e comorbilità, impongono alle organizzazioni sanitarie la necessità di ripensare modelli clinico-assistenziali diversi per dare risposte adeguate, per far fronte alle nuove sfide del presente.
La tematica delle risorse in sanità incrocia in misura importante le questioni etiche. Le innovazioni più importanti che hanno condotto a ri-pensare modelli e percorsi clinico – assistenziali si avvicendano in un impetuoso turbine lasciando quasi l'etica sullo sfondo a guisa di un convitato di pietra.
In realtà queste considerazioni sono del tutto fuorvianti se si tiene conto di un fattore fondamentale: l'etica è il vero motore di ogni decisione clinico – assistenziale. Non esiste alcun atto che non ne sia intriso.
Con l'articolo in commento il NCDI suggerisce all'infermiere come affrontare determinate scelte organizzative aziendali che risultino in contrasto con i principi, i valori e le norme concernenti la professione.
La responsabilità dell'infermiere, titolare ai diversi livelli e ruoli, di una posizione di garanzia, la consapevolezza del riconoscimento normativo dell'autonomia professionale, definitivamente raggiunto con la legge n. 251 del 2000 e la comprensione del significato valoriale della propria *mission*, non possono, infatti, limitarlo ad un assordante silenzio.
Inoltre, la legge n. 24 del 2017 che pone la sicurezza delle cure come cardine portante espressione del diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della nostra Costituzione, impone al professionista sanitario, a tutti i livelli un obbligo giuridico di attivarsi quale garante dei propri assistiti.
A titolo esemplificativo, l'adozione di modelli clinico-assistenziali che non consentano un'adeguata presa in carico in sicurezza degli assistiti, il dispiegamento di risorse umane e strumentali insufficienti, decisioni in contrasto col proprio mandato professionale, l'impiego dell'infermiere in attività demansionanti o dequalificanti, carenze di formazione rispetto ai contesti operativi o progetti formativi travalicanti le competenze infermieristiche, costituiscono situazioni che impongono un obbligo deontologico di segnalazione.

Secondo il dettato dell'art. 34 del Codice, l'infermiere, dal più alto dirigente al clinico, non si limita ad una mera notifica di una situazione fattuale o a porre generici dinieghi, ma, posto di fronte ad una criticità, si attiva per proporre soluzioni alternative, che gli consentano di agire in ossequio alle norme e alla dimensione etica della professione.
Il destinatario della segnalazione è identificato dalla norma negli "*organi competenti*", intendendo sicuramente gli uffici della catena aziendale, ma non escludendo la rappresentanza istituzionale della professione, nella sua duplice funzione di tutela e promozione della professione, nonché del corretto esercizio dell'agire infermieristico nei confronti delle persone assistite.

ART. 35 – CONTENZIONE
L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori.
La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

La considerazione che la contenzione nel panorama italiano è un problema tuttora attuale, anche se le sue reali dimensioni risultano in parte sommerse, è sfociata nella scelta accuratamente ponderata di includere uno specifico articolo concernente questo fenomeno all'interno del Codice Deontologico della nostra famiglia professionale.
Preso atto del silenzio pressoché totale del legislatore e in linea con l'orientamento attuale della giurisprudenza di legittimità[74], l'intento del codice è quello di fornire al professionista delle norme di condotta per regolare il suo agire e contemporaneamente definire un *modus procedendi* che limiti l'adozione di questo estremo provvedimento ai soli casi strettamente necessari.
In premessa, non appare pleonastico rimarcare che l'infermiere è – come ormai positivamente sancito – un professionista autonomo e responsabile, titolare *ex lege* di una posizione di garanzia nei confronti del bene giuridico salute dei propri assistiti, derivante dagli obblighi di solidarietà imposti dagli articoli 2 e 32 della Costituzione[75] e dalla normativa statale in materia[76].
La posizione di garanzia dell'infermiere si sostanzia in un obbligo giuridico di protezione che induce il professionista sanitario ad attivarsi affinché l'incolumità delle persone a lui affidate sia tutelata contro ogni rischio o pericolo concreto che costituisca una minaccia alla sua integrità.
Ciò premesso, il primo inciso dell'articolo 35 chiarisce che la comunità professionale è consapevole che "*la contenzione non è atto terapeutico*". Per questo motivo, deontologicamente, non può essere considerato né un atto medico, né un atto sanitario, ma, salvo circostanze eccezionali che ne giustifichino l'adozione, costituisce un atto di violazione di un diritto fondamentale dell'individuo, tutelato dalla Costituzione[77] e dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo.[78].

[74] Cassazione, Sez. V Penale, n. 50497/2018.
[75] Paradigmatica è la storica sentenza della Corte di Cassazione, Sez. VI Penale, n. 9638/2000.
[76]In particolare: legge n. 42/1999, *"Disposizioni in materia di professioni sanitarie"*, art.1, legge n. 251/2000, *"Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica"*, art. 1, comma 1; D.M. n. 739/1994, *"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere"*, art.1.
[77] Costituzione della Repubblica italiana, art. 13.
[78] Approvata dall'Assemblea Generale dell'ONU il 10 dicembre 1948.

Dopo aver chiarito che la contenzione non è un atto terapeutico, si precisa che si tratta di una misura "*esclusivamente*" di "*carattere cautelare, di natura eccezionale e temporanea*".
Il carattere esclusivamente cautelare rimanda alla finalità del contenere, ossia quella di protezione, al fine di garantire l'incolumità della persona assistita o di terzi, come conseguenza di condotte auto o etero lesive poste in essere dal destinatario dell'applicazione di questo mezzo estremo. Essendo questo l'unico scopo ammissibile, risulta palese che sono escluse tutte le altre possibili motivazioni, più o meno pretestuose, come, a titolo esemplificativo, quelle dovute a lacune organizzative, alla carenza di personale, o all'insufficiente formazione degli operatori sanitari.
L'eccezionalità fa invece riferimento al fatto che la contenzione deve costituire *extrema ratio*, ossia l'unica misura concretamente attuabile tra le varie possibili e disponibili in quel contesto operativo ed in quel momento storico. Solo quando si sono percorse inutilmente tutte le strategie alternative oggettivamente fruibili e la contenzione sia rimasta l'unica via indifferibilmente attuabile, si potrà porre *in fieri* questa misura.
La temporaneità sottolinea che la contenzione è una misura assolutamente transitoria e contingente, di durata limitata allo stretto necessario e che deve essere interrotta senza indugio non appena vengono meno i presupposti per i quali è stata adottata. Quindi, non è più ammissibile contenere il paziente per lunghi periodi temporali a meri scopi custodialistici, come è successo nel tristemente noto "caso Mastrogiovanni": che si sarebbe potuto evitare se vi fosse stato il pieno e perfetto incrocio tra *technical* e *non technical skill*, tra elementi relazionali e assistenziali. In presenza di un adeguato livello di maturità etica, della disponibilità e competenza capacità nell'utilizzo di una *checklist* per la contenzione, recante gli appositi spazi per il monitoraggio dei parametri vitali e i tentativi di decontenzione. Il maestro originario del Vallo di Diano, aveva ipoteticamente bisogno di una cura, certamente necessitava di incontrare qualcuno che di lui si prendesse cura, non per pietà, ma per dignità.
La decisione di attuare la misura contentiva deve essere accuratamente ponderata e disposta di norma dal medico[79], dopo essersi consultato con l'equipe ed unicamente "*per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori*" e solo se ricorrono i presupposti dello stato di necessità. Pertanto, è necessario un momento di incontro e condivisione del *team*, in cui far emergere tutti i diversi punti di vista, dove, una volta tentate e ritenute oggettivamente non praticabili altre soluzioni, potrà essere legittimamente adottata la decisione di contenere l'assistito.
Esistono tuttavia, alcune situazioni in cui il medico non è prontamente disponibile. Per queste simili evenienze, il codice ha previsto che, al ricorrere di casi "*urgenza indifferibile*" e nel caso che il medico non sia prontamente reperibile, è concessa la possibilità di attuare la contenzione anche al solo infermiere, in quanto titolare della posizione di garanzia quale responsabile dell'assistenza, sempre che ricorrano i presupposti dello stato di necessità, se ravvisa che essa è necessaria ed indilazionabile, come unico modo per evitare un danno grave per l'incolumità della persona assistita o di terzi, purché la misura sia proporzionata al pericolo che si intende scongiurare.
Incombe poi sull'infermiere l'obbligo di attivarsi affinché il paziente sia valutato da un medico il più presto possibile.[80]
Il Codice fa un esplicito richiamo alla scriminante prevista nel primo comma dell'art. 54 del Codice penale. L'esimente dello stato di necessità prevista dal codice penale, rappresenta una causa di giustificazione, per cui, al ricorrere di tutti i presupposti, un fatto, che in tutte le altre circostanze costituisce un illecito punibile, in questo caso estremo viene a costituire un fatto, perché viene meno la sua antigiuridicità.

[79] Cassazione, Sez. V Penale, n. 50497/2018.
[80] *"E' obbligo del medico dar conto dei motivi che lo hanno indotto a prescrivere tale presidio, non tanto e comunque non solo perché è previsto dalle linee guida, ma perché tali annotazioni consentono il controllo del rispetto dei limiti connaturati alla scriminante dello stato di necessità*". Cassazione, Sez. V Penale, n. 50497/2018.

I presupposti affinché la norma possa operare sono: l'attualità del pericolo di un grave danno alla persona (non basta, perciò la mera presunzione di un danno temuto in base a generiche ed astratte presunzioni), la non evitabilità altrimenti del percolo (deve essere l'unica misura possibile), la proporzionalità del fatto, ossia la scelta del mezzo contentivo non deve essere eccedente alle finalità (per esempio si valuterà se è sufficiente contenere solo gli arti superiori, anziché anche quelli inferiori).
Inoltre, in considerazione del fatto che i professionisti sanitari, durante il loro turno di lavoro, sono investiti di una **posizione di garanzia** nei confronti dei propri assistiti, nell'estrema evenienza che la contenzione sia l'unico mezzo indifferibilmente praticabile ed in presenza dei presupposti dello stato di necessità, la sua applicazione finisce per divenire doverosa, poiché nell'inerzia, qualora ne derivi l'evento avverso preveduto, si configura una responsabilità colposa omissiva, ai sensi dell'art. 40, comma 2, del Codice penale.[81]
L'art. 35 nel suo ultimo comma precisa che la contenzione deve essere annotata con le dovute motivazioni nella documentazione clinica e assistenziale. Da ciò deriva che ne va data ampia e congrua documentazione, sia da parte del medico nella cartella clinica, che da parte dell'infermiere nella cartella assistenziale, evidenziando tutte le fasi del processo, sottolineando la sussistenza dei presupposti dello stato di necessità, la motivazione, tutte le soluzioni alternative disponibili considerate, il tipo di misura adottata.
Una volta adottata la misura cautelare, diviene cogente l'attento monitoraggio del paziente, che andrà accuratamente annotato, avendo cura di effettuare la valutazione seriata della persona sottoposta a contenzione, sia con la finalità di verificarne le condizioni psicofisiche, indicando eventuali effetti dannosi della contenzione, sia per accertare la permanenza dei presupposti di operatività dello stato di necessità, disponendo tempestivamente la cessazione della contenzione al venir meno delle causa giustificativa che ha posto in essere il sacrificio della libertà personale.
Diversamente, la contenzione diventa una misura abusiva e costituisce sia un illecito deontologico che un illecito penale, punito dalla legge.
Tra i reati configurabili si menziona il sequestro di persona (art. 605 del Codice penale), la violenza privata (art. 610 c.p.), l'omissione di soccorso (art. 593 c.p.), l'abbandono di minori ed incapaci (art. 591 c.p.). Ove poi ne derivi anche un evento dannoso, si possono configurare le fattispecie di percosse (art. 581 c.p.), lesioni personali (art. 582 e 583 c.p.), morte o lesioni come conseguenza di un altro delitto (art. 586 c.p.).

L'aver posto questo articolo nel Capo VI, dedicato all'organizzazione, impone un obbligo anche ai coordinatori e ai dirigenti infermieristici affinché si adoperino per creare le condizioni di operatività in sicurezza, sia in termini di risorse umane e strumentali, con particolare attenzione alla predisposizione di linee guida in materia di contenzione, redatte sulla base delle migliori evidenze scientifiche ed in ossequio alla legge n. 24 del 2017 e ai relativi decreti attuativi. Particolare attenzione va all'aspetto formativo, che, se da una parte è obbligo del singolo professionista, dall'altra grava sul dirigente predisporre efficaci programmi formativi in materia di contenzione, monitorandone nel tempo i risultati.
Il professionista Infermiere che decide, in ragione dello stato di necessità indotto dalle circostanze di attuare la contenzione deve, in estrema sintesi, essere maturo e formato, **co/prescrittore** e **decisore** nelle varie fasi. Deve essere guidato dai saperi distintivi della disciplina infermieristica, pronto a giustificare il proprio operato nel caso di contenzioso e particolarmente capace di ispirare, anche nei setting più complessi, il senso della fiducia che ogni persona assistita deve saper di poter provare verso un professionista sanitario.

[81] Art. 40 del codice penale, "*rapporto di casualità*". Al comma secondo recita: "*Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo*".

ART. 36 – OPERATORI DI SUPPORTO
L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

Il codice deontologico attraverso l'articolo 36 pone la necessaria attenzione alla dimensione organizzativa volta a garantire un'**assistenza appropriata** al paziente.
L'aspetto etico che si è inteso approfondire si riferisce al dovere di sicurezza nell'assistenza, espressa attraverso la certezza di *"chi e come"* esegue le pratiche assistenziali in base al paziente. Invero, sovente l'organizzazione del lavoro nelle aziende sanitarie ha una pianificazione farraginosa per ruoli, competenze e responsabilità, che generano incertezza ed irrisolutezza nello svolgimento dell'assistenza con conseguente percezione critica del paziente.

Alla luce di quanto sopra descritto, al fine di comprendere il ruolo del professionista infermiere e come questi si debba interfacciare con il personale di supporto, è necessario condividere la definizione di scienza infermieristica.
L'Infermieristica è concepita per tramite dell'articolato background costruito sulla base di modelli definiti scientificamente volti alla cura, al soddisfacimento dei bisogni, al benessere della persona assistita e al miglioramento delle relative tecniche attraverso la ricerca ed il confronto con altre professionalità.
Una visione evolutiva incentrata non più sulla base personalistica ma su base scientifica standardizzata in grado di fornire una nuova dimensione che ha permesso il trasferimento in capo all'infermiere di molteplici responsabilità decisionali.

Invero, il profilo dell'Infermiere, nella sua evoluzione normativa attraverso il D.M. n. 739/94 vira in modo deciso ad altro scenario, vale a dire da infermiere esecutore assistenziale a "infermiere responsabile". Da allora sino all'attualità, il primo comma dell'art 1 del Decreto Ministeriale che delinea il profilo della professione infermieristica, statuisce sulla figura professionale prevedendo: *"L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è responsabile dell'assistenza generale infermieristica."*
Per la prima volta, l'infermiere viene identificato quale operatore sanitario, dissolvendo il carattere di *"sussidiarietà"* della professione declinata fino al 1994, con conseguente delineazione in capo al professionista sanitario dell'onere della responsabilità giuridica sia essa in ambito civile, penale ovvero disciplinare con riferimento al proprio *modus operandi*.

Ad avvalorare cotanta responsabilità, interviene, all'interno del decreto ministeriale del 1994, un ulteriore e considerevole aspetto, ossia quello espresso dal comma 3 dell'articolo 1, il quale, affermando che *"l'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività"*, conseguentemente riconosce in capo allo stesso *"il suo ruolo"* nel lavoro di equipe.
Pertanto, si pone in essere *il riconoscimento della capacità esclusiva dell'infermiere di identificare i bisogni di assistenza*, da cui scaturisce conseguentemente la capacità di identificazione di obiettivi precorsi da una valida pianificazione in grado di prevedere il raggiungimento dei risultati per tramite di protocolli ovvero procedure assistenziali.
A corroborare quanto sopra, al terzo comma del D.M. 739/94 viene individuata la figura dell'infermiere quale *garante* della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, funzione che sottolinea l'importanza del ruolo dell'infermiere all'interno dell'équipe multiprofessionale.

Ovviamente, è sempre da intendersi che l'attività infermieristica può essere svolta dal professionista sia individualmente sia in collaborazione con altre tipologie di operatori, sociali o sanitari. Tanto è evinto dal comma 3 del D.M. 1994 ove è previsto che *"per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera di personale di supporto"*.
Quanto stimato in tal punto evidenzia verosimilmente in maniera più lampante come, il D.M. 1994, ha creato le premesse per il passaggio da arte *"sussidiaria"* a *"professione intellettuale"* (legge n. 42 del 1999), giacché dal quadro normativo è l'infermiere ad avvalersi dell'opera di personale di supporto.

Occorre inoltre precisare che nel testo del DM dove si legge *"ove necessario"*, si intende letteralmente *"ove il professionista infermiere lo ritenga appropriato e sicuro per il paziente"*, sottintendendo ancor più un'autonomia decisionale dell'infermiere nella disposizione di interpellare l'ausilio di altre figure ma soprattutto una dimensione di *"garante"* per il paziente.
Tanto premesso, facendo riferimento all'evoluzione normativa, la delineazione dell'autonomia della professione sanitaria infermieristica nelle sue specifiche attività di prevenzione, cura e salvaguardia della salute, esplica le proprie funzioni per tramite di specifiche normative e per tramite dell'aggiornato Codice Deontologico.
La legislazione, che regola la professione dell'Infermiere, prevede la facoltà, ed in taluni casi l'obbligo, di prendere iniziative nel quadro della competenza specifica riconosciuta; questa autonomia comporta che, in caso di violazione degli obblighi professionali, l'infermiere sia chiamato a rispondere del danno da lui generato con le sue azioni od omissioni.
Non a caso consolidata giurisprudenza della Corte di Cassazione a partire dalla sentenza n. 9739\2005, ha stabilito che i professionisti sanitari sono tutti portatori *"ex lege"* di una posizione di garanzia e di protezione, prevista dal combinato disposto degli artt. 2 e 32 della Carta Costituzionale nei confronti dei pazienti, la cui salute deve essere tutelata contro qualsivoglia pericolo che ne minacci l'integrità, contrassegnata dal dovere, secondo la legge, di provvedere alla tutela di un bene giuridico, inglobato all'interno del Codice Deontologico agli artt. 4 e 6.

Orbene ne deriva che il professionista sceglie in autonomia e si assume la responsabilità delle proprie scelte. Con il termine *"autonomia* "si intende la possibilità di esercitare le attività assistenziali in funzione della tutela del paziente, così come per *"responsabilità"* si recepisce l'insieme delle conseguenze alle quali lo stesso si espone nello svolgimento delle proprie azioni.
Autonomia e **responsabilità** pertanto rappresentano le due dimensioni racchiuse nel *modus operandi* che guidano l'infermiere nel gestire *"…l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati."*
Allo stesso tempo l'articolato indica quale operato dell'infermiere, quanto integralmente riportato, ossia *"…pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito..."* rafforzando, qualora fosse necessario, la funzione di garante dell'infermiere.

Dunque, la combinazione tra autonomia e responsabilità professionale nella funzione di garante nell'esercizio delle funzioni determina per l'infermiere l'impossibilità di delegare ad altri soggetti estranei alla professione infermieristica specifiche competenze e attività.
Ciò detto, di seguito si osservino i motivi di tale inattualità delegatoria partendo, a tal fine, proprio dalla nozionistica definizione di *"delega"* e *"attribuzione"*, applicandola al caso di specie.
Per delega si intende quell'atto scritto attraverso il quale si conferisce ad altri la possibilità di agire in nome e per conto proprio affidando propri poteri e responsabilità; con la conseguente necessità del delegante di controllare l'attività del delegato, senza però ingerirsi con l'attività dello stesso.
E' quindi ovvio che lo strumento della delega non può essere utilizzato dall'Infermiere verso il personale di ausilio poiché giammai è possibile trasferire a quest'ultimi la diretta responsabilità del processo infermieristico né la discrezionalità nell'eseguire dei compiti per i quali altri operatori non risultano possedere la necessaria formazione accademico/scientifica.

Per contro, si inserisce la nozione di attribuzione quale strumento adatto per compiere il processo di assistenza infermieristica avvalendosi della collaborazione dell'Operatore sussidiario investendo lo stesso dei compiti previsti dal profilo o dettagliati nei piani di lavoro di un dato contesto operativo, rientranti nelle competenze di quell'operatore, che possono essere svolte in autonomia ovvero in collaborazione.

Comprensibilmente, per poter attribuire determinati compiti all'operatore di supporto, si prendono in considerazione diverse variabili principalmente legate all'organizzazione e alla gestione includendo non solo il tipo di paziente ma altresì la prestazione da svolgere.
In tal caso (vertendo sempre in ambito di attribuzione) nel trasferimento dell'azione al personale di supporto, l'infermiere mantiene sempre la responsabilità sull'intero processo di assistenza e di scelta di avvalersi di personale se e ove necessario, così come il potere decisionale nonché la supervisione sull'intervento attribuito.
Ne consegue che la soluzione per una corretta attribuzione va trovata nella stesura per ogni contesto di opportuni piani di lavoro in grado di individuare e definire attività attribuibili al personale di supporto sulla base dei criteri della bassa discrezionalità e dell'alta riproducibilità della tecnica utilizzata.
Deduzione è che gli errori di esecuzione implicano una responsabilità diretta del personale di supporto mentre gli errori di pianificazione assistenziale comportano un'assunzione di responsabilità dell'infermiere il quale deve valutare quale sia il giusto compito, le giuste circostanze basandosi sul paziente, sulla comunicazione ed infine sulla corretta supervisione e valutazione del caso di specie.

In conclusione, considerata la disamina nozionistica correlata a quella normativa, si può affermare che l'infermiere rispetto al proprio profilo e alle proprie competenze scientifico- assistenziali "pianifica, supervisiona, verifica" attraverso il potere di attribuzione nei confronti del personale di supporto il quale resta il soggetto giuridico responsabile delle azioni poste in essere rispetto alle attribuzioni assegnatogli.

ART. 37 – LINEE GUIDA E BUONE PRATICHE ASSISTENZIALI
L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

Glossario e abbreviazioni.

Linee guida (LG)

Sono "*raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico, allo scopo di assistere medici* (preferiamo: professionisti sanitari – ndr) *e pazienti nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche*"[82].
Negli ultimi anni la qualità delle LG prodotte da Agenzie governative e da Società scientifiche, è progressivamente migliorata in tutte le dimensioni previste da AGREE[83]: obiettivi,

[82] Institute of Medicine. *Guidelines for clinicalpractice: from development to use*, Washington DC, National Academic Press, 1992.

[83] *Appraisal of Guidelines for Research& Evaluation* (AGREE): Checklist per valutare la qualità delle linee guida, definita come "la ragionevole probabilità che le potenziali distorsioni nella produzione delle LG siano state adeguatamente gestite e che le raccomandazioni prodotte siano valide e applicabili in pratica".
AGREE Collaboration (2003) *Development and validation of an internationalappraisalinstrument for assessing the quality of clinicalpracticeguidelines: the AGREE project.* Qual SafHealth Care;12:18-23.

coinvolgimento delle parti in causa, rigore metodologico, chiarezza, applicabilità, indipendenza editoriale[84].
Le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse elaborati dai soggetti di cui al comma 1 sono integrati nel Sistema nazionale per le linee guida (SNLG) […] *L'Istituto superiore di sanità pubblica nel proprio sito internet le linee guida e gli aggiornamenti delle stesse indicati dal SNLG, previa verifica della conformità della metodologia adottata a standard definiti e resi pubblici dallo stesso Istituto, nonché della rilevanza delle evidenze scientifiche dichiarate a supporto delle raccomandazioni* (art. 5, comma 3, legge n. 24 del 2017).

Percorso Assistenziale (PA)

[Sinonimi: percorso (o profilo) di cura, percorso diagnostico-terapeutico, percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale (PDTA)] rappresenta lo strumento finalizzato all'implementazione delle LG e risulta dall'integrazione di due componenti: le raccomandazioni cliniche della LG di riferimento e gli elementi di contesto locale in grado di condizionarne l'applicazione.

Buone pratiche clinico-assistenziali

In letteratura non esiste una definizione univoca di buona pratica. Secondo Albolino e Labella, in un testo curato da Tartaglia e Vannucci, "*ciò che accomuna le varie accezioni è il suo ruolo di strumento per la condivisione della conoscenza e delle esperienze, in un'ottica di apprendimento condiviso, e di conseguente razionalizzazione delle risorse tramite lo stimolo a partnership e sinergie tra le organizzazioni e i professionisti.*
Nell'ambito della sicurezza del paziente, le pratiche rappresentano soluzioni che risolvono problemi specifici di sicurezza dell'assistenza sanitaria. Esse sono identificabili in interventi, strategie e approcci finalizzati a prevenire o mitigare le conseguenze inattese delle prestazioni sanitarie o a migliorare il livello di sicurezza delle stesse. Possono includere interventi di sistema, organizzativi o di comportamento, singoli o combinati. Il focus è sulle strategie adottate. In particolare sono considerate pratiche per la sicurezza essenziali quelle che: hanno una forte evidenza in termini di probabilità di riduzione del danno al paziente; sono generalizzabili ovvero applicabili in contesti anche differenti; si basano su conoscenze condivisibili anche dai pazienti, dai professionisti, dai ricercatori"[85].

Acronimi	
AGREE	Appraisal of Guidelines for Research& Evaluation
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LG	Linee guida
PA	Percorso Assistenziale
PDTA	Percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale
PSN	Piano Sanitario Nazionale
SNLG	Sistema Nazionale per le Linee Guida

Le linee guida (LG) sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico di revisione bibliografica, allo scopo di assistere i professionisti sanitari e i pazienti nel decidere le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche.

[84] Cartabellotta A., (2008) *Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine!* GIMBE news;1:4-5.
[85] Tartaglia R, Vannucci A (a cura di) (2013*). Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica*. Springer-Verlag Italia, Milano, pagg. 57-58.

La traduzione delle LG nell'operatività assistenziale concreta avviene attraverso diversi strumenti, innanzitutto attraverso il percorso assistenziale (PA), che risulta dalla combinazione di due componenti: le raccomandazioni cliniche della LG e gli elementi di contesto locale. Infatti in ciascuna realtà assistenziale esistono condizioni di diversa natura strutturale, tecnologica, organizzativa, socio-culturale, ecc. che influenzano la possibilità di applicare correttamente e integralmente una o più raccomandazioni.

Linee guida (LG) e percorsi assistenziali (PA) sono strumenti di governo clinico, necessari per assicurare gli standard assistenziali e l'appropriatezza dell'assistenza erogata, ove per appropriatezza si intende la congruità delle prestazioni rese con i bisogni individuati, che devono essere soddisfatti al livello del minor costo possibile[86].

In altri termini la limitatezza delle risorse, a fronte del dilatarsi senza limiti della domanda, impone l'applicazione di principi di giustizia distributiva basati sull'erogazione di prestazioni di dimostrata efficacia al maggior numero di destinatari, compatibilmente con le risorse disponibili, ove la razionalità di spesa non è mero contenimento, ma anche selezione dei livelli ai quali è giusto rispondere.

Già col PSN 1998-2000 si afferma il principio per cui *le risorse devono essere indirizzate verso le prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base alle evidenze scientifiche*[87].

La relazione tra responsabilità professionale ed esigenza di attenersi alle linee guida e alle buone pratiche è affermata con chiarezza dal comma 1 dell'art. 5 (Buone pratiche clinico-assistenziali e raccomandazioni previste dalle linee guida) della legge n. 24 del 2017[88]: "*Gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida pubblicate ai sensi del comma 3 ed elaborate da enti e istituzioni pubblici e privati nonché dalle società scientifiche e dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie iscritte in apposito elenco istituito e regolamentato con decreto del Ministro della salute, da emanare entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, e da aggiornare con cadenza biennale.*

In mancanza delle suddette raccomandazioni gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali".

Già il c.d. decreto Balduzzi[89] al primo comma dell'art. 3 (Responsabilità professionale dell'esercente le professioni sanitarie), prevedeva che "*L'esercente la professione sanitaria che nello svolgimento della propria attività si attiene a linee guida e buone pratiche accreditate dalla comunità scientifica non risponde penalmente per colpa lieve. In tali casi resta comunque fermo l'obbligo di cui all'articolo 2043 del codice civile. Il giudice, anche nella determinazione del risarcimento del danno, tiene debitamente conto della condotta di cui al primo periodo*".

Le linee guida rappresentano dunque uno standard condiviso del sapere scientifico e pertanto sono capaci di **orientare** in modo efficiente e appropriato le **decisioni assistenziali** dell'infermiere. Sono proprio le finalità di sicurezza, efficacia e sostenibilità a richiedere all'infermiere di attenersi alle linee guida e alle buone pratiche clinico assistenziali.

Il SNLG rappresenta per legge [90]l'unico punto di accesso alle LG di pratica clinica per cittadini e operatori sanitari. Il sistema è sviluppato e gestito dal Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (CNEC) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il Sistema permette una maggiore partecipazione dei cittadini, delle associazioni di pazienti, delle società scientifiche e degli altri stakeholder i quali, attraverso la suddetta piattaforma informatica,

---

[86]Santullo A. (2004), *L'infermiere e le innovazioni in sanità*. McGraw-Hill, Milano

[87] DPR 23.7.1998 Piano sanitario nazionale 1998-2000.

[88]Legge 8 marzo 2017, n. 24 *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.

[89]Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni nella legge 8 novembre 2012, n. 189, recante: *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.*

[90]art. 5, comma 3, della legge 8 marzo 2017, n. 24.

possono esprimere i propri commenti nelle fasi di consultazione previste per lo sviluppo delle linee guida, riconoscendo così un ruolo sempre più attivo dei pazienti e dei cittadini nelle scelte di salute. Nel sito è presente anche una sezione dedicata alle buone pratiche clinico-assistenziali relative ad aree per le quali non sono ancora disponibili linee guida validate, per fornire agli operatori sanitari riferimenti affidabili per la pratica professionale e la salute pubblica[91].

Sul versante della responsabilità penale il riferimento alle pertinenti e adeguate linee guida acquisisce una valenza di protezione del professionista, oltre che della persona assistita. In particolare, l'art. 6 (Responsabilità penale dell'esercente la professione sanitaria) della legge n. 24 del 2017 introduce nel codice penale il nuovo articolo 590-sexies, che disciplina la responsabilità colposa per morte o per lesioni personali in ambito sanitario: se i fatti di cui agli articoli 589 (omicidio colposo) e 590 del Codice penale (lesioni personali colpose) sono commessi nell'esercizio della professione sanitaria, si applicano le pene ivi previste solo in caso di condotta negligente o imprudente. Qualora l'evento si sia verificato a causa di imperizia, la punibilità è esclusa quando sono rispettate le raccomandazioni previste dalle linee guida come definite e pubblicate ai sensi di legge, ovvero in mancanza di queste, le buone pratiche clinico-assistenziali, sempre che le raccomandazioni previste dalle predette linee guida risultino adeguate alle specificità del caso concreto.
Alla luce del disposto dell'articolo 590-sexies del Codice penale, l'esercente la professione sanitaria risponde, a titolo di colpa, per morte o per lesioni personali in ambito sanitario, se l'evento si è verificato per colpa grave dovuta a imperizia nell'esecuzione di raccomandazioni di linee guida o buone pratiche clinico-assistenziali adeguate.
La legge n. 24 del 2017 introduce l'esigenza di tenere conto della complessità e delle particolari difficoltà dell'atto sanitario, che può comportare il rischio di errore. L'errore dell'esercente una professione sanitaria può riguardare la scelta di applicare o meno una determinata LG, oppure la fase esecutiva delle raccomandazioni contenute nelle LG ritenute adeguate al caso di specie.
La distinzione tra colpa lieve e colpa grave, basata sulla giurisprudenza, dipende dalla misura del discostamento dal comportamento canonico, nel caso specifico dalle raccomandazioni di comportamento clinico che costituiscono le linee guida. In altri termini la complessità delle pratiche proprie delle professioni sanitarie fa sì che sia ammessa l'eventualità di un danno alla persona assistita, purché sia esclusa la condotta negligente o imprudente e purché, seppure si rilevi una lieve imperizia dell'esercente una professione sanitaria nella fase esecutiva dell'atto, questi si sia attenuto alle raccomandazioni previste dalle LG o, in mancanza di queste, alle buone pratiche clinico-assistenziali adeguate alle specificità del caso concreto.
Nel concreto esercizio professionale è pertanto necessario innanzitutto verificare se l'assistenza da erogare alla singola persona/famiglia/comunità sia regolata da LG o, in mancanza, da buone pratiche clinico-assistenziali e solo dopo applicare tali regole di comportamento clinico adattandole correttamente al caso specifico.
D'altra parte l'elaborazione di LG, compresa la traduzione di LG internazionali, richiede un investimento notevole in termini di risorse umane molto qualificate, nonché di risorse tecnologiche e finanziarie, così come la loro verifica e validazione da parte del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG).
Per tale motivo, laddove le LG non siano ancora disponibili, gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali (art. 5, comma 1, legge n. 24 del 2017) identificate da istituzioni autorevoli[92] attraverso un processo di ricognizione della letteratura

[91] https://www.iss.it/.

[92] Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità, di cui all'art. 3 della legge 8 marzo 2017, n. 24, istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Age.NaS) col DM 29 settembre 2017; Centro Nazionale per l'Eccellenza Clinica, la Qualità e la Sicurezza delle Cure (CNEC) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

biomedica e delle *best practice*, riconosciute con meccanismi di consenso fra esperti, a livello nazionale e internazionale.
Il riferimento alle buone pratiche si è affermato soprattutto per garantire la sicurezza degli assistiti e include interventi organizzativi e di sistema, ovvero comportamenti professionali, singoli o coordinati, in particolare sono considerate pratiche per la sicurezza essenziali quelle che hanno una forte evidenza in termini di probabilità di riduzione del danno al paziente, sono generalizzabili ovvero applicabili in contesti anche differenti, si basano su conoscenze condivisibili anche dai pazienti, dai professionisti, dai ricercatori.
Sono, ad esempio, molto interessanti le raccomandazioni definite da Società Scientifiche e Associazioni Professionali italiane per favorire il dialogo dei medici e degli altri professionisti della salute con i pazienti e i cittadini su esami diagnostici, trattamenti e procedure a rischio di inappropriatezza, proposte nell'ambito del progetto "Fare di più non significa fare meglio – *ChoosingWiselyItaly*", promosso da *Slow Medicine*[93].
Per la pratica infermieristica si segnala, a titolo esemplificativo:

- ✓ Non sostituire i cateteri venosi periferici a intervalli regolari ma in base a valutazione clinica (ANIARTI);
- ✓ Non fare ricorso al cateterismo vescicale per la gestione dell'incontinenza o per l'esecuzione di semplici test diagnostici (ANIMO);
- ✓ Non rinnovare la medicazione del sito chirurgico nelle prime 48 ore dopo l'intervento in assenza di complicanze (AIURO);
- ✓ Non utilizzare prodotti antisettici routinariamente in aggiunta o in sostituzione a un normale detergente nel bagno/doccia pre-operatorio (ANIPIO);
- ✓ Non eseguire la tricotomia pre-operatoria con rasoio a lama in previsione di un intervento chirurgico (AICO);
- ✓ Non utilizzare in modo improprio sostanze chimiche per la detersione del complesso stomale (AIOSS);
- ✓ Non utilizzare la contenzione fisica come prima scelta durante le procedure dolorose nel bambino (FNOPI).

Fin qui risulta evidente la connotazione organizzativa e multidisciplinare delle LG e delle buone pratiche, che per lo più richiedono la disponibilità di particolari risorse (servizi, tecnologie, farmaci, ecc.). Ma anche quando la loro applicazione nella pratica clinica si realizzi nel comportamento del singolo professionista sanitario, occorre la condivisione dell'intera équipe, e pertanto la preliminare formale adozione da parte del management locale.
Che senso avrebbe infatti che l'infermiere applichi una raccomandazione clinica come il risultato di una sua personale ricerca delle LG valide in un particolare ambito e che tutti gli altri professionisti sanitari: infermieri, medici, fisioterapisti, ecc. facciano lo stesso? Col rischio in ogni caso di un'applicazione disomogenea, oltre a tanta fatica!
Seppure i liberi professionisti possano valutare secondo il proprio autonomo giudizio le modalità più idonee di applicazione delle LG e delle buone pratiche clinico-assistenziali – ma anche per loro varrebbe l'opportunità di condividerle – nel caso di un'azienda sanitaria la scelta della LG e il suo adattamento al contesto locale è il risultato di una dialettica tra i professionisti e la direzione aziendale, che ha la finalità di ridurre il rischio clinico dei pazienti e quello medico-legale dei professionisti e dell'organizzazione sanitaria. Nell'applicazione delle LG si possono individuare tre diversi **livelli di responsabilità**:

1. La **direzione strategica**, anche infermieristica, è responsabile di promuovere e facilitare la standardizzazione dei processi diagnostico-terapeutico-assistenziali attraverso l'elaborazione, da parte delle risorse professionali interne all'organizzazione, di PA, procedure e protocolli

[93]https://choosingwiselyitaly.org/ Nel sito sono riportati un breve commento della raccomandazione e le principali fonti bibliografiche.

clinici, nonché attraverso l'addestramento sistematico alla loro corretta applicazione e il supporto delle tecnostrutture aziendali (es. Qualità e *Risk Management*);

2. Il ***middle management*** promuove l'adozione dei singoli documenti operativi (PA, procedure, protocolli, procedure, istruzioni operative) negli ambiti organizzativi di competenza: area, dipartimento, unità operativa, anche attraverso l'affiancamento dei professionisti, inoltre verifica la loro corretta applicazione, anche attraverso l'utilizzo di specifici indicatori di processo e di esito;
3. I **professionisti** collaborano all'elaborazione di PA, procedure e protocolli clinici, a partire dalle evidenze scientifiche e dalle LG approvate dal SNLG, inoltre "*gli esercenti le professioni sanitarie, nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, si attengono, salve le specificità del caso concreto, alle raccomandazioni previste dalle linee guida* […] *In mancanza delle suddette raccomandazioni gli esercenti le professioni sanitarie si attengono alle buone pratiche clinico-assistenziali"* (art. 5, comma 1, legge n. 24 del 2017).

La responsabilità del professionista sanitario, e quindi dell'infermiere, consiste nell'erogare cure infermieristiche appropriate. Tale caratteristica delle cure infermieristiche è garantita attraverso il riferimento alle evidenze scientifiche, a loro volta alla base di linee guida e buone pratiche clinico assistenziali.

Una volta che la LG o la buona pratica clinica sia stata implementata ai tre livelli di responsabilità, l'espletamento competente della prestazione correlata non è automatica. La ***competence*** **professionale** (*skill*) deve essere documentata attraverso un percorso successivo all'addestramento, al fine di prevenire, su tutti i fronti, il rischio di incorrere nella fattispecie di imperizia, sia per quanto riguarda la scelta di applicare o meno una determinata procedura, sia nella fase esecutiva delle raccomandazioni ritenute adeguate al caso di specie.

Citando un raro esempio virtuoso, i requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture sanitarie in Emilia-Romagna prevedono che per ciascuna procedura il professionista possa avere un differente livello di competence:

1. Necessita di training;
2. Può eseguire la procedura solo sotto supervisione;
3. Può eseguire la procedura in autonomia;
4. Può effettuare supervisione.

In definitiva l'adozione delle raccomandazioni delle LG o delle buone pratiche clinico-assistenziali richiede un impegno che richiama i suddetti tre livelli di responsabilità: una direzione che faciliti e promuova, un middle management che implementi e verifichi, uno staff operativo che collabori e applichi le procedure in modo competente.

ART. 38 – SEGNALAZIONI ALL'ORDINE PROFESSIONALE

L'Infermiere segnala al proprio Ordine le attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati.

L'articolo richiama alcuni principi già affermati in altri luoghi del Codice Deontologico: le basi scientifiche sulle quali l'infermiere deve fondare il suo operato (art. 10), coerentemente con l'obbligo di attenersi alle linee guida e alle buone pratiche clinico assistenziali (art. 37), la posizione di protezione che l'infermiere deve assumere nei confronti delle persone assistite, della professione e dei professionisti, anche effettuando le opportune segnalazioni (art. 14), compatibilmente con l'esigenza di adottare rapporti leali e collaborativi con i colleghi (art. 12).

Innanzitutto l'art. 10 del NCDI afferma l'obbligo per l'infermiere di fondare il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e di aggiornare le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività.

Tale obbligo comporta molteplici implicazioni:

a. È un valore condiviso da tutti gli infermieri, e pertanto un'importante base su cui il professionista costruisce il rapporto di leale collaborazione con i colleghi;
b. La sua inosservanza compromette la qualità e la sicurezza delle cure erogate alle persone assistite;
c. La sua inosservanza mina alla base la fiducia delle persone assistite nei confronti di tutti gli infermieri, e quindi il riconoscimento sociale della professione e dei professionisti.

In altri termini l'essere testimone del comportamento di colleghi che svolgono attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati, compromettendo in tal modo il rapporto di fiducia con l'utente e l'immagine della professione, mette l'infermiere di fronte all'obbligo di segnalazione all'Ordine.
La norma in questione va anche letta nell'ottica di scoraggiare ogni tolleranza di tali comportamenti riprovevoli: il dovere di solidarietà con i colleghi non può condurre a soprassedere a qualsiasi valutazione negativa del loro comportamento.
Non si tratta di delazione, ma di **protezione del cittadino/utente** il quale, essendo in una posizione asimmetrica a suo sfavore nella relazione con l'infermiere, potrebbe non avere la forza o le conoscenze per denunciare all'Ordine comportamenti che lo danneggiano.
Prevale il dovere di tutelare gli interessi del cittadino e della professione sul principio di solidarietà fra colleghi. Lo scopo è da un lato quello di tutelare il cittadino/utente rispetto al rischio di ricevere prestazioni professionali inadeguate, dall'altro quello di tutelare l'immagine della professione infermieristica.
D'altra parte il rapporto di colleganza è basato sulla condivisione di valori e saperi scientifici che, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza (art. 1), definiscono la professionalità dell'infermiere. In realtà, l'appartenenza ad una categoria professionale, se da un lato definisce la personalità sociale dell'individuo, dall'altro espone al rischio che il mutuo sostegno sia fondato sulla comune appartenenza, piuttosto che sulla condivisione di un preciso impegno e responsabilità sociale assunti contestualmente col ruolo professionale.
Pertanto l'Ordine professionale assume utilità e riconoscimento sociale nella misura in cui combatte il prevalere di interessi corporativi, che indeboliscono la capacità di tenere vivi i principi e i valori che orientano i comportamenti professionali. Occorre promuovere la consapevolezza di un valore professionale che supera l'interesse del singolo professionista: la professione cresce e si afferma nel riconoscimento sociale se è al servizio del cittadino, e non un mero strumento di potere corporativo rispetto ad altre famiglie professionali.
Un'ultima riflessione riguarda l'inserimento del presente articolo nel Capo VI del Codice, concernente l'organizzazione. Tale collocazione ha il preciso scopo di promuovere a sistema i principi dell'evidence-based practice, di qualità e sicurezza delle cure, della protezione del cittadino utente dei servizi sanitari, di promozione del rapporto di fiducia tra cittadini ed esercenti una professione sanitaria, i medesimi principi che ispirano la legge n. 24 del 2017, aggiungendo l'obbligo deontologico a quello giuridico.
In altri termini i suddetti principi devono essere promossi dall'infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, laddove partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale (art. 30).

Riferimenti normativi

D.M.. n. 739/1994, *"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.*
Decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, *Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.*
D.P.R. 23 luglio 1998, Piano sanitario nazionale 1998-2000.
Legge 10 agosto 2000, n. 251, *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica*.
Legge 22 dicembre 2017, n. 219, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.
Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*.
Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.*

Riferimenti bibliografici

AGREE Collaboration (2003) *Development and validation of an internationalappraisalinstrument for assessing the quality of clinicalpracticeguidelines: the AGREE project*. Qual SafHealth Care;12:18-23.
Benci L., (2019) *Aspetti Giuridici della Professione Infermieristica*, McGraw-Hill, Milano.
Cartabellotta A., (2008) *Linee guida, percorsi, processi, procedure, protocolli. Il caos regna sovrano: è tempo di mettere ordine!* GIMBE news;1:4-5.
Casati M., (2005*) La documentazione infermieristica*, 2ed, McGraw-Hill, Milano.
Institute of Medicine. (1992) Guidelines for clinicalpractice: from development to use. Washington DC: National Academic Press.
Quaderno del Nursing di base, (1993) Nettuno, Parma.
Santullo A., (2004) L'infermiere e le innovazioni in sanità. McGraw-Hill, Milano.
Scally G., Liam J Donaldson L., J., (1998) *Clinical governance and the drive for quality improvement in the new NHS in England*, BMJ; 317 doi: https://doi.org/10.1136/bmj.317.7150.61 (Published 04 July 1998).
Tartaglia R, Vannucci A (a cura di) (2013*). Prevenire gli eventi avversi nella pratica clinica*. Springer-Verlag Italia, Milano.

Sitografia

https://choosingwiselyitaly.org.
https://www.iss.it/.

CAPO VII

LIBERA PROFESSIONE

La libera professione viene presentata come una grande opportunità. Aprire una partita IVA rappresenta la risposta che l'operatore offre ad un sistema sanitario/economico affannato e che mira al contenimento della spesa sanitaria. Invece, dovrebbe rappresentare un elemento che va oltre i tecnicismi e l'opera manuale e soprattutto sia in grado di rispondere alle esigenze della territorialità.
La **formazione professionale** e la **deontologia** costituiscono due fattori **peculiari delle libere professioni** e di tale rilievo pubblico da impedire una completa liberalizzazione del settore e rendere necessaria una regolamentazione legislativa nell'interesse dei cittadini.
Parlare di libera professione in Italia è assai differente che nel resto d'Europa in ragione delle differenti normative dei paesi membri.
In Italia i liberi professionisti vengono classificati tali per la propria appartenenza ad ordini e albi, professioni ordinistiche e professioni non organizzate in ordini o collegi mentre nel resto d'Europa la classificazione si fonda spesso su parametri economici.
In Europa[94] il numero di liberi professionisti nelle attività professionali, scientifiche e tecniche e nella sanità è salito costantemente negli ultimi anni, crescendo di oltre 100 mila unità ogni anno: dai 4 milioni 800 mila del 2009 agli oltre 5 milioni 600 mila del 2017.
L'Italia è il paese che conta il maggior numero di liberi professionisti superando la soglia di un milione di professionisti (a partire dal 2012).
Anche in termini di incidenza delle libere professioni sulla popolazione il nostro Paese mantiene il proprio primato, superata solo dai Paesi Bassi nel rapporto tra 17:1000 in Italia e 19:1000 nei Paesi Bassi.
L'importanza di sorvegliare il mondo delle libere professioni nasce dal fatto che esse costituiscono un predittore della ricchezza economica di ogni paese. Infatti esiste una stretta relazione tra PIL pro capite e incidenza dei liberi professionisti riscontrandosi tendenzialmente un maggior ruolo e contributo delle libere professioni nella società dei Paesi più ricchi.
L'anno 2018 rappresenta per i liberi professionisti la definitiva fuoriuscita dalla crisi[95] che aveva angustiato e messo in forte crisi l'esercizio autonomo delle professioni tra il 2008 e il 2013.
Oggi[96] possiamo vedere ottimistici segnali di ripresa provenire da:

a) Il numero degli iscritti agli ordini professionali, circa 2.400.000, e alle casse previdenziali, circa 1.400.000;
b) La consistenza del numero dei liberi professionisti in attività, circa 1.400.000, e dei datori di lavoro, stimati in oltre 200.000 nelle varie forme societarie adottate, come pure dal numero dei dipendenti, circa 900.000;
c) La conferma di almeno quattro anni di redditi mediamente in crescita;
d) La presenza femminile sempre più importante tanto che tra il 2011 e il 2017, periodo in cui il numero di liberi professionisti è cresciuto di quasi 200.000 unità, le donne hanno contribuito per il 66% a questa crescita, pari a oltre 130.000 unità.

Parlare di libera professione da parte degli Ordini professionali, non è solo un obbligo giuridico - istituzionale ma impegno necessario affinché ciascun professionista abbia prerogative pubbliche, di ***munus publicum***, poiché le funzioni svolte soddisfano esigenze di interesse collettivo a livello intermedio tra ***constituency*** **economica** e ***constituency*** **politica.**

Nonostante questo, sembra quasi anomalo parlare di "deontologia per libera professione infermieristica" e, quasi come se fossero accostamenti diversi, rispetto a quelli dell'Infermieristica e della Deontologia, storicamente celebrati nelle varie promulgazioni dei Codici Deontologici.

[94] Bortoluzzi A,, (2001) *Dove vanno le professioni?* Lombardia Nord-Ovest 3, pag. 9 – 19.
[95] Fondazione Osservatorio delle libere professioni, *Rapporto 2018 sulle libere professioni in Italia*, 2018 - http://www.Confprofessioni.eu.
[96] Prandstraller G.P., (1980) (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Città nuova, Roma.

In realtà ha molto senso identificare alcune peculiarità deontologiche nell'esercizio libero professionale, in quanto la Professione Infermieristica stessa matura tutto sommato recentemente alla modalità di esercizio autonomo.

Quando parliamo di servizi professionali[97], occorre andare con il pensiero allo spirito di servizio per l'interesse pubblico sottostante ad ogni singola libera professione (salute, giustizia, paesaggio, ecc.) ribadendo che i valori sottesi al "professionalismo" riguardano da una parte l'uso della conoscenza e competenza disciplinate e finalizzate al bene pubblico, e dall'altra l'esigenza che il sistema formativo sia luogo privilegiato ove elaborare, oltre che insegnare, l'etica delle professioni e in cui si può operare indipendentemente dal mercato e dalla politica.
L'immaginario classico pone, anche per storicità, l'Infermiere all'interno di un reparto ospedaliero, per natura quindi subordinato ad un rapporto di lavoro dipendente.

Un rapporto, quello tra norma civilistica e deontologica, che può apparire quasi strano, essendo diversa la genesi dei dettati: norma dello Stato la prima, norma autonoma della Professione la seconda.
Sempre norme sono, anche se l'applicazione della norma deontologica è riservata agli organi disciplinari delle Professioni, che dunque agiscono come vera e propria magistratura della Professione. Ma se sussiste una evidente separazione tra norme dello Stato e norme deontologiche, non si può escludere una reciproca interferenza.
Per definizione, il lavoro professionale si basa su precise conoscenze tecnico-scientifiche e nozioni apprese nel percorso formativo e su principi di natura deontologica[98]. Ancora, nella necessaria tutela del beneficiario ultimo della prestazione professionale, la persona, l'asimmetria informativa che caratterizza il lavoro professionale necessità di una puntuale e costante vigilanza sull'azione etica e deontologica del professionista, esercitata da organismi e istituzioni a ciò deputate.

In prospettiva l'esercizio autonomo della professione infermieristica dovrà operare interventi di sviluppo e interrogarsi su diversi ambiti[99]:

a) **Etica e deontologia professionale**, faro che illumina il cammino nei servizi alla persona. Guida che orienta l'agire del professionista verso l'interesse del committente a scapito dell'interesse generale che mette l'uomo al centro delle nostre azioni. Nel caso della professione infermieristica, l'interesse particolare e specifico verso la persona affidata alle nostre cure deve essere rigorosamente improntato a principi etici e deontologici quali pilastri fondanti i processi formativi iniziali e continui a garanzia della competenza che consentirà di rispondere alle esigenze e nuovi bisogni di salute della cittadinanza.
b) **Tecnologia e digitalizzazione**, impegno costante ad affinare in maniera appropriata le proprie competenze e orientare le capacità professionali all'utilizzo dei sistemi e strumenti di informatizzazione che ottimizzano la personalizzazione degli interventi assistenziali e fortificano il rapporto di fiducia con i committenti.
c) **Autoregolamentazione e autogestione**, azione forte esercitata dagli esercenti le libere professioni per affrontare le regole di mercato e, in ragione della comprovata asimmetria conoscitiva tra i liberi professionisti e lo Stato da un lato e i committenti dall'altro, orientare scelte normative oltre che organizzative ma soprattutto di etica professionale.
d) **Qualità e compenso**, oggetto di analisi e correlazione a conferma dell'impegno da parte delle istituzioni e degli organismi professionali al fine di garantire dignità e qualità al servizio professionale agito a favore del cittadino contro l'esercizio improprio e abusivo.
e) **Responsabilità** nell'esercizio della professione, sfida che parte dalla regolamentazione giuridica vigente per giungere ad una revisione di modelli organizzativi volti a fortificare il

[97] Prandstraller G.P. (1980) (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Città nuova, Roma.
[98] Freidson E., (2002) *Professionalismo, la terza logica*, Dedalo.
[99] *Per un manifesto europeo delle libere professio*n Roma, Campidoglio, 4 dicembre 2017, www.eesc.europa.eu.

lavoro in equipe multi disciplinare e multi professionale così che il committente benefici del miglior servizio professionale.

Il senso civico (e civilistico) della Libera Professione.

La libera professione intellettuale può essere definita come un'attività di carattere non meramente manuale, volta al soddisfacimento di fini di rilevanza sociale, svolta in modo continuativo e personale da parte di soggetti iscritti in appositi albi, in conformità alla regolamentazione apprestata autonomamente dai rispettivi organi professionali.
La disciplina delle professioni intellettuali è collocata nel libro V del Codice civile, all'interno del Capo II del Titolo III dedicato al lavoro autonomo. In particolare, l'art. 2230 c.c. stabilisce che il contratto di opera intellettuale è disciplinato dalle norme successive, ma anche da quelle del Capo I dedicato al lavoro autonomo, purché compatibili con la natura del rapporto concretamente instaurato.
Dunque la natura del rapporto instaurato, ovvero l'esercizio libero professionale, all'interno di una Professione intellettuale, si colloca come una delle caratteristiche distintive dell'intellettualità della professione stessa, caratterizzata, parafrasando Ernest Greenwood, da:

- ✓ La personalità dell'attività;
- ✓ La professionalità della prestazione;
- ✓ L'autonomia del professionista;
- ✓ La funzione sociale svolta;
- ✓ L'autonomia degli organi professionali.

Caratteristica imprescindibile è il carattere intellettuale della prestazione: l'attività del professionista intellettuale è di conoscenza e applicazione con competenze specifiche in un determinato settore. Inoltre, il professionista svolge la propria attività indipendentemente dal raggiungimento di un risultato: siamo nel campo delle obbligazioni di mezzi, tipiche della diligenza media professionale e non di risultato, come ben precisato dall'art. 1176 del Codice civile. Ciò significa, precipuamente, che il Professionista deve essere sempre in grado di dimostrare di aver fatto tutto il possibile per ottenere il miglior risultato possibile, indipendentemente dal raggiungimento dello stesso.

Questa particolare attenzione del legislatore, derivante proprio dalle connesse obbligazioni professionali, viene commisurata dalla natura contrattuale dell'incarico professionale, con le caratteristiche tipiche della connessa responsabilità, qualora fosse necessario risarcire i danni cagionati al cliente con la non esatta esecuzione della prestazione dovutagli in virtù del rapporto obbligatorio tra loro sorto.

La rivoluzione copernicana messa in opera dalla legge n. 24 del 2017, che sposta nell'alveo extracontrattuale (ai sensi dell'art. 2043 del Codice civile) la responsabilità dell'esercente le professioni sanitarie dipendente, quindi con inversione dell'onere probatorio e prescrizione quinquennale, non ha scalfitto l'obbligazione di natura contrattuale del libero professionista, suscitando, peraltro, dubbi di incostituzionalità della norma.

Una visione storica, sociologica e professionale

La svolta libero professionale prende pieno compimento al termine di un processo di professionalizzazione dell'Infermiere, che, in Italia, trova un primo approccio (*ante litteram* rispetto ad una pura forma di autonomia professionale) nella promulgazione del Profilo Professionale (D.M. 739/1994) e completato, nella componente essenziale con la pietra miliare della legge n. 42 del 1999, che sancisce la piena definizione di Professione (autonoma e dunque autonomamente responsabile).

Nella realtà dei fatti esistevano già sparuti e coraggiosi colleghi che avevano intrapreso vie quasi misconosciute di libera professione infermieristica con notevoli difficoltà a farsi riconoscere, soprattutto dagli Enti preposti, molto meno dai cittadini.
Edoardo Manzoni, Infermiere ed Epistemologo, spiega bene, infatti, la genesi delle professioni, che nascono per l'evenienza dei bisogni dell'Uomo e dunque la necessaria ricerca di soluzioni sempre più adeguate, sempre più utili al soddisfacimento degli stessi.

Se quindi l'Assistenza, genericamente intesa come necessità ontologica dell'Uomo di essere aiutato nelle varie fasi della sua vita, può essere rappresentata come una linea retta, presente "da sempre e per sempre", immanente nella storia dell'umanità, l'Assistenza Infermieristica diventa una semiretta, che origina in un preciso punto della storia, quando l'Uomo comprese la necessità di avere una tipologia di Assistenza particolarmente accurata (dimensione antropologica), metodologicamente definita, scientifica diremmo noi oggi. Ed è qui che nasce la Disciplina Infermieristica, realizzando quindi un precipuo bisogno di professionalità nella cura dell'Uomo, diverso da quello della Medicina o di altre professionalità.
E qui, ritroviamo Afaf Melis, Infermiera statunitense contemporanea, che definisce le tappe fondamentali dell'evoluzione della Disciplina Infermieristica, identificando:

- ✓ Lo **stadio della pratica**: essenzialmente basato sul "fare", antecedente alle declinazioni disciplinari ed originario da aspetti sostanzialmente "vocazionali", quasi essenzialmente "religiosi";
- ✓ Lo **stadio della formazione ed organizzazione**: sviluppo di forme definite di interesse per la formazione (professionale) e l'organizzazione, correlate da norme di precisazione degli aspetti;
- ✓ Lo **stadio della teoria**: sviluppo di modelli e teorie disciplinari, alla base della definizione stessa di Assistenza Infermieristica e rivolte verso il fine ultimo della stessa;
- ✓ Lo **stadio della filosofia**: evoluzione intrinseca della Professione, dove i Professionisti stessi ricercano e sviluppano la conoscenza scientifica ed etica della disciplina professionale.

Su queste basi nascono i requisiti necessari affinché la Professione possa definirsi tale all'interno della Società Civile (Greenwood, 1957):

- ✓ **Corpus teorico sistemico**: l'esistenza e la sussistenza disciplinare;
- ✓ **Autorità professionale**: autonomia e responsabilità diretta sull'esercizio ed i risultati perseguiti;
- ✓ **Sanzioni della comunità**: riconoscimento sociale dell'utilità della professione e legittimazione istituzionale;
- ✓ **Codice etico**: le regole fondamentali che la stessa Professione emana;
- ✓ **Cultura professionale**: capacità degli addetti di creare associazioni professionali, che generano una cultura professionale fondata su comuni valori, norme e simboli. Il lavoro professionale così delineato presenta un'ulteriore caratteristica: l'autonomia, che si esplica in modo particolare nell'esercizio libero professionale.

ART.39 – ESERCIZIO DELLA LIBERA PROFESSIONE
L'Infermiere, nell'esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell'equo compenso.

In questo articolo salta subito all'occhio il termine "**leale concorrenza**"
Il concetto di leale, prima di unirla e accostarla al termine "concorrenza" dovrebbe esser legata al valore personale e professionale da possedere. Leale come suggerisce Treccani, ci parla di persona che parla e agisce con sincerità e franchezza, di chi antepone all'utile l'onesto.

La lealtà professionale che ogni professionista dovrebbe dare al committente/paziente (o al collega professionista) deve essere la base per l'attività professionale.
L'Infermiere prima di esser professionista è uomo, è donna. L'onestà, quindi, è una qualità umana di agire e comunicare in maniera sincera, leale e in base a princìpi morali ritenuti universalmente validi, evitando di compiere azioni riprovevoli nei confronti del prossimo.
Il libero professionista nei propri *setting* agisce in un campo di valorizzazione della professione, ne è attore principale, e tramite lui, le proprie qualità umane e professionali, consentono di valorizzare il proprio operato.

Correva l'anno 2002, quando l'allora Federazione Nazionale dei Collegi I.P.A.S.V.I. produsse il Tariffario delle prestazioni dell'Infermiere libero professionista, un documento importantissimo, all'alba dello sviluppo vero e sistemico dell'esercizio libero professionale.
Il Tariffario portava intrinsecamente degli enormi vantaggi: riusciva a quantificare, in termini massimi e minimi, il valore di una prestazione sulla base della sua tipicità e complessità e si configurava come strumento di uso cogente all'Infermiere che sceglieva di porsi nell'agone imprenditoriale.
Nel 2006 una prima ondata di liberalizzazioni (c.d. "pacchetto Bersani" sulle liberalizzazioni approvato con il decreto-legge n. 223 del 4 luglio 2006 convertito dalla legge n. 248 del 4 agosto 2006), cambiò buona parte delle regole del gioco, anche in senso positivo, abolendo *ex lege* le tariffe minime e allargando non poco le maglie rispetto alla pubblicità sanitaria, prima materia estremamente delicata e rigida. Il *new deal* delle professioni si poneva sul mercato in maniera diversa, nello spirito di rafforzare la libera concorrenza e quindi agevolare, negli intenti, il cittadino, fruitore di servizi.

L'ultimo atto di questo vento liberista, per quanto ci attiene, soffia durante il governo tecnico di Mario Monti, che, nel 2011 emana una nuova serie di liberalizzazioni (decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito con modificazioni dalla legge 24 marzo 2012, n. 27). Nasce così la visionaria possibilità di creare società tra professionisti, ma pone anche la pietra tombale su ciò che rimaneva (il limite massimo) delle tariffe professionali. Congiuntamente emerge l'obbligo, su richiesta del cliente, di pattuire un compenso (anche non scritto)[100] per l'incarico e l'obbligo di assicurazione professionale, che, per quanto riguarda i liberi professionisti, precorre abbondantemente i tempi rispetto alla legge n. 24 del 2017.

L'Infermiere libero professionista si muove dunque in un mercato sanitario completamente liberalizzato e pertanto è completamente libero di determinare la tariffa che ritiene più giusta, sulla base della complessità della prestazione, ma anche, per esempio, sulla base del valore aggiunto del professionista esperto o specialista, che tale diventa a fronte di formazione avanzata.

A detta di molti, i nobili intenti liberisti hanno portato anche ad una svalutazione del mercato stesso, ove taluni professionisti, trasversalmente intesi, hanno puntato a massimizzare i fatturati offrendo prestazioni a prezzo molto basso. Quest'ambito di concorrenza sleale ha creato molte difficoltà, soprattutto a coloro che *ex novo* intendevano inserirsi in ambito libero professionale, trovandosi fin da subito in difficoltà a mantenere compensi dignitosi. Il principio dell'equo compenso di inserisce in questa distonia del sistema, puntando a garantire

[100] Nella legge n. 81 del 2017 ("Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato") si dispone, all'art.3, comma 2: "Si considera abusivo il rifiuto del committente di stipulare il contratto in forma scritta".

un *quantum* minimo al professionista. Alla fine dei conti ritorna, dalla finestra, il principio che ispirò gli estensori del Tariffario del 2002.[101]

Il principio dell'equo compenso non è sempre applicabile e si riferisce, peculiarmente, ai rapporti contrattuali stipulati con imprese assicurative, bancarie ed imprese varie, ad esclusione delle microimprese e piccole o medie imprese[102]. Particolarmente interessante risulta l'intervento normativo in materia di "clausole contrattuali vessatorie", che, in materia di equo compenso, risultano nulle. Sono considerate, ad esempio, vessatorie le clausole che:

- ✓ Attribuiscono al cliente la facoltà di rifiutare la stipula per iscritto degli elementi essenziali del contratto;
- ✓ Impongono al professionista la rinuncia al rimborso delle spese che sono direttamente connesse alla prestazione dell'attività oggetto della convenzione;
- ✓ Prevedono termini di pagamento superiori a sessanta giorni dalla data di ricevimento da parte del cliente della fattura o di una richiesta di pagamento di contenuto equivalente;
- ✓ Prevedono che, in ipotesi di nuova convenzione sostitutiva di altra precedentemente stipulata con lo stesso cliente che preveda compensi inferiori a quest'ultima, la stessa si applichi anche agli incarichi pendenti o, comunque, non ancora definiti o fatturati.

Rimane cogente ancora la definizione corretta del quantum e, per questo aspetto, si sta lavorando alacremente.

ART.40 – CONTRATTO DI CURA

L'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzi l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

Il nuovo Codice deontologico sicuramente delinea a chiare lettere l'esercizio libero professionale per il professionista infermiere che sempre più è imprenditore di sé stesso scegliendo forme di collaborazione diverse dal vestito di dipendente pubblico. Con il termine "**contratto di cura**" si deve intendere sia la presa in carico sia la relazione di aiuto che è insita dell'essere Infermiere.

Nell'articolo 40 è come se venisse esposto un piccolo promemoria per osservare e svolgere l'attività professionale richiamando le norme vigenti, ma indicando passo dopo passo le attività da svolgere. Con il contratto di cura e quindi con la richiesta di cure da parte del committente si instaura tra professionista sanitario e committente un rapporto giuridico definito contratto da cui derivano delle obbligazioni in cui si identificano due soggetti (committente e professionista sanitario), l'assistenza (o la cura) e una prestazione intesa come comportamento.

Sulla capacità di saper definire il contratto di cura con il committente il libero professionista infermiere si giocherà tanta credibilità professionale nei setting diversi tra domicilio e territorio, come singolo ma anche come immagine professionale stessa.

[101] Tecnicamente, il principio dell'equo compenso nasce per la professione forense, particolarmente in crisi per l'enorme numero di professionisti in relazione alle necessità e alle possibilità lavorative, con ovvia svalutazione delle prestazioni e viene poi esteso a tutti i professionisti; ha fatto il suo ingresso nell'ordinamento italiano con l'emanazione del decreto fiscale del 2017 (decreto-legge numero 148/2017, convertito in legge numero 172/2017), che è stato parzialmente modificato dalla legge di bilancio 2018.

[102] Come definite nella raccomandazione 2003/361/CE della Commissione, del 6 maggio 2003.

Nella capacità di presa in carico, di evidenziare i bisogni di salute partendo da attenta analisi e valutazione bio-psico-sociale, nella capacità di mostrare gli *outcome* identificati con il processo di nursing e nel mostrare il miglior percorso clinico assistenziale possibile da poter sviluppare con il paziente, insieme al paziente, ci sarà una aumentata credibilità della professione. È proprio in quest'ultimo ruolo che il professionista si trova maggiormente esposto e in un ambiente lavorativo diverso rispetto alla realtà ospedaliera e alla sua relativa zona professionale di comfort, dove ancora troppi professionisti continuano a rifugiarsi.
Sulla base normativa[103] di quanto già esposto risulta quindi evidente la cogenza della formulazione scritta del contratto con il cliente. In ambito sanitario il contratto non può configurarsi come una mera elencazione di servizi o prestazioni, in quanto l'essenza del Professionista si caratterizza, come già detto, nella sua visione intellettuale, che poi si concretizza in una prestazione.

Per un Infermiere questa visione intellettuale non può che esprimersi, al suo massimo, con l'evidenza del ragionamento di pianificazione della presa in carico dei bisogni di assistenza infermieristica della persona assistita.
Anche la singola e semplice prestazione, però, si inserisce doverosamente in un quadro giuridico di tutela dei diritti, di sicurezza delle cure, di privacy, di corretta informazione e pertanto è doveroso il richiamo codicistico a quanto previsto e normato, per esempio, in tema di trattamento dei dati personali, così come previsto dalla norma vigente[104] e di consenso/dissenso informato, di cui si è parlato anche in commento all'art. 13 (Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni).

ART. 41 – SICUREZZA E CONTINUITÀ DELLE CURE
L'Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero bio-fisiologico.

Nei concetti di "**tutela della sicurezza**" e di "**continuità delle cure**" risalta subito la possibilità che ha la professione di poter mostrare le qualità tecnico-scientifiche da applicare nella pratica clinica.
In questo articolo occorrono per il libero professionista spiccate doti di auto-gestione, un *intuitus* personale ed elevate capacità di adattamento e reattività positive alle nuove situazioni lavorative. Quindi la tutela del benessere psicofisico dell'operatore deve prevalere su tutto, essendo lo stesso un elemento indispensabile per la sicurezza dell'esecuzione della prestazione. La capacità del professionista di operare nel campo dell'***Evidence Based*** mostra il vero valore della professione. La differenza del Professionista si esplicita proprio nella competenza, nell'abilità acquisita e consolidata, versatile e applicabile in contesti tra loro similari, propria di chi ha conseguito l'"*idoneità e autorità di trattare, giudicare, risolvere determinate questioni*[105]".

L'*Evidence Based*, il campo delle attività basate sulle evidenze, conferisce al professionista l'idoneità e l'autorità di trattare determinate questioni!
Questo crea all'interno del contratto di cura una qualità assistenziale che certifica il valore professionale dovuto alla competenza. Servono però professionisti consapevoli, che rendano consapevoli i pazienti/committenti della competenza professionale acquisita.

[103] Decreto-legge 24 gennaio 2012, n. 1, convertito con modificazioni dalla legge 24 marzo 2012, n. 27, emendato dalla L. 81/2017.
[104] D.lgs. n. 196/2003 e regolamento UE n. 2016/679 – GDPR.
[105] Voce "competenza" in Vocabolario - Treccani, su www.treccani.it.

Il quadro normativo di riferimento con l'avvento della legge Gelli-Bianco, stabilisce che le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle linee guida a cui attenersi vengano messe a punto dalle istituzioni, dalle società scientifiche, ma anche dalle associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie. Entrare in questo percorso mostra finalmente quanto sopra osservato: nelle competenze e nelle abilità acquisite si trova il valore aggiunto del Professionista, che deve imporre, positivamente, questo cambio di marcia non solo per sé stesso ma per il bene di tutta la Professione.
L'articolo introduce in pieno il senso deontologico del limite (*limen*, confine), con aspetti estremamente pratici.

Limite quantitativo.

Il tetto massimo dell'orario di lavoro previsto dal d.lgs. n. 66/2003 è diretto a tutela dell'integrità psico-fisica del lavoratore, nonché a garanzia della sicurezza delle prestazioni erogate.[106]
Se la norma appare fattivamente inapplicabile ai Liberi Professionisti (chi controlla e come, se non, eventualmente, *ex post*?), la giurisprudenza ha trovato collocazione in questa terra semi inesplorata, proprio intervenendo sulla invalidità dell'incarico professionale a seguito di illecito deontologico: *"In generale la commissione da parte del professionista di una violazione delle regole di deontologia professionale non comporta la nullità dell'attività svolta e la conseguente non remunerabilità delle relative prestazioni, questo, però, non esclude che occorre verificare se la violazione deontologica, oltre che rilevare sotto il profilo disciplinare, sia di gravità tale da integrare anche una causa di nullità del contratto."* (Cassazione civile, Sez. III, sentenza n. 23186/2018).
Nella fattispecie la mole e la tipologia di incarichi assunti dal professionista, a detta del cliente, aveva pregiudicato il principio di diligenza professionale nello svolgimento degli stessi.
L'articolo 41 del vigente Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche è una norma deontologica che trova piena applicazione, anche in dubbia applicabilità della norma civilistica.

Limite sulla tutela della propria salute

Il libero professionista è, tecnicamente, anche il "medico competente" di se stesso, non essendo tenuto a sottoporsi a visite inerenti la medicina del lavoro ed i rischi specifici. In caso di collaborazioni continuative o prolungate, diffusi orientamenti applicativi del decreto legislativo n. 81 del 2008 ribaltano sul committente l'onere di richiedere al professionista una forma di "idoneità" al ruolo specifico, in relazione agli obblighi di tutela verso "tutti a qualsiasi titolo" operanti in azienda, previsti dalla norma.
L'Infermiere libero professionista è primariamente il datore di lavoro di se stesso e bene deve conoscere i limiti del suo agire, non tanto e non solo per cogenza, ma a maggior ragione per sicurezza sua personale e delle prestazioni che va ad erogare sulle persone assistite.

Libertà… vera?

La libera professione ha una caratteristica intrinseca: è ***libera.*** A volte meno liberi sono i Professionisti, gli infermieri in particolare.
Gli Infermieri sono professionisti essenzialmente e geneticamente predisposti alla cura della salute delle persone e fanno molta fatica ad entrare in una mentalità che necessita comunque di attitudini imprenditoriali e di una buona dose di autonomia.

La libera professione infermieristica tuttora spesso nasce come un ripiego temporaneo in attesa dell'ambìto posto fisso ospedaliero e si rivolge primariamente all'erogazione di prestazioni nell'ambito di strutture pubbliche o private in sostituzione o affiancamento di Colleghi dipendenti.

[106] Sul punto si è espressa al Direzione interregionale del lavoro di Milano (circolare 8 marzo 2016), escludendo chiaramente l'applicabilità del d.lgs. n. 66/2003 in "alvei diversi da quelli della subordinazione".

Neppure la celeberrima “riforma Fornero” (legge n. 92 del 2012) ha inciso in modo determinante sul diffusissimo impianto professionale della para-subordinazione, pur lasciando qualche perplessità sull’esclusione dai criteri-limite per i professionisti iscritti agli Albi professionali.
Questo non significa, però, che il rischio di para-subordinazione non venga eccepito da parte da organi di controllo (Ispettorati territoriali del lavoro), alla luce delle condizioni di lavoro rilevate.
In senso lato le professioni liberali sono chiamate a svolgere un ruolo centrale rispetto alle esigenze, ai bisogni, alle domande che sorgono dalla società prima ancora che dal mondo economico.
L’impegno normativo a favore delle libere professioni, indica quanto lo Stato valuti essenziali le funzioni svolte nella produzione di beni materiali e servizi di importanza primaria in rapporto alla protezione dei diritti e al soddisfacimento di rilevanti interessi collettivi.
Il riconoscimento dello Stato conferma tale centralità attraverso la certificazione delle attitudini professionali e morali dell’esercente la libera professione.

Riferimenti normativi

D.M. 14 settembre 1994 n. 739, *"Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.*

Decreto legislativo 30 giugno 2003, n.196, *Codice in materia di protezione dei dati personali*.

Decreto legislativo 8 aprile 2003, n. 66, *Attuazione delle direttive 93/104/CE e 2000/34/CE concernenti taluni aspetti dell'organizzazione dell'orario di lavoro.*

Legge 22 maggio 2017, n. 81, *Misure per la tutela del lavoro autonomo non imprenditoriale e misure volte a favorire l'articolazione flessibile nei tempi e nei luoghi del lavoro subordinato.*

Legge 24 marzo 2012, n. 27 *Disposizioni urgenti per la concorrenza, lo sviluppo delle infrastrutture e la competitività*.

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

Legge 28 giugno 2012, n. 92, *Disposizioni in materia di riforma del mercato del lavoro in una prospettiva di crescita*.

Legge 4 agosto 2006, n. 248, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 4 luglio 2006, n. 223, recante disposizioni urgenti per il rilancio economico e sociale, per il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica, nonché' interventi in materia di entrate e di contrasto all'evasione fiscale*.

Legge 4 dicembre 2017, n. 172, *Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 16 ottobre 2017, n. 148, recante disposizioni urgenti in materia finanziaria e per esigenze indifferibili. Modifica alla disciplina dell'estinzione del reato per condotte riparatorie.*

Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie.*

Riferimenti bibliografici

Bortoluzzi A, (2001) *Dove vanno le professioni?* Lombardia Nord-Ovest 3.

Commissione Europea, (2003) Raccomandazione 2003/361/CE.

Corte di Cassazione civile, sezione terza, Sentenza n. 23186/2018.

European Economicand Social Committee (EESC) (2017), *Per un manifesto europeo delle libere professioni*, www.eesc.europa.eu.

Fondazione Osservatorio delle libere professioni, (2018) *Rapporto 2018 sulle libere professioni in Italia*, - http://www.Confprofessioni.eu.

Freidson E., (2002) *Professionalismo, la terza logica*, Dedalo.

Prandstraller G.P., (1980) (a cura di), *Sociologia delle professioni*, Città nuova, Roma.

Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (GDPR) n. 2016/679.

.

CAPO VIII

DISPOSIZIONI FINALI

ART.42 – LIBERTÀ DA CONDIZIONAMENTI
L'Infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da impropri condizionamenti e interessi nonché da indebite pressioni di soggetti terzi tra cui persone di riferimento, altri operatori, imprese e associazioni.

L'**autonomia professionale** rappresenta l'elemento costitutivo di ogni professione, tra queste anche quella infermieristica, che si esprime sia a livello individuale sia a livello di categoria professionale.
Nel primo caso si tratta di riconoscere al professionista Infermiere la libertà di assumere decisioni ritenute più opportune dal punto di vista tecnico ed etico deontologico della professione; nell'altro caso di riconoscere alla professione la possibilità di esercitare la funzione di autogoverno e di autocontrollo in relazione alle attività svolte, ai comportamenti tenuti dagli appartenenti alla professione.

L'autonomia professionale consiste anche nel riconoscere al professionista Infermiere la libertà di indirizzare la propria attività, prima di tutto, al bene della persona assistita e di garantirne i necessari interventi assistenziali finalizzati a soddisfare i bisogni di questa senza subire condizionamenti da parte di altri soggetti (altri operatori, familiari**,** ecc.).
Questo sta a significare che nessuno, struttura sanitaria, familiari o la stessa persona assistita, tanto meno imprese o associazioni, con le quali l'infermiere può venire a contatto durante il percorso di presa in carico della persona, possono chiedergli di agire in modo contrario agli scopi della professione, alle conoscenze scientifiche, alle abilità tecniche e ai valori etici e deontologici che costituiscono la sua competenza professionale.

Oggi ciò rappresenta un elemento di notevole importanza e criticità, all'interno del rapporto assistenziale, perché correlato direttamente anche alle altre autonomie e libertà connesse ai diversi soggetti coinvolti nel processo assistenziale. Prima di tutto, l'assistito con il suo diritto all'autodeterminazione.

È sempre più necessario sviluppare all'interno della nostra professione la cultura e la consapevolezza "dell'interesse" che suscita la **relazione privilegiata** che si instaura tra infermiere e persona assistita anche per veicolare interessi diversi da quelli di quest'ultima da parte di tutti questi altri soggetti.
È proprio la mancanza di consapevolezza che tali situazioni, anche quelle apparentemente "di poco conto", possono influenzare in modo determinante e subdolo l'immagine della moralità della professione e minare la fiducia dei cittadini. Pertanto, è necessario sviluppare percorsi virtuosi di creazione di consapevolezza dei rischi legati a queste interazioni.

Una strada non sempre semplice ma sicuramente indispensabile per il bene del sistema; per ridare fiducia al rapporto infermiere cittadino e per garantire cure e assistenza libere da condizionamenti. Gli statunitensi, molto pragmaticamente, sostengono che non costituisce condizione di conflitto tutto ciò che racconteremo alle persone che assistiamo senza vergognarci: "il male non sta nell'avere un conflitto di interessi, ma nel tenerlo nascosto"[107].

[107] Connoly C.K., (1996) *Conflict of interest statement should be abolished*, Br. Med. J.; 313, pp. 1555-1556).

ART. 43 – CONFLITTO D'INTERESSE
L'Infermiere che si dovesse trovare in situazione di conflitto di interesse lo dichiara espressamente.

Secondo Immanuel Kant, la "vita morale" si fonda su alcuni presupposti. Tra questi la libertà, "sarebbe infatti impossibile l'obbligazione se non esistesse libertà". La **libertà** fa dell'uomo un soggetto morale.
Quando l'uomo agisce liberamente, è, per così dire, padre dei propri atti. Gli atti umani, cioè gli atti liberamente scelti in base ad un giudizio di coscienza, sono moralmente qualificabili. Essi sono buoni o cattivi[108].

In ambito sanitario i **conflitti di interessi** sono generalmente identificati con i **comportamenti sconvenienti** dei singoli, rispetto al loro ruolo professionale o istituzionale. In realtà, il conflitto di interessi è una condizione e non un comportamento[109].

Una condizione nella quale il professionista si trova quando esistono relazioni in grado di compromettere la sua indipendenza, ovvero quando il giudizio professionale riguardante un interesse primario - la salute della persona, la veridicità dei risultati di una ricerca o l'oggettività della presentazione di una informazione - tende a essere indebitamente influenzato da un interesse secondario, quale un tornaconto economico o altro vantaggio personale.

Una condizione, che in quanto tale, non deve essere caricata di una connotazione negativa ma che richiede, prima di tutto, la consapevolezza della condizione stessa, poi la volontà di chiarezza e infine la coerenza nella priorità dei valori che si perseguono. Non ci possono essere dubbi sul principale interesse di un infermiere se non quello di agire, sempre e comunque, per ottenere il massimo vantaggio e arrecare il minimo danno all'individuo e alla comunità che assiste.

II conflitto emerge quando un interesse secondario tende a prevalere sui doveri etici, deontologici e legali del professionista infermiere. In termini generali si può individuare una situazione di conflitto di interesse quando l'infermiere si trova in una "condizione nella quale il proprio giudizio professionale riguardante un interesse primario, la salute di una persona, la veridicità dei risultati di una ricerca o l'oggettività della presentazione di una informazione, tende ad essere indebitamente influenzato da un interesse secondario.[110]
Il conflitto di interesse, in ambito sanitario, mette in serio pericolo il rapporto di fiducia tra infermiere e assistito, la qualità professionale ed il risultato dell'intervento assistenziale, ma può anche minacciare l'oggettività della formazione e l'integrità degli studi scientifici.
In caso di conflitto l'infermiere fa prevalere sempre l'interesse dell'assistito consapevole che i suoi doveri rappresentano, allo stesso tempo, i diritti delle persone assistite che si affidano con fiducia alla sua assistenza.

Oggi gli infermieri devono dimostrare di essere consapevoli di quanto sono coinvolti, sempre più frequentemente, in situazioni di potenziale conflitto. Basti pensare all'assistenza perinatale, alla diabetologia, al wound care, o ad altri setting assistenziali, sempre più a completa gestione infermieristica, e alle "pressioni" che spesso vengono poste in essere dalle industrie produttrici di

[108] Come si afferma anche nel Catechismo della Chiesa Cattolica.
[109] Smith R., (1994) *Conflict of interest and the BMJ*, in Br, Med. J, 1994, 308, pp 4-5.
[110] Bon G., (1993) *Servire due padroni. Il conflitto di interesse come questione etica nell'esercizio delle professioni sanitarie Nursing Oggi, 1*.

farmaci, dispositivi, o di altri prodotti sanitari (ad esempio la promozione del latte artificiale a discapito dell'allattamento al seno).

Anche la partecipazione ad eventi formativi per i quali il professionista beneficia di vantaggi economici e non economici, diretti ed indiretti, da parte di imprese commerciali operanti in ambito sanitario, in quanto da queste individuato (reclutamento del professionista) viene considerata fonte di potenziale conflitto tanto che la normativa in materia di Educazione Continua in Medicina prevede l'obbligo per il partecipante di dichiarare questa condizione e limita la possibilità di acquisizione di crediti ECM attraverso questa modalità al massimo di 1/3 dell'obbligo formativo triennale.

L'infermiere che dovesse subire questi condizionamenti rischia un vero e proprio "**demansionamento intellettuale**" con conseguenze pesanti anche sulla qualità dell'assistenza. Diversamente, sono proprio le competenze, che caratterizzano l'intellettualità e l'azione del professionista infermiere, a garantire una funzione di "filtro" dell'infermiere che consiste nell'attenta valutazione dell'efficacia di un trattamento esclusivamente sulla base del proprio libero giudizio professionale, delle migliori evidenze scientifiche e delle preferenze della persona assistita.

Un infermiere che garantisce l'appropriatezza e l'equità delle cure e dell'assistenza, senza alcun compromesso, rappresenta un vero "valore" per i cittadini e per tutto il sistema socio sanitario.

ART. 44 – CONTRASTO ALL'ESERCIZIO ABUSIVO DELLA PROFESSIONE

L'Infermiere e l'Ordine Professionale contrastano e denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica e il lavoro sommerso.

L'esercizio abusivo della professione rappresenta una piaga diffusa in tutti i settori del mondo del lavoro. Nell'ambito sanitario, in particolare nel campo dell'assistenza infermieristica, dove lo stato di necessità per un problema di salute spesso porta le persone a fidarsi anche di chi non è in grado di garantire adeguate competenze e requisiti professionali.
Questo, oltre a comportare elevati livelli di **rischio per i cittadini**, legati all'incompetenza di coloro che praticano abusivamente, determina un **impoverimento dei valori** di una professione per la quale lo Stato, proprio a tutela del cittadino, ha stabilito precisi requisiti per essere esercitata, delegandone agli Ordini professionali il controllo e la disciplina.

Il primo mandato istituzionale che lo Stato attribuisce a un Ordine professionale, in ambito sanitario, è quello di tutelare la salute dei cittadini facendosi garante delle competenze e dei comportamenti dei professionisti iscritti all'Albo, contrastando l'esercizio abusivo della professione attraverso la funzione di magistratura ordinistica.

La legge n. 3 del 2018, proprio a massima garanzia della tutela della salute dei cittadini, ha trasformato i Collegi professionali in Ordini, riconoscendoli come Enti Pubblici sussidiari dello Stato, inasprendo, inoltre, le sanzioni contro coloro che praticano attività di assistenza infermieristica senza possedere i requisiti. Requisiti che, come stabilito dalla legge n. 42 del 1999, sono: il possesso del titolo abilitante, Diploma di laurea in Infermieristica, o titolo equipollente acquisito con i precedenti ordinamenti didattici, e relativa iscrizione all'Albo professionale tenuto dall'Ordine provinciale.
La legge riporta l'indicazione che per l'esercizio di una professione sanitaria è necessario essere iscritti all'Albo e che gli Ordini vigilano sugli iscritti agli Albi, in qualsiasi forma giuridica

svolgano la loro attività professionale, compresa quella societaria, irrogando sanzioni disciplinari secondo una graduazione correlata alla volontarietà della condotta, alla gravità e alla reiterazione dell'illecito**.**
Svolgere attività di assistenza infermieristica senza questi requisiti si configura, quindi, come reato di esercizio abusivo di professione sanitaria, previsto e punito dall'art. 348 del Codice penale.
Questa norma intende tutelare il cittadino dal rischio di vedersi assistito da soggetti che non abbiamo i necessari titoli per garantire adeguati livelli di competenze e di qualità dell'assistenza infermieristica.
Si tratta di una norma di fondamentale importanza e la sua applicazione riposiziona l'Ordine come garante dell'Albo e di tutti gli esercenti la professione, in qualsiasi forma svolgano la loro attività.

Diventa comprensibile la motivazione sociale del valore dell'Albo professionale e della sua pubblicità che rappresenta il principale strumento per informare i cittadini su quali sono i professionisti autorizzati ad esercitare la professione infermieristica tutelando gli interessi della collettività.

L'esercizio abusivo della professione danneggia non solo il cittadino che potrebbe affidarsi a soggetti che esercitano la professione senza i necessari requisiti e competenze, ma anche i veri professionisti in quanto lesiva del decoro professionale.

ART.45 – DECORO
L'Infermiere cura la propria persona e il decoro personale.

La dignità rappresenta il rispetto che un uomo, conscio del proprio valore, ha per sé e impone agli altri mediante un comportamento adeguato. Tutti gli elementi formali e sostanziali, atti a garantire l'altrui rispetto, costituiscono il decoro che rappresenta il sentimento, la coscienza e l'aspetto esteriore della dignità.

L'Ordine professionale ha il compito di garantire il decoro professionale degli iscritti nei confronti della società. Il decoro nell'esercizio professionale è la dimensione esterna del professionista, il modo in cui un infermiere si mostra agli altri, l'immagine che un soggetto costruisce di sé stesso nell'ambiente lavorativo.
Sebbene la professione infermieristica sia in continuo mutamento, dovendosi adattare ai cambiamenti dettati dal contesto socio-culturale, epidemiologico e demografico nel quale opera, il decoro professionale è un valore costante che contribuisce a determinare la credibilità e la rispettabilità della famiglia professionale.

Si è professionisti Infermieri non solo quando si indossa la divisa ma sempre. Se ci presentiamo come infermieri, dobbiamo ricordarci che ogni cosa che facciamo dice ai cittadini qualcosa della professione.

Correttezza, **trasparenza**, **rispetto**, **veridicità**: le parole che devono guidare sempre il nostro agire professionale. Per questo nasce l'esigenza di comprendere il significato del decoro e come esso si esprima nelle azioni e nei pensieri di coloro che saranno i professionisti di domani.

Il decoro professionale rappresenta ciò che rende manifesta, nel singolo professionista, la dignità della professione nel suo complesso. Per questo il comportamento del singolo individuo può essere indecoroso, anche se formalmente lecito, perché non confacente alla dignità della professione a

cui appartiene, o, addirittura lesivo della stessa. Pertanto diventa comprensibile quanto il decoro sia una nozione costitutivamente allusiva, o, se si vuole, un concetto riflessivo.

È decoroso o indecoroso ciò che riflette o nega la dignità ed il valore intrinseco di ciò che costituisce caso per caso, il riferimento essenziale di quello che si fa di una professione nel caso del comportamento del singolo professionista. Tutto questo rende altresì evidente che solo nel caso in cui si dia per presupposto il valore intrinseco di qualcosa come la professione infermieristica e la sua non riducibilità ad esigenze funzionali, si può sensatamente parlare di decoro. Il vero senso del decoro professionale, infatti, rappresenta qualcosa che si addice e si lega fortemente alla dignità di una professione, quando il professionista dimostra di essere in grado di rifletterla e testimoniarla evitando di viverla come un'anonima attività commerciale.

ART.46 – RAPPRESENTANZA PROFESSIONALE E COMUNICAZIONE PUBBLICITARIA
L'Infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza.
Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.
Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

L'infermiere, quando chiamato a rappresentare la professione, svolge tale attività dimostrando un adeguato livello di competenze, consapevolezza del ruolo e del valore della rappresentanza professionale.
Garantisce un comportamento conforme e rispettoso delle norme giuridiche e dei principi etico-deontologici della professione orientando la propria azione al sostegno e allo sviluppo del decoro e dell'immagine della professione infermieristica.
Tiene sempre in debito conto delle caratteristiche che deve avere una informazione sanitaria volta a fornire ai cittadini le necessarie indicazioni al fine di una scelta libera e consapevole tra strutture, servizi e professionisti.

L'**informazione sanitaria**, comunque, deve sempre rispondere al principio di **massima tutela della salute** del singolo e della collettività. Deve essere escluso qualsiasi elemento di carattere promozionale o suggestivo, nel rispetto della libera e consapevole determinazione dell'assistito, della dignità della persona e del suo diritto ad una corretta informazione sanitaria.
Per pubblicità si intende qualsiasi forma di messaggio, in qualsiasi modo diffuso, avente lo scopo diretto o indiretto di promuovere le prestazioni professionali in forma singola o associata, qualunque sia la modalità associativa adottabile per l'esercizio della professione.
La pubblicità deve essere, in ogni caso, riconoscibile, veritiera e corretta. Può avere ad oggetto le specializzazioni professionali, la struttura dello studio e compensi richiesti, comprese modalità ed eventuali costi del preventivo obbligatorio per legge.
Con il termine pubblicità ingannevole si intende qualsiasi forma di pubblicità che in qualunque modo sia idonea ad indurre in errore la generalità dei cittadini, influenzandone il comportamento e le scelte in ordine a costi, caratteristiche, entità e modalità di erogazione delle prestazioni del personale infermieristico.
Per pubblicità comparativa si identifica qualsiasi tipo di pubblicità che, allo scopo di promuovere i servizi di chi li effettua, li pone a confronto in modo esplicito o implicito con quelli offerti da uno o più soggetti concorrenti.

L'**informazione sanitaria** invece, riguarda qualsiasi notizia **utile e funzionale al cittadino** per la scelta libera e consapevole dei professionisti e dei servizi da essi offerti. Le notizie ed informazioni fornite devono essere tali da garantire sempre la tutela della salute individuale e della collettività. La pubblicità deve, in ogni caso, essere palese, veritiera, corretta, non equivoca o ingannevole o denigratoria e deve essere conforme ai principi espressi dal Codice Deontologico.
Anche la recente legge n. 145 del 2018, all'art 1, comma 525, ribadisce gli elementi fondamentali della pubblicità sanitaria vietando espressamente messaggi di natura promozionale o suggestiva e, al comma 536, riafferma che spetta agli Ordini professionali procedere in via disciplinare, anche su segnalazione della Federazione, nei confronti degli iscritti contravventori con ulteriore obbligo di segnalazione all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni.

ART.47 – OBBLIGO DI RISPETTO DELLE NORME
L'Infermiere rispetta le norme e gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici, che riguardano la professione, anche attenendosi alle linee di indirizzo dell'Ordine Professionale.

L'infermiere conosce e rispetta le norme, gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici riconoscendone il valore professionale e sociale. Insieme alla **giustizia morale**, il professionista infermiere deve dimostrare di sapere rispettare con le proprie azioni anche la giustizia in senso più stretto, la **giustizia giuridica** derivata da leggi e regolamenti, e quella **deontologica** derivata dai relativi codici.
Il rispetto delle norme garantisce un agire professionale libero, competente e responsabile quale massima tutela della salute dei cittadini. L'infermiere nell'obbligo del rispetto delle norme, trova nell'Ordine professionale una fonte significativa, ed un riferimento costante, a cui rivolgersi e da cui apprendere informazioni, indicazioni e linee di indirizzo per adeguare e riorientare correttamente il proprio agire professionale al bene della persona.
In questo modo si rinforza sempre più il vincolo forte che deve instaurarsi tra l'iscritto ed il proprio Ordine, rafforzando il senso di appartenenza dell'infermiere alla sua famiglia professionale.

ART.48 – ATTIVITÀ CONSULENZIALE E PERITALE
L'Infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso.
In ogni caso questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi deontologici caratterizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza.
L'Infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

La consulenza non è un concetto nuovo al mondo infermieristico, in quanto, almeno nella pratica quotidiana, viene svolto in svariati modi e per diverse problematiche clinico-assistenziali nonostante non esistono molti studi sulla sua effettiva implementazione e valorizzazione, né tanto meno sulla ricaduta clinica e l'impatto sull'assistenza erogata. Fa parte ed è anche il risultato di quel processo di sviluppo professionale, straordinario, che gli infermieri hanno costruito e seguito in questi ultimi anni.

La consulenza infermieristica deve essere al servizio della persona, rendere l'assistenza più efficace, efficiente e sicura, anche se ancora manca la piena consapevolezza della sua importanza

per garantire elevati livelli di qualità dell'assistenza e di sviluppo professionale. Si tratta di una tappa importantissima nella crescita della professione infermieristica che riconosce il ruolo, sempre più rilevante e qualificato, dei professionisti infermieri in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, in quanto capaci di poter fornire un contributo specialistico.
La legge n. 24 del 2017 riconosce all'infermiere, in possesso di determinate competenze "speciali" anche la possibilità di svolgere attività di tipo peritale/consulenziale presso i vari organi giudiziari. Infatti l'articolo 15, comma 1, recita " *Nei procedimenti civili e nei procedimenti penali aventi ad oggetto la responsabilità sanitaria, l'autorità giudiziaria affida l'espletamento della consulenza tecnica e della perizia a un medico specializzato in medicina legale e a uno o più specialisti nella disciplina che abbiano specifica e pratica conoscenza di quanto oggetto del procedimento, avendo cura che i soggetti da nominare, scelti tra gli iscritti negli albi di cui ai commi 2 e 3, non siano in posizione di conflitto di interessi nello specifico procedimento o in altri connessi e che i consulenti tecnici d'ufficio da nominare nell'ambito del procedimento di cui all'articolo 8, comma 1, siano in possesso di adeguate e comprovate competenze nell'ambito della conciliazione acquisite anche mediante specifici percorsi formativi*".
Questo articolo riforma la disciplina sulla nomina dei CTU (consulenti tecnici d'ufficio) in ambito civile e dei consulenti e periti in ambito penale; tali modifiche appaiono di particolare rilievo, costituendo le perizie i cardini del giudizio di natura tecnico-scientifica nell'ambito del contenzioso e dei giudizi sanitari. In particolare, si rafforzano le procedure di verifica delle competenze e si rendono trasparenti i possibili conflitti d'interesse.
Per quanto riguarda l'area professionale di competenza, il riferimento è proprio alle sei aree specialistiche degli infermieri: area cure primarie – servizi territoriali/distrettuali; area intensiva e dell'emergenza/urgenza; area medica; area chirurgica; area neonatologia e pediatrica; area salute mentale e dipendenze.
Con delibera del Consiglio superiore della magistratura è stato fatto lo schema di accordo fra CSM, Consiglio nazionale forense e FNOPI per un'armonizzazione dei criteri di valutazione delle "competenze speciali", che dovranno essere verificate e certificate, dall'Ordine professionale, sulla base di una serie di requisiti definiti e condivisi anche a livello nazionale.[111]
Obiettivo primario è quello di garantire specifiche e speciali competenze relative a setting e attività assistenziali. Capacità che saranno messe a disposizione della Magistratura come strumento di giustizia valido e attinente alle specifiche esigenze "specialistiche" di volta in volta sottoposte alla valutazione delle Corti.
Anche in questo caso, l'infermiere, non solo dovrà dimostrare di possedere adeguate competenze per esprimere un giudizio oggettivo e basato sulle migliori evidenze scientifiche disponibili, ma dovrà anche valutare, sistematicamente, la propria condizione in merito al possibile conflitto di interesse, per garantire un giudizio oggettivo veritiero e prudente degli accadimenti.
Con questa innovativa disposizione il Codice Deontologico disciplina anche in linea generale l'attività consulenziale svolta a richiesta di parte.

ART.49 – NATURA VINCOLANTE DELLE NORME DEONTOLOGICHE
Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

[111] https://www.csm.it/documents/21768/87316/protocollo+ordine+infermieri+19+settembre+2019/925a0b48-e9d5-9418-0df8-957cd0e2e300.

Per l'infermiere il Codice Deontologico rappresenta il principale strumento operativo, fondamentale per lo sviluppo della professionalità degli infermieri. Lo strumento che consente all'infermiere di esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura.

L'infermiere deve dimostrare di saper utilizzare strumenti innovativi per una gestione appropriata dei percorsi assistenziali; l'applicazione dei principi deontologici completa le competenze e permette all'infermiere di soddisfare non solo il bisogno di ogni singola persona, ma anche quello del professionista nel trovare senso e soddisfazione nella propria attività.
Rappresenta una guida e una regola per garantire la dignità della professione e per questo va rispettato e seguito da tutti. Il Codice è per gli infermieri e degli infermieri. Li rappresenta e li tutela e mette nero su bianco la loro promessa di prendersi cura fatta da sempre ai cittadini.

Il Codice Deontologico salvaguarda la libertà di coscienza degli infermieri e li riconosce come persone che si relazionano con altre persone. Il Codice Deontologico rappresenta gli infermieri e ribadisce l'impegno di questi nel prendersi cura degli assistiti. La legge n. 3 del 2018, a tale proposito, demanda alla Federazione Nazionale e agli Ordini provinciali, quali Enti sussidiari dello stato, attraverso il riconoscimento della funzione di magistratura ordinistica, di garantire il rispetto del suo contenuto su tutto il territorio nazionale. La medesima legge prevede che la non osservanza della norma deontologica venga sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

ART.50 – ORDINI PROFESSIONALI. ENTI SUSSIDIARI DELLO STATO
Gli Ordini Professionali recepiscono e attuano le indicazioni normative e regolamentari inerenti al loro essere Enti sussidiari dello Stato.

La legge n. 3 del 2018 non solo trasforma i collegi in Ordini ma ne ridefinisce l'aspetto giuridico trasformandoli da Enti ausiliari in Enti sussidiari dello Stato. Da un punto di vista strettamente giuridico, per comprendere la distinzione fra Organi ausiliari e Organi sussidiari ci si deve rifare più alla dottrina, all'interpretazione del diritto, che non alle norme.
Non per questo la differenza è marginale, anzi, è sostanziale. I concetti giuridici di organo ausiliario e organo sussidiario rientrano nel più ampio concetto di ente strumentale.
In buona sostanza, la pubblica amministrazione può svolgere alcuni suoi compiti attraverso l'organo ausiliario, che però è sottoposto ad un controllo vincolante da parte dell'ente primario; il concetto di ente sussidiario privilegia invece una maggiore autonomia dell'ente rispetto ai compiti dell'ente primario.

In sintesi, l'Ordine avrà maggiore autorevolezza e capacità di operare nell'interesse della professione e a tutela del diritto primario alla salute anche se quest'ultimo, come è ovvio, mantiene un generico potere di vigilanza.
Si può quindi senza timore affermare che gli Enti sussidiari possano svolgere compiti amministrativi in nome e per conto dello Stato. In altre parole, cambia la natura istituzionale degli Ordini, così come cambiano i loro compiti.

ART.51 – ORDINI PROFESSIONALI. CODICE DEONTOLOGICO
Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantire il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, a inviare ai singoli iscritti agli Albi, il Codice Deontologico e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.

Il Codice Deontologico è approvato dai Presidenti dei singoli Ordini riuniti nel Consiglio Nazionale, da quel momento diventa norma.
Il recepimento è quindi atto dovuto, ma i diversi passaggi prima dell'approvazione e la stessa votazione, articolo per articolo, previa discussione ne fanno un complesso normativo ampiamente condiviso.
Ecco che il recepimento diviene un atto formale che ne rinforza il valore e lo restituisce a tutta la comunità professionale che attraverso il recepimento appunto lo fa proprio attraverso i rappresentanti istituzionali che a suo tempo ha eletto e che costituiscono i riferimenti provinciali di quella grande rete che è costituita dagli Ordini federati nell'alveo costituto dagli indirizzi e dal coordinamento della FNOPI.
Quegli stessi Ordini che sono chiamati ad esercitare il potere disciplinare a livello locale, nei confronti dei propri iscritti, nel rispetto da quanto previsto dall'articolato nell'interesse del cittadino, dei colleghi e delle istituzioni.
La massima diffusione del Codice Deontologico attraverso l'invio a cura degli Ordini contribuisce a garantire la capillarizzazione della condivisione, così come i corsi di aggiornamento organizzati periodicamente.
Questi ultimi rappresentano infatti preziose occasioni di dibattito e confronto, di approfondimento di lettura e rilettura, di riflessione e riscoperta dei principi e dei valori del Codice anche alla luce di accadimenti nuovi.

ART.52 – ORDINI PROFESSIONALI E ALTRI RUOLI PUBBLICI
L'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni.

È auspicabile che un numero sempre maggiore di infermieri partecipino all'amministrazione della cosa pubblica ai diversi livelli di rappresentanza (comuni, provincie, regioni, parlamento, ecc.) contribuendo in questo modo alle scelte politiche delle diverse istituzioni.
L'impegno derivante dall'incarico politico per sua stessa natura costituisce la condivisione di scelte che democraticamente vengono approvate in ambiti in cui il confronto comporta una vera e propria scelta di campo.
L'infermiere impegnato in incarico politico deve poter contare sull'indipendenza delle decisioni politiche senza il timore che venga esercitato su di sé il potere disciplinare per motivi legati all'attività politica appunto.
L'alto valore dell'impegno politico viene riconosciuto all'infermiere che decide di dedicare il proprio tempo alla cosa pubblica (*res publica*) e che porta implicitamente anche la professione al cuore della società civile, e lo riconosce libero da condizionamenti rispetto alla visione ed ai principi politici a cui aderisce.
L'Ordine professionale non entra nel merito dell'attività svolta dall'iscritto nell'ambito di mandati istituzionali derivanti da incarichi politici. L'infermiere che svolge un'attività derivante dal un

pubblico incarico deve essere libero di svolgere questa attività perseguendo al meglio il fine sociale oggetto del mandato stesso.
Anche la Corte Costituzionale ha preso in esame, di recente, il complesso caso del medico, assessore regionale, radiato dall'Albo professionale perché "colpevole" di aver proposto e concorso ad approvare un atto politico-amministrativo regionale sgradito all'Ordine**.** La sentenza n. 259/2019, emessa su ricorso per conflitto di attribuzioni, ha portato all'annullamento della relativa sanzione disciplinare, essendo stata esclusa nella fattispecie la competenza ordinistica.
Si tratta di una decisione importante che rimarca l'importanza della libertà di azione nello svolgimento di funzioni conseguenti un ruolo pubblico e nel perseguimento di un bene pubblico, un interesse generale, che nulla ha a che vedere con l'esercizio della professione.
Quando si è parte di organi politici e istituzionali si devono fare gli interessi pubblici e generali, non quelli di parte, che siano individuali, associativi o corporativi.
Anche perché la legge non prevede che professionisti o esperti siano incompatibili a ricoprire cariche istituzionali nei settori di competenza o in cui svolgono la loro attività lavorativa; quindi, sul professionista infermiere niente interventi dell'Ordine al di fuori di ragioni strettamente e realmente professionali.

ART.53 – CLAUSOLA FINALE
Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine.

Sebbene la professione infermieristica sia in continuo mutamento, dovendosi adattare ai cambiamenti dettati dal contesto socio-culturale nel quale opera, il decoro professionale è un valore costante che contribuisce a determinare la credibilità e la rispettabilità della famiglia professionale.
L'infermiere deve ritenersi infermiere sempre. Pertanto, in ogni momento della propria vita professionale e anche al di fuori di questa deve porre la massima attenzione al proprio comportamento e al proprio modo di essere infermiere, ai valori che sostengono il decoro e la dignità professionale.
Al di là di quanto specificamente contenuto nel codice deontologico, all'Ordine professionale, proprio a garanzia del decoro e della dignità professionale e della salute dei cittadini, spetta intervenire con la propria funzione di magistratura ordinistica, valutando e, se ritenuto necessario, sanzionando ogni comportamento giudicato costituire una violazione del decoro e della dignità della professione infermieristica. Questo è il senso di questa disposizione di "chiusura" del NCDI.
Le presenti norme saranno oggetto di costante monitoraggio da parte della FNOPI al fine di garantirne l'eventuale aggiornamento.

Riferimenti normativi

Legge 11 gennaio 2018, n. 3. - *Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni per il riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria del Ministero della salute*.
Legge 26 febbraio 1999, n. 42, *Disposizioni in materia di professioni sanitarie*.
Legge 30 dicembre 2018, n. 145 *Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021*.
Legge 8 marzo 2017, n. 24, *Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*.

Riferimenti bibliografici

Barbieri G., (2006) *Ordini e Collegi: le nuove disposizioni in materia di professioni sanitarie*, Rivista di Diritto delle professioni sanitarie. 2006 (b) 2.
Bon G., (1993) *Servire due padroni. Il conflitto di interesse come questione etica nell'esercizio delle professioni sanitarie*, Nursing Oggi, 1.
Connoly C.K., (1996) *Conflict of interest statement should be abolished*, Br. Med. J.; 313, pp. 1555-1556).
Federazione Nazionale dei Collegi IP.AS.VI., (2014) Gruppo di lavoro per la libera professione, *Vademecum della Libera Professione Infermieristica* 2014.
Smith R., (1994) *Conflict of interest and the BMJ*, in Br, Med. J, 1994, 308.
Spagnolo A., (2009) *Professione infermieristica e valori etici. Commentario al Codice Deontologico dell'infermiere 2009*. Mc. Graw Hill, (pag. 76-77).

Sitografia

https://www.csm.it/documents/21768/87316/protocollo+ordine+infermieri+19+settembre+2019/925a0b48-e9d5-9418-0df8-957cd0e2e300.