

DIVENTARE INFERMIERE PER ESSERE INFERMIERE

deontologie a confronto



DIVENTARE INFERMIERE PER ESSERE INFERMIERE

deontologie a confronto

A cura di Chiara D'Angelo
e Andrea Bottega

Prefazione di Andrea Bottega

Postfazione di Emiliano Carlotti

In copertina
Gustav Klimt (1862-1918)
Le tre età della donna (1905)

Prima edizione Aprile 2017
Edizioni **NURSIND** – via Belisario, 6 – 00187 Roma

Stampa: G.N.G. GraphicNord Grup Srl – via Galvani, 58 – 36066 San-
drigo – Vicenza

Editing: Loredana Citton

INDICE

Prefazione	7
<i>Andrea Bottega</i>	
Questione infermieristica e deontologia	13
Ivan Cavicchi spiega la proposta di Codice Deontologico del Collegio IPASVI di Pisa	
<i>Chiara D'Angelo</i>	
Ruolo, identità, condotte e comportamenti	13
Prima intervista	
La grande questione dell'autonomia	22
Seconda intervista	
Adeguatezza e proscrittività	30
Terza intervista	
La coevoluzione delle professioni	38
Quarta intervista	
L'infermiere possibile	50
Quinta intervista	
Oltre le competenze	63
Sesta intervista	
Un'analisi giuridica delle proposte di codice deontologico	71
Intervista a Luca Benci	
<i>Andrea Bottega</i>	
Postfazione	79
<i>Emiliano Carlotti</i>	

Autori e Curatori	83
Allegati	85
Codice deontologico	87
Versione approvata del comitato centrale della federazione nazionale collegi Ipasvi con deliberazione n. 1/09 del 10.01.2009	
Prima stesura codice deontologico dell'infermiere novembre 2016	93
Presentazione Consiglio Nazionale Roma 26 novembre 2016 89	
Un nuovo codice deontologico degli infermieri	97
La proposta pisana	

PREFAZIONE

La parola più spesso utilizzata da chi si occupa di organizzazione sanitaria, del lavoro e da chi analizza i fenomeni politici e sociali è cambiamento. Anche gli infermieri chiedono a gran voce il cambiamento in ambito lavorativo, economico e professionale. Tutto è in continuo mutamento sosteneva Eraclito di Efeso e di fronte al cambiamento di ciò che ci circonda anche il soggetto (l'infermiere) e la professione (infermieristica) deve sapersi riorientare, innovarsi, riformarsi pena la regressività, l'inattualità del proprio ruolo all'interno del sistema sanitario e l'impossibilità di rispondere pienamente ai bisogni delle persone.

Se lo “stare al passo con i tempi” vuole anche essere il senso di una modifica del codice deontologico degli infermieri, al lettore non sfuggirà che la direzione intrapresa dalle due soluzioni finora presentate si caratterizza per una divergenza radicale del punto di partenza e di arrivo.

Questa pubblicazione ha lo scopo di porre a confronto le due proposte provenienti dal medesimo ambito, l'IPASVI, l'una frutto dell'iniziativa di un collegio provinciale, Pisa, che ha offerto alla comunità professionale una visione deontologica che nasce dal “basso” mentre l'altra, nel solco della continuità, parte da un gruppo di lavoro istituito dal Comitato centrale della FNC IPASVI coordinato da Annalisa Silvestro, alcuni presidenti di collegio e da un gruppo di esperti in varie materie.

L'iniziativa di Pisa è quindi un primo elemento di novità rispetto al passato in cui la modifica del codice prevedeva che fosse il comitato centrale a fornire un testo base sui cui esprimersi. Questa novità non nasce a caso ma è

piuttosto frutto della necessità di indicare una direzione, una via del pensiero che non è ancora stata battuta.

La divergenza radicale che distingue le due proposte, infatti, non è tanto tra centralità della proposta opposta a una “ribellione” che nasce dall’oppressione deontologica quotidiana che gli infermieri delle corsie subiscono, ciò che è più radicale nella differenza è il pensiero che soggiace alle due diverse prospettive deontologiche. Cogliere questa differenza di pensiero, a mio parere, significa cogliere l’essenza della deontologia di ciascuna e, nella radicalità che l’accompagna, trovare la qualità specifica delle proposte. Il vero elemento di novità della proposta di Pisa, quindi, sta anzitutto nel darsi una possibilità di pensiero diverso al di là dell’ineluttabile standard dominante. Infatti, la proposta della FNC appare una semplice revisione (restyling) del codice del 2009 e come tale si muove dentro lo stesso schema che ne rappresenta la “gabbia d’acciaio” di weberiana memoria. Il pensiero di revisione è considerato ineluttabile perché altro non si può dare nell’ambito deontologico che piccoli aggiustamenti per arrivare come nelle moltiplicazioni a cambiare l’ordine dei fattori mantenendo il prodotto sempre uguale. Tale pensiero, che si muove all’interno delle sbarre inossidabili di un impianto già dato, nella sostanza non modifica i modi dell’agire professionale né risolve le questioni fondamentali che affliggono la professione. Per cui ciò che dovrebbe cambiare ritorna sotto mentite spoglie. È il caso della “compensazione” dell’art. 49 che punta a difendere e valorizzare non la professione ma l’organizzazione del lavoro in ottica aziendalista e dirigenzialista. Essa, a mio parere, riappare come principio e valore nella proposta di nuovo codice deontologico della FNC dove al Capo I, punto 2 si afferma: *“L’infermiere persegue l’ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività”*.

Cosa sia “l’ideale di servizio” non è dato sapere perché il testo non lo chiarisce e pertanto nella vaghezza di ciò che si deve perseguire la valutazione del “bene” pare essere lasciata alla libera interpretazione del soggetto piuttosto che essere definito da una visione della professione. È facile ipotizzare che nell’organizzazione del lavoro, cioè nella prassi ove i principi deontologici si realizzano nel qui e ora del contesto dato, del piano reale e non ideale, questo punto possa essere fonte di diverso utilizzo da parte di chi ha ruoli diversi nei servizi.

Un codice deontologico ha il compito di definire e dare indicazioni chiare sui comportamenti che i professionisti sono tenuti ad adottare passando dall'ideale al reale, dalla riflessione etica all'operatività quotidiana al fine di essere espliciti verso i cittadini su quale assistenza infermieristica a loro è riservata in determinate situazioni. L'indeterminatezza di alcune espressioni dà più la sensazione di voler dire ma allo stesso non dire completamente lasciando poi a chi esercita il potere disciplinare la discrezionalità di una applicazione *sui generis*.

Tutto ciò - ma altri esempi si potrebbero fare partendo dal gesto assistenziale per arrivare al consenso informato – sembra più funzionale a chi organizza e dirige gli infermieri piuttosto che dare risposta ai dilemmi professionali ed etici di chi esercita in maniera diretta al letto del malato l'assistenza infermieristica.

E proprio da questa attenzione muove l'altra proposta sul tavolo. È bene ricordare, per capire il significato della necessità di una deontologia alternativa, che l'innovativo “codice di Pisa” nasce da un'iniziativa altrettanto nuova, forse provocatoria ma significativa e stimolante il dibattito, di voler non applicare verso i propri associati il disposto dell'art. 49 del codice vigente. Una presa di posizione del consiglio direttivo pisano che li ha portati a essere vicini a quei colleghi il cui ruolo veniva mortificato in funzione delle esigenze di servizio e della economica “sostenibilità” dell'azienda proprio richiamando il codice deontologico dell'infermiere. Una deontologia che giustifica il demansionamento è immorale e ingiusta e come tale è in contraddizione con il principio fondativo di ogni etica.

Ecco che la percezione, il sentire l'immoralità e l'ingiustizia necessariamente producono un cambiamento che non può che essere radicale e non marginale. Un sentire che dà origine a un nuovo modo di pensare la deontologia, che parte dall'eliminazione di ogni imposizione che non rientri nel mandato professionale definito primariamente dalle leggi dello Stato e cui tutti, professionisti e cittadini, sono tenuti a rispettare. Una deontologia cosiddetta “secondo il ruolo”, dice semplicemente all'infermiere, a chi organizza il suo lavoro e a chi fruisce della sua opera che l'infermiere dovrà adoperarsi per garantire ciò che lo definisce come tale e che rientra nel proprio ambito di autonoma responsabilità. Un'affermazione della propria identità a cui si deve sempre rimanere ancorati come le radici per un albero.

Può sembrare una tautologia affermare che l'infermiere deve poter fare l'infermiere ma nei fatti non lo è o lo è di rado. Partire da ciò che siamo aiuta noi e aiuta i cittadini a meglio capire e definire il vero infermiere, l'infermiere che purtroppo non c'è o non c'è ancora. Non dovrebbe essere un impegno maggiormente deontologico la pianificazione dei bisogni o la personalizzazione dell'assistenza? Ma quanti di noi hanno la possibilità di attuarla pienamente? Quanti si riorganizzano basandosi sulla valutazione degli esiti? Un pensiero deontologico deve tenere conto anche di queste domande?

Che la deontologia non sia la principale leva per risolvere i disagi degli infermieri (o la "questione infermieristica") è condiviso ma almeno che non contribuisca ad aumentarli creandone di nuovi. Nelle due proposte una sembra apparentemente disinteressarsene mentre l'altra ne fa il proprio punto di partenza. Capire a chi serve la deontologia e che uso se ne sta facendo non è indifferente. In entrambi i testi la deontologia rischia di essere usata impropriamente se ritenuta autoreferenziale. Infatti, è mia considerazione che al pessimo stato della condizione infermieristica ha contribuito una deontologia di basso livello che ha concorso a far interiorizzare norme di dipendenza più che di autonomia ed è stata usata principalmente come arma di governo della professione e contro i professionisti prima che come leva di tutela dei diritti personali e civili.

Se, invece, la deontologia può aiutare gli infermieri ad adottare comportamenti che li rendono dei professionisti moralmente migliori nei confronti dei loro pazienti allora penso che la deontologia abbia raggiunto il suo scopo. In questo caso la deontologia è l'espressione della vera libertà del proprio essere (professione e professionista), una libertà così radicale che si libera da se stessa e si impegna a realizzare il mandato dell'assistenza infermieristica in un quadro di valori socialmente condivisi.

Per offrire un'analisi dei testi proposti - che pubblichiamo in allegato - ci siamo rivolti a due esperti in ambito sanitario, un filosofo e un giurista, entrambi con competenze nell'ambito della bioetica e della deontologia professionale ed osservatori attenti dell'evoluzione dell'infermieristica. Ivan Cavicchi è stato anche il supervisore della proposta del collegio IPASVI Pisa e quindi rappresenta una voce ben addentro al nuovo pensiero proposto e, didatticamente, ben si presta a comprendere gli elementi di novità. A lui abbiamo chiesto una valutazione politico-professionale dei testi. Luca

Benci, giurista e saggista, è membro del direttivo della Consulta di bioetica ed ha avuto modo di confrontarsi con le due proposte anche in recenti dibattiti. A lui abbiamo invece chiesto una valutazione sul piano giuridico. Abbiamo adottato nell'esposizione delle valutazioni la forma dialogica con domande e risposte all'interno di un'intervista perché la speranza è quella di provocare un dibattito che sembra languire e poco interessare gli infermieri di corsia ignari, forse, dell'importanza di una guida ai propri comportamenti e della possibilità di derivare il loro dover essere dal proprio essere.

Nell'evidenziare che la forma espositiva dei due codici è diversa in quanto "l'articolato" della proposta della FNC è esaustivo nella sua enunciazione mentre il codice di Pisa ne esplicita punto per punto il significato e il senso, è doveroso far notare che entrambe le proposte sono lacunose nella definizione dei più importanti dilemmi etici che, anche recentemente, sono emersi nel dibattito pubblico. Una trattazione deontologica dovrebbe in qualche modo dare maggiore chiarezza alla posizione della professione e guidare i comportamenti degli operatori sanitari in questi temi (l'aborto, l'eutanasia, la contenzione, l'accanimento terapeutico, ecc.) proprio perché su essi il legislatore non si è ancora espresso compiutamente. Nel vuoto legislativo un orientamento contro il soggettivismo morale (del professionista piuttosto che del malato) sembra quanto mai opportuno. Se si ha paura di sporcarsi le mani allora si lasci perdere la deontologia in senso stretto e ci si dedichi ad altro.

Infine, mi sia concesso un riferimento a chi ha deciso di intraprendere questa iniziativa editoriale, il Nursind. Nessuna proposta strutturata di deontologia è stata avanzata dal sindacato infermieristico e ciò è dovuto alla scelta di non invadere un campo che la legge attribuisce specificatamente alla rappresentanza professionale anche se questo non ci esime dal dare il nostro contributo al dibattito interno alla professione se non altro perché ci riteniamo i primi fautori della richiesta di modifica del codice deontologico del 2009. Abbiamo vissuto una esperienza di condizione lavorativa che ci ha portato a difendere la professione nei tribunali italiani dove abbiamo dovuto subire l'onta di vederci sbattere in faccia un codice deontologico (una norma di autodeterminazione) che non ci appartiene e che non ci sentiamo più di definire dell'infermiere in quanto giustificante il demansionamento. Un co-

dice che, a differenza di altri, ci condanna nella difesa dello specifico professionale. A nostro parere, la battaglia per l'abolizione dell'art. 49 non si risolve cambiando la numerazione degli articoli né introducendo "l'ideale di servizio". Concedere la libertà di modifica rimanendo dentro la "gabbia d'acciaio" affinché ogni cambiamento non sia vero cambiamento poteva andare bene quando la rappresentanza era una e unica oggi, che gli infermieri si sono organizzati un'alternativa, la libertà richiesta è quella di un pensiero diverso, fuori dal solito schema e dal solito centro di potere.

La nostra battaglia è quindi per una deontologia libera e non oppressiva, che dia la possibilità agli infermieri di esprimere al meglio i valori della professione.

Andrea Bottega

QUESTIONE INFERMIERISTICA E DEONTOLOGIA

Ivan Cavicchi spiega la proposta di
Codice Deontologico del Collegio IPASVI di Pisa
A cura di *Chiara D'Angelo*

RUOLO, IDENTITÀ, CONDOTTE E COMPORTAMENTI

Prima intervista

Prof. Cavicchi, lei ha supervisionato la proposta di Codice deontologico del Collegio IPASVI di Pisa ed è stato autore della relazione introduttiva al Convegno del 30 novembre scorso sul tema. Molte idee contenute in questo Codice sono da anni il suo cavallo di battaglia (coevoluzione, post ausiliarità, questione infermieristica, compossibilità, ausiliarità reciproca, autore, ecc.) altre, invece, sono del tutto nuove. Sembra che l'incontro tra lei e il Collegio di Pisa sia stato una sorta di coevoluzione. Come è andata?

È andata che Pisa ha organizzato un rilevante Convegno (non ricordo esattamente quando) al quale ho partecipato con una relazione sulla “questione infermieristica”, ne è emerso un fecondo confronto tra idee, tra idee e problemi e, soprattutto, un forte bisogno di fare qualcosa di concreto. Successivamente il Collegio di Pisa ha deciso di porre in essere un gesto “politico”, cioè di sospendere l’art. 49 articolo del Codice Deontologico, prendendosi però l’impegno di formulare una propria proposta. Un gesto che da solo valeva più di tante chiacchiere. Mi hanno chiamato a coordinare un gruppo di lavoro al quale, a partire dalla mia relazione sulla questione infermieristica, ho sottoposto una serie di idee. Poi tutti insieme, e non senza fatica, abbiamo elaborato la proposta che ora è in discussione. Sì ha ragione lei, c’è stata una coevoluzione che credo abbia arricchito tutti; me di sicuro.

“Non senza fatica” ha detto, ma è così difficile scrivere un Codice Deontologico? In fin dei conti sui doveri son tutti d’accordo, i Codici si somigliano tutti e molte leggi già contengono parecchie norme.

Non è difficile se si copia il passato, cioè se i vecchi Codici restano come modelli invariati ma si aggiornano di tanto in tanto, come si continua a fare

incuranti dei cambiamenti del mondo. L'ultima versione proposta dalla Federazione Nazionale, ad esempio, è un riadattamento di un Codice che a sua volta è stato riadattato rispetto a quello precedente, e via di questo passo.

A questo proposito professore ci può dire cosa ne pensa? Come Lei sa questo testo sarà sottoposto alla discussione e all'approvazione di tutti i Collegi e, teoricamente, di tutti gli infermieri.

Francamente ho molte perplessità. Mi sembra qualcosa di imbarazzante tanto è fuori tempo rispetto ai problemi della categoria, ma sarebbe un errore liquidarlo così semplicemente. Se quel Codice è quello che è vi sono delle ragioni, che vorrei spiegarle magari nel corso dell'intervista. Sappia che dietro alle deontologie vi sono sempre le strategie. Quel Codice non è solo un'operazione di facciata pensata per tamponare il dissenso che è sorto sull'art. 49; è qualcosa di più, cioè la riaffermazione di una strategia a mio avviso perdente.

Quindi per il Collegio di Pisa non è stato facile riscrivere il Codice Deontologico?

Le stavo dicendo che la deontologia è una questione difficile se la si deve reinventare. Il modello a cui si ispira anche l'ultima versione della Federazione grosso modo ha almeno una quarantina di anni, quindi dire che è contro tempo è il minimo. Come può quel Codice Deontologico far fronte ai problemi che presenta oggi la professione? La verità è che una vera deontologia l'Ipasvi nazionale non la vuole. Potrebbe creare problemi al Governo, far venire agli infermieri delle strane idee, potrebbe mettere in difficoltà il quadro dirigente della professione. Insisto dietro le deontologie vi sono le strategie.

Da dove siete partiti?

Si è partiti dagli infermieri reali e dai loro problemi (l'art. 49 era solo la punta dell'iceberg), lì si è analizzati a fondo fino a dedurre la deontologia che serviva. Il valore innovativo della proposta del Collegio di Pisa non si comprende se si separa l'analisi dalla proposta. Non è un caso che il Codice sia preceduto da una ricognizione molto profonda della "questione infermieristica". La vera novità è che questa volta per fare le mutande agli infermieri

prima abbiamo preso le misure poi le abbiamo confezionate. Mentre fino ad ora le mutande che hanno fatto mettere agli infermieri erano già pronte, in genere quelle vecchie dei Codici passati, sempre troppo piccole, troppo strette e troppo usate.

Ci consigli, con che criteri dobbiamo valutare la proposta di Codice del Collegio IPASVI di Pisa?

L'unico criterio che dovrete usare, per me, dovrebbe essere pragmatico. La domanda che dovrete farvi è solo una: le mutande fatte su misura vanno bene o no? Fatevi la stessa domanda sul Codice della Federazione e datevi una risposta. Insisto, il Codice non è un esercizio culturale per sfoggiare nuove parole. Se vi sono nuove parole, nuove idee, altri contenuti, è perché tutto questo serve agli infermieri. La maggior parte di coloro che ho sentito esprimere giudizi, anche positivi, invece parte da un altro presupposto: le proposte di Pisa sono o no conformi al mio schema di deontologia? Alle consuetudini deontologiche? Cioè, sono o no nello schema?

La risposta è no. Non possono stare nello schema perché quello schema non solo ormai ha più di mezzo secolo, ma non ha funzionato. Insomma signori, chiariamoci, le mutande che avete fatto mettere sino ad ora agli infermieri sono logore perché vecchie e strette. Che si fa? Le abitudini deontologiche di chiunque non possono pretendere di valutare una discontinuità con i criteri della continuità. Il Codice della Federazione è o no nello schema? È del tutto nello schema; resta da capire perché è nello schema. È solo sciatteria?

Intanto professore il Collegio IPASVI di Pisa, nonostante tutto, ha conseguito una vittoria politica, ossia l'aver cancellato dallo schema l'art. 49.

Un risultato politico non da poco.

Lei ha detto che siete partiti dalla "questione infermieristica". Ce la vuole spiegare in poche parole?

Prima di risponderle devo chiarirle la differenza tra "problema" e "questione". Gli infermieri hanno tanti problemi: demansionamento, art. 49, vecchie organizzazioni del lavoro, titoli di studio che non contano niente, ecc. Poi per giunta lavorano in un sistema definanziato, hanno i contratti bloc-

cati, il blocco del turnover, sono in conflitto con i medici, hanno una Federazione con sulle spalle quel famoso “gattone” che non molla mai, i padroncini, ecc. Ebbene tutto questo mescolato a dovere fa la “questione infermieristica”. Il risultato è una professione che anziché migliorare, in ragione delle conquiste fatte, peggiora. La professione è come bloccata, prigioniera nelle sue contraddizioni. Se la professione non cambia gli infermieri restano ciò che sono sempre stati ma in contesti che continuano a peggiorare, ciò equivale ad una regressione.

Come potrebbe riassumerci la questione infermieristica?

La questione infermieristica può essere riassunta sinteticamente con l’espressione “non infermiere”, cioè un infermiere negato in luogo di quello che dovrebbe essere.

In sostanza la “questione infermieristica”, riguarda il ruolo, l’identità, il modo di essere della professione, il suo rapporto con gli altri. Il fatto è che a causa di tanti problemi, interni ed esterni, l’infermiere dovrebbe essere ma non è. Ecco, questa è la questione infermieristica.

Ora mi è molto più chiaro perché la scelta di fondo del vostro Codice è quella della deontologia del ruolo.

Ovvio, se vuoi dare una mano agli infermieri non parti dal problema più piccolo ma da quello più grande. Oggi il problema più grande è il ruolo non le competenze, per cui il Codice deve farci i conti. In che modo? Trasformando il problema in una soluzione deontologica. Se l’infermiere non è l’infermiere che dovrebbe essere, cioè se il suo ruolo non è quello che dovrebbe essere, allora l’infermiere ha l’obbligo morale di difendere la propria identità professionale, di garantirla con condotte professionali e organizzazioni coerenti. Attenta alle parole: *condotte* non competenze, *organizzazioni* non prassi invariati.

Ci può spiegare meglio?

Fino ad ora nessun Codice si è posto il problema dell’identità, perché fino ad ora tutti si sono occupati di compiti, di mansioni, di funzioni; cioè di cosa avrebbe dovuto fare l’infermiere, non di come avrebbe dovuto essere. Fino

ad ora si è creduto che bastasse descrivere il compito per descrivere l'infermiere o, come dicono alcuni, descrivere la responsabilità per definire l'identità; ma queste sono vecchie visioni riduttive che non reggono più. Mutande ormai troppo vecchie e troppo strette.

Quindi professore, voi dite che se si risolve il problema del ruolo si risolvono i principali problemi della professione. Perché?

Il ruolo è la sintesi di tutte le variabili che lo definiscono. Non basta definire quello che deve fare l'infermiere per definire chi effettivamente sia l'infermiere. Questo vuol dire che le competenze alla fine non sono definibili a prescindere dal ruolo. Chiaro? Oggi teoricamente l'infermiere dovrebbe avere un ruolo relativamente autonomo, operare in un altro genere di organizzazione, avere un altro genere di cooperazione con i medici e gli OSS. Siccome non ha niente di tutto questo le sue prassi restano, nonostante la legge, ausiliarie. Ma se è così il problema non sono le prassi, ma il ruolo. Cioè il problema sono le mutande.

Vediamo se ho capito: se un infermiere è davvero un infermiere farà veramente le cose che fa un infermiere. Quindi tanto vale definire chi è, non cosa fa?

Ha capito bene. "Chi è" è una questione di identità professionale. L'identità professionale non dipende solo da cosa si fa, ma dipende da due condizioni:

- *l'indivisibilità della professione*, quindi la sua unità e coerenza interna tra stato giuridico, formazione, prassi, organizzazione, ecc.;
- *la specificità della professione*, quindi la sua unicità che stabilisce la differenza tra la professione di infermiere e le altre professioni.

Se tra laurea e prassi non c'è corrispondenza, se tra prassi e autonomia non c'è coerenza, allora la prassi smentisce l'identità quindi il ruolo. In sostanza è inutile incoronare lo stalliere se poi continuerà a pulire la stalla. Si rammenti la storia tragica del comma 566, cosa è avvenuto? A vecchio ruolo invariante qualcuno ha pensato di rubacchiare un po' di competenze ai medici, quindi a ruolo invariante far fare all'infermiere qualcosa in più.

Lei cosa avrebbe fatto di diverso dal comma 566?

Avrei rinegoziato i ruoli. Ma per farlo sarebbe servita una strategia completamente diversa da quella della Federazione, ancora oggi incentrata sulla conflittualità verso i medici.

Nella proposta del Collegio di Pisa vi è anche un'altra idea nuova che, da quello che ho capito, è la diretta conseguenza della deontologia del ruolo: il "comportamento atteso".

Il ruolo è tale se definisce i comportamenti attesi. Da un padre, da un professore, da un infermiere, ci si aspetta dei comportamenti coerenti. Il comportamento coerente con il ruolo si chiama comportamento atteso. Veda, il ruolo è un insieme di cose, il compito è solo una di queste. Oggi per fare l'infermiere bisognerebbe definire un ruolo professionale autonomo, in relazione (non separato) con altri ruoli professionali, quindi con altre autonomie. Cioè, oggi per avere un vero infermiere bisognerebbe cambiare le forme delle relazioni interprofessionali.

Ci può fare degli esempi per farci capire a cosa si riferisce?

Volentieri anzi farò di più, mi servirò del Codice Deontologico che ci ha proposto la Federazione.

Lei sa che in quest'ultima versione del Codice nel capitolo sull'organizzazione (cap. 5) non si spende una sola parola sul problema di ripensare le forme storiche della cooperazione tra professioni?

Lei sa che l'unica frase in questo Codice che allude ai rapporti tra professioni, se non sbaglio, suona più o meno così *"l'infermiere adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori"* e che la questione strategica dei rapporti con i medici è praticamente liquidata solo con una formalità (*l'infermiere riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere agli interessi delle persone*).

Lei sa che la parola "autonomia" non compare mai in nessun articolo del Codice?

Scusi professore ma lei come si spiega tutto questo?

Se la deontologia cancella la parola “autonomia” vuol dire che la Federazione, o chi la comanda, ha deciso di cancellare le conquiste degli anni ‘90 che hanno introdotto la parola “autonomia”, probabilmente perché le considera irrealistiche.

Oggi la Federazione cerca inutilmente e ingannevolmente altre strade perché sull’autonomia, cioè sul ruolo dell’infermiere, sulla sua identità, fino ad ora, cioè negli ultimi 20 anni, ha toppato. Il comma 566 è stato un tentativo di questo tipo. La proposta di spacchettare il profilo in cinque o sei, non ricordo, sub profili ha lo stesso significato. Ma la Federazione ha toppato non perché definire un nuovo ruolo dell’infermiere sia un’impresa impossibile, ma perché per questo tipo di Federazione è impossibile. Per il Collegio di Pisa, al contrario, come dimostra il Codice, è possibilissimo, tant’è che la parola “autonomia” viene usata piuttosto spesso.

Quindi secondo lei oggi il comportamento dell’infermiere non è coerente con quello atteso dalla Legge.

Proprio così. Il senso politico della proposta di Pisa è chiaro: non si rinuncia ad essere infermieri nel nostro tempo, non si rinuncia alle leggi degli anni ‘90, non si rinuncia alla coevoluzione, per cui se la Legge definisce un ruolo autonomo in relazione ad altre autonomie allora l’infermiere ha l’obbligo deontologico di garantire i comportamenti che ci si attende da lui. Ricordo ancora che per “comportamento atteso” s’intende una prassi professionale dovuta al malato, in una certa organizzazione, nei rapporti con gli altri, in relazione al proprio ruolo.

Il comportamento atteso per il Collegio di Pisa diventa così un obbligo morale, giuridico, contrattuale, un dovere deontologico. Questo significa che tutto quanto ostacola o impedisce l’espressione del comportamento atteso deve essere rimosso.

Quindi professore lei ci sta dicendo che l'infermiere secondo il Codice dell'IPASVI di Pisa non può più abbozzare passivamente di essere quello che non è, ma deve rimuovere tutti gli ostacoli che gli impediscono di diventare infermiere perché è suo dovere farlo?

Esattamente; questo è l'aspetto al quale personalmente tengo di più, cioè l'aspetto politico operativo. Per dare soluzione alla questione infermieristica abbiamo bisogno di una deontologia forte; quella che ci propone la Federazione è inservibile perché non cambia niente, anzi ci fa tornare indietro. Noi abbiamo bisogno di cambiare e quindi abbiamo bisogno di una deontologia che ci aiuti a farlo.

Il messaggio politico è, dunque, che a fronte della questione infermieristica la funzione stessa della deontologia deve cambiare?

Proprio così. Oggi non si tratta più di mettere in riga l'infermiere non ortodosso, ma di mettere in condizioni l'infermiere di diventare infermiere, di fare il suo dovere e quindi di assicurare i comportamenti attesi che corrispondono al suo ruolo e che la società per prima si aspetta.

Lei sta evidenziando una contraddizione, tra ciò che è l'infermiere di fatto e ciò che dovrebbe essere?

Sì. Siccome parliamo di deontologia, quindi di doveri e di cose che si devono fare, le propongo un confronto tra la proposta del Collegio di Pisa e quella della Federazione, per farle capire che il problema della deontologia non si può separare da quello della strategia. Non è un caso se tra le due proposte vi è un abisso. Non si tratta di un abisso incolmabile, ma per colmarlo bisogna intendersi sul futuro dell'infermiere. Se la strategia è non cambiare niente il Codice della Federazione va benissimo, se al contrario la strategia è invece quella di cambiare qualcosa, allora quello propone il Collegio di Pisa è l'ideale.

Ci può spiegare meglio cosa intende?

Per farmi capire direi così:

- il Codice di Pisa ci dice che *ciò che dovrebbe fare un infermiere* per legge è garantire dei comportamenti professionali attesi. Quindi il Collegio di Pisa ci dice che *ciò che l'infermiere dovrebbe e potrebbe fare* dipende dalla sua capacità di diventare infermiere, cioè a uscire dalla gabbia in cui è racchiuso.
- Il Codice della Federazione ci dice un'altra cosa: *ciò che fa l'infermiere* è ciò che può fare, e ciò che può fare è quello che ha sempre fatto, al massimo possiamo aggiustarlo un po' qui e là.

Per il Collegio di Pisa quindi *ciò che si deve fare*, diventa l'obbligo morale di *fare* ciò che questa società si aspetta dall'infermiere, quindi di garantire dei comportamenti attesi.

Per la Federazione la deontologia si deve occupare di ciò che l'infermiere è, per cui non esiste il problema del dover essere.

E quali i diversi ragionamenti che stanno dietro a queste scelte?

La Federazione ragiona come Hegel: ciò che è l'infermiere è reale e ciò che è reale è razionale. La proposta di Pisa ragiona come Kant: ciò che è reale non è ciò che dovrebbe essere, per cui ciò che è reale non è razionale. Ma ragiona anche come Marx quando ad Hegel, quindi alla Federazione, rimprovera di ignorare le contraddizioni: come fai a dire che realtà e razionalità coincidono e a scrivere un Codice che non cambia niente se esiste la "questione infermieristica"?

Questo è il vero punto: esiste o no la contraddizione? Esiste o no la "questione infermieristica"? Per il Collegio Pisa esiste e per la Federazione no. Secondo la proposta di Pisa per rimuovere la contraddizione è necessario diventare infermieri e garantire comportamenti coerenti.

Per la Federazione questa contraddizione non esiste, l'infermiere è quello che è, quello che è va bene, per cui il problema di diventare qualcosa di altro non si pone.

LA GRANDE QUESTIONE DELL'AUTONOMIA

Seconda intervista

Professore la cosa che mi colpisce, devo dire favorevolmente, è che la discussione sulla deontologia sta mettendo in luce il conflitto tra vecchio e nuovo...

Ed è giusto che sia così. La deontologia da sola è insufficiente a definire una strategia per lo sviluppo della professione, ma la sua inadeguatezza, le sue debolezze, le sue contraddizioni, le sue arretratezze sono sufficienti però a danneggiare qualsiasi strategia. Oggi con la deontologia che propone la Federazione la professione è come se avesse i piedi murati nel cemento. Se volete non dico volare ma almeno camminare dovete liberare i piedi, cioè seguire l'esempio del Collegio di Pisa e inventarvi una deontologia con le ali.

Ci può fare degli esempi?

Degli esempi di come la deontologia può lavorare contro la professione? Se il demansionamento è previsto nel Codice deontologico, art. 49, come faccio a combatterlo? Oppure: come faccio a definire la mia autonomia professionale se il Codice della Federazione non parla di autonomia? O ancora: come faccio a cambiare la mia organizzazione del lavoro, nella quale sono prigioniero, se il Codice su questo problema tace? E come faccio a coevolvere con altre professioni se lo spirito del Codice è autoriferito ad una vecchia idea di professione? E infine: come faccio ad emanciparmi dalla post ausiliarità se il Codice insiste nel definire un ruolo ausiliario?

La deontologia è un po' come la storia dei soldi, non sono tutto però è meglio averli perché quando non ce li hai è tutto più difficile.

È possibile che secondo lei non ci sia niente da salvare nel Codice della Federazione?

La proposta della Federazione è indebolita da un grosso difetto di autonomia. Essa è condizionata pesantemente dalla situazione interna della Federazione. Ma la deontologia senza autonomia non è una deontologia. Siccome all'etica è fatto divieto di non essere etica, mi si deve spiegare se è

etico condizionare il lavoro di ridefinizione del Codice con logiche che con la deontologia non c'entrano niente.

Formalmente, comunque, il Codice della Federazione sarà messo in votazione per cui, indipendentemente da chi ne ha coordinato l'aggiornamento, l'ultima parola la diranno proprio gli infermieri. O no?

Lei crede? Gli infermieri stanno a questo Codice come i camerieri stanno ai clienti che vanno a cena nel ristorante. Non sono loro che decidono la cena. Loro, e solo su ordinazione, la servono a tavola. E lei lo sa. Questo Codice ufficiale può essere formalmente legale, perché immagino che si farà di tutto per farlo votare da tutti, ma moralmente non vale niente perché si fonda su una lesione inaccettabile all'autonomia professionale. Per cui, fuor di metafora, coloro che lo voteranno, a parte votare il blocco di potere che sta paralizzando la Federazione, si renderanno complici di un sopruso. Ma possibile mai che non vi chiedete perché questo Codice sia così terribilmente insipido? È così non per caso, ma perché l'autonomia degli infermieri fa paura. Sia mai che questi si mettono in testa certe idee... Meglio trattarli come le patate, cioè tenerli all'oscuro, possibilmente sotto la cenere, così non c'è pericolo che caccino dei germogli.

Ma a parte l'obiezione sulla sua validità dell'impostazione, sull'articolato che ci dice?

Il codice proposto dalla Federazione è la fotocopia un po' asciugata di quello del 2009, cioè senza l'art. 49, il quale a sua volta è nato come aggiornamento del Codice del 1999, che a sua volta è nato dall'aggiornamento di quello del 1977, che a sua volta è nato dall'aggiornamento del primo Codice degli infermieri del 1960.

Se volete un'analisi dettagliata parola per parola del testo la troverete bella e pronta nella relazione che accompagna la proposta del Collegio di Pisa. Cioè l'analisi fatta articolo per articolo del Codice 2009 vale pari pari per il Codice messo ora in circolazione dalla Federazione. Quindi ritengo di parlare sulla base di una ricognizione piuttosto analitica.

Ma qual è secondo Lei lo schema del ragionamento della Federazione?

Lo schema di deontologia che oggi la Federazione ci propone, parlo di schema, sia chiaro, quindi di modello, salvo gli aggiornamenti di contesto pur importanti che ci sono stati negli anni, ha almeno 56 anni. Questo schema era e resta imperniato su un ruolo ausiliario dell'infermiere. Come se il mansionario non fosse mai stato abolito. Questa è la ragione per la quale in questo nuovo testo, e in quelli precedenti, non compare mai la parola "autonomia" e perché i rapporti con i medici non sono mai ridefiniti.

Questo mi sembra incredibile. Le ricordo che nel frattempo è cambiata tutta la normativa che definisce la nostra professione.

Ha ragione; è una cosa che si stenta a credere tanto è paradossale. Ma è così. Per cui è inutile che lei si arrabbi con me, non è colpa mia se le cose sono andate male. Se vuole le spiego come è successo.

Magari, almeno ci rendiamo conto di cosa non siamo stati capaci di fare.

La Federazione, a suo tempo, parlo della fine degli anni '90, avrebbe dovuto adeguare la deontologia alle novità legislative sul superamento dell'ausiliarità e quindi ridefinire il ruolo dell'infermiere, ma non l'ha fatto perché ha continuato ad aggiornare un vecchio schema di deontologia. Perché non l'ha fatto? Perché non sapeva come fare. Come le ho detto nell'altra intervista, reinventare una deontologia non è proprio una passeggiata. Dopo l'abolizione del mansionario il Codice non avrebbe dovuto essere aggiornato, ma riscritto di sana pianta. In sostanza quello che oggi ha fatto il Collegio di Pisa avrebbe dovuto farlo la Federazione almeno 17 anni fa.

Quindi è come se Pisa riprendesse un discorso interrotto...

Proprio così. Pisa oggi ha innovato la deontologia a partire dalla questione infermieristica, ma la questione infermieristica è stata anche determinata dalle omissioni gravi della Federazione. Il grande malinteso è sempre il solito: aver creduto che bastasse conquistare una norma sull'abolizione del mansionario per cambiare il mondo. Si era talmente convinti di questo, che neanche si pensò di riscrivere il Codice deontologico. Se la norma non basta per cambiare il mondo è perché ci vuole un progetto che la sviluppi. Questo progetto prima di ogni cosa deve essere prefigurato in un Codice deontolo-

gico, perché la deontologia è l'unica regola sulla quale la professione è sovrana. Questo progetto a distanza di 17 anni non c'è, per cui la Federazione continua a rifilarci le stesse logore mutande, messe e rimesse, di 50 anni fa.

Riflettendo sulle date: l'abrogazione del mansionario è del 1999 e, se non ricordo male, nello stesso anno viene aggiornato il Codice del 1977...

Appunto. Le ripeto che dall'analisi comparata dei testi non risulta che la legge sull'abolizione del mansionario abbia influito sul Codice deontologico del 1999 più di tanto. Il ruolo dell'infermiere resta sostanzialmente ausiliario, anche se viene scritto che l'infermiere "è responsabile dell'assistenza infermieristica" e l'idea di autonomia relegata nella frase "interventi specifici autonomi complementari di natura tecnica" ma sempre a ruolo ausiliario invariante. In sostanza l'errore fatto allora, credo soprattutto per incapacità e sprovvedutezza e che oggi la Federazione ci ripropone, è di considerare la deontologia separata e invariante rispetto alla normativa.

Quindi, secondo Lei: sulla deontologia siamo in ritardo di almeno di 17 anni; questo ritardo ha contribuito ad accrescere i nostri problemi di ruolo, ed esiste una scollatura tra i Codici e la normativa. E la Federazione non avrebbe alcuna voglia di recuperare questo gap?

È una sintesi efficace. Sono passati ben 17 anni dal Codice del 1999 ad oggi, ma con una differenza politica importante:

- Nel '99 abolendo il mansionario eravamo all'inizio di un processo di ridefinizione del ruolo della professione;
- Oggi, proprio perché è mancato un progetto per sostenere questa ridefinizione, la ridefinizione del ruolo è in crisi e a giudicare dagli atti della Federazione alla fine.

Ma nella realtà il mansionario, professore, non è mai stato del tutto abolito.

Purtroppo ha ragione ed oggi la proposta della Federazione per recuperare la batosta del comma 566 è di fatto quella di rieditare il comma 566 sotto mentite spoglie, nel senso che le competenze avanzate sono trasformate in competenze specialistiche. Skill mix exchange e task shifting, significa comunque tornare alla logica del mansionario e mettere in atto una differenziazione di mansioni per definire tipi diversi di infermieri.

Quindi professore oggi è come se la Federazione dicesse agli infermieri “scusate ci siamo sbagliati abbiamo provato a costruire un nuovo ruolo ma non ci siamo riusciti, quindi abbiamo fatto il passo più lungo della gamba per cui si torna indietro”?

Mi dispiace ma è così e mi meraviglia che debba essere l'analista a tirare fuori certe cose. Capisco tutto... che siate scoglionati, che non crediate più alla Federazione, che secondo voi i Codici non siano mai serviti a niente, che siate disillusi, che abbiate altro da fare che perdere tempo dietro al Codice, ma dormire in piedi, scusi la franchezza, mi pare troppo. Come professione ho la percezione che siate essere così sprovveduti che è possibile rifilarvi qualsiasi cosa, perché tanto alla fine approvate formalmente tutto. Ma possibile mai che non vi rendiate conto di quanto sia storicamente offensivo proporvi un Codice beffa?

Però c'è Pisa che fa un altro discorso...

Oggi Pisa, è vero, fa un altro discorso e ci dice che:

- non si rassegna a perdere il treno della ridefinizione del ruolo;
- non è mai troppo tardi, per cui dobbiamo recuperare il tempo perduto e i ritardi accumulati;
- di tornare al mansionario non se ne parla;
- il problema resta la definizione del ruolo, dell'identità e dei comportamenti attesi;
- basta prenderci in giro, la storia come dice De Gregori siamo noi.

Professore comprenderà la nostra difficoltà nel trovarci davanti a due proposte, tutte e due che nascono in casa Ipasvi, una maggioritaria e una minoritaria, che, da quel che ci ha spiegato, sembrano difficilmente conciliabili...

Guardi non faccia l'errore di considerare la loro inconciliabilità sul piano dei contenuti, quelli sono più conciliabili di quello che crede, la vera inconciliabilità è prima di tutto politica. L'unica proposta rispettosa dell'autonomia della professione non è quella della Federazione, ma è quella del Collegio di Pisa. Questo Collegio, usando legittimamente e correttamente la sua autonomia, ha avanzato una proposta mettendola in discussione urbi et orbi. Quella della Federazione, a causa dei condizionamenti che ha subito, è un abuso all'autonomia della Federazione che si cercherà di nascondere con una parvenza di legalità facendola votare urbi et orbi. L'inconciliabilità è politica perché le strategie che vedo dietro i Codici deontologici sono difficilmente conciliabili: per Pisa si tratta di sviluppare la professione, per la Federazione si tratta di congelarla facendola a pezzi, cioè dividendola in tante sub-specializzazioni.

Ha un bel dire professore ma Pisa conta per Pisa e la Federazione conta sull'appoggio della maggior parte dei Collegi.

Credo che la sua distinzione maggioranza/minoranza sia discutibile. Se è rispetto al numero di iscritti ha ragione lei, Pisa è minoritaria perché rappresenta meno infermieri della Federazione, ma se è rispetto alla correttezza deontologica Pisa è maggioritaria perché rappresenta la giusta regola e il giusto valore. E comunque non vi è dubbio che la sua proposta (Federazione o non Federazione) ormai non si può cancellare. Molto probabilmente la Federazione userà il potere dell'organizzazione per imporre l'abuso in luogo della regola. Questo determinerà altre contraddizioni fino a quando qualcosa accadrà. La corda non si può tirare più di tanto. Si ricordi il salmo cosa dice: *"Justus ut palma florebit"* (fiorirà il giusto come la palma).

Come se ne esce professore?

Questa risposta non ce l'ho. Ci vorrebbe qualcuno in grado di prendere in mano la faccenda e che con autorevolezza tolga per prima cosa l'embargo culturale nel quale da anni è prigioniera la professione. Cioè spalanchi le

finestre e cambi l'aria. Oggi la professione sta regredendo di giorno in giorno e, soprattutto dopo il comma 566, mi sembra intellettualmente isolata. Sono anni che la Federazione respinge qualsiasi pensiero che non sia funzionale al mantenimento dello status quo mettendo all'indice il dissenso. Se lo immagina lei un Codice deontologico fatto dalla Federazione ma seguendo lo spirito e la metodologia di Pisa?

Cosa intende dire?

Io credo, per formazione, alla forza delle contraddizioni e a quella del pensiero che le deve rimuovere. Sono queste che daje e daje, come dimostra l'esito del recente referendum, mettono in moto in qualche modo il cambiamento. Oggi la contraddizione in casa vostra si chiama "questione infermieristica", e un blocco di potere che impedisce di rimuoverla perché ne è il primo responsabile. Se la Federazione non riuscirà da sola a rimuoverla, cioè a rinnovarsi, sarà la politica che dovrà intervenire per cambiare la Federazione. I tempi cambiano come cambiano i poteri organizzati e prima o poi, a forza di tirare la corda, con le condizioni giuste, a qualcuno verrà la voglia di mettere il naso anche nelle vostre faccende perché voi avete dimostrato di non essere capaci a farlo.

Sia più preciso, ci dica qualcosa di più specifico.

Fino a quando la baracca sarà finanziata in automatico con i contributi obbligatori degli infermieri non cambierà niente. Personalmente, come lei sa, non sono per l'abolizione né degli Ordini e né dei Collegi perché le professioni oggi hanno davvero seri problemi. Ma sono anche per avere dei veri Ordini e dei veri Collegi. Se i Collegi servono solo ad alimentare poteri personali meglio non averli. In molti si stanno convincendo che a causa delle vostre incapacità sia necessario passare a un sistema basato sul contributo volontario. Guardi che la maggior parte degli infermieri sono stufi della Federazione e dei suoi soprusi e vedono bene questa soluzione. Altra cosa sarebbe se voi foste capaci di dare risposte serie ai problemi della professione. In questo caso il problema dei contributi volontari non si porrebbe.

Mi permette di chiudere con una nota storica? Come ricorderà nella precedente intervista ho spiegato perché la proposta di Pisa è incentrata sul ruolo,

sull'identità e sul comportamento atteso. Oggi abbiamo esaminato un Codice beffa e per spiegare perché è una beffa abbiamo analizzato le contraddizioni storiche della deontologia infermieristica. Ebbene vorrei dire che il Collegio di Pisa le sue proposte non se l'è sognate, ma le ha ricavate proprio da una analisi della questione infermieristica, inquadrandola dentro un processo storico.

Di quale processo storico parla?

Sappiate che nel Codice del 1999, nell'anno in cui fu abolito il mansionario, in premessa era scritto *“il codice guida l'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale”* e va considerato uno strumento che *“informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi”*. Come vede l'idea di identità e di comportamento atteso in qualche modo era quasi preannunciata nel 1999 e questo perché abolendo il mansionario questa e non altre avrebbe dovuta essere la strada logica da seguire. Poi anziché andare avanti, inspiegabilmente, si cominciò a tornare indietro e questi pochi accenni sparirono. Pisa cosa ha fatto? Ha ripreso il discorso del 1999 ed è andata oltre sviluppandolo per intero fino alle sue logiche conseguenze.

Quindi professore il merito del Collegio IPASVI di Pisa sarebbe se non altro di aver colmato, anche se con 17 anni di ritardo, uno jato che sarebbe toccato alla Federazione riempire?

Proprio così. Se la realtà fosse diversa non avrebbe senso dire come dice la proposta del Collegio di Pisa *“io sono quello che devo essere”*. Se Pisa invece dice questo è perché gli infermieri non sono ciò che dovrebbero essere. Questo vuol dire che qualcosa è andato storto e che se davvero si avesse a cuore il destino della professione non dovrebbe essere un problema aggiustare il tiro. Questo diventa impossibile quando come dice Hume *“vi sono persone che a un graffio del loro dito preferiscono il crollo del mondo”*.

A questo punto ciascuno si prenda le sue responsabilità. Il dovere di un intellettuale non è quello di mettere le mutande al mondo, ma semmai di toglierle per dire come stanno le cose. A questo dovere io mi sono attenuto e a null'altro. E a questo dovere mi atterrò sempre.

ADEGUATEZZA E PROSCRITTIVITÀ

Terza intervista

Riprenderei il discorso dell'autonomia. Mi pare che lei ne abbia fatto una chiave interpretativa di tutta la proposta del Collegio IPASVI di Pisa.

Potendo rispondere con una domanda, chiederei: quale è il contrario di ausiliarità? L'unica parola che si oppone ad ausiliarità è autonomia. Essere ausiliari significa essere una *professione allegata* ad un'altra professione. Essere autonomi significa essere una professione *in relazione* con una sua identità precisa un suo ruolo con altre professioni. Si tratta di definire nuove relazioni cooperative che si basano su quella che nel Codice di Pisa viene definita *ausiliarità reciproca* cioè una forma nuova di reciprocità tra diverse autonomie partendo da un semplice postulato peraltro molto ben definito dal codice di Pisa: *un servizio è un sistema di prassi interconnesse nessuna prassi professionale ripeto nessuna da sola è un servizio.*

In pratica si tratta di riformare la relazione storica con il medico? Non è così?

Non solo e non così semplicemente. Autonomia vuol dire prima di ogni cosa essere infermieri diversi per lavorare in modo diverso e quindi avere una relazione diversa con i malati e i loro problemi e ovviamente con i medici e gli altri che a loro volta dovranno essere e lavorare in modo diverso. Perché deve essere chiaro che l'autonomia degli infermieri necessita che si ridefiniscano anche i comportamenti degli altri. Non ha molto senso che:

- un infermiere faccia le stesse cose, ma in autonomia;
- gli infermieri diventino autonomi e le altre professioni invarianti.

Se fa le stesse cose e tutti restano quelli che sono perché non restare nell'ausiliarità?

L'autonomia è quindi un modo diverso di essere infermieri?

Già! Essa non va ridotta ad autarchia cioè a quella che il lato oscuro della Federazione ha definito il "riscatto" degli infermieri nei confronti dei medici come se i medici fossero gli schiavisti della Louisiana e gli infermieri i negri che raccolgono il cotone. Questa è una volgare strumentalizzazione delle tensioni che pur esistono tra medici e infermieri e sulle quali il lato oscuro

continua ad attizzare il fuoco. L'autonomia vera è pragmatica ed è ben descritta dal codice di Pisa quando a questo proposito introduce il *principio di proscrittività*, un principio del tutto assente in tutte le altre deontologie e che apre davvero scenari inediti.

Di cosa si tratta?

Tutti i Codici compreso il vostro, anche nella recente versione aggiornata dalla Federazione, sono un insieme di norme *prescrittive* volte a guidare i comportamenti professionali nel senso di fissare ciò che è loro permesso fare e ciò che non è loro permesso fare. Per esempio all'infermiere è permesso somministrare la terapia ma non gli è permesso prescriverla. La logica *prescrittiva* è quasi automatica: *quello che non è permesso è automaticamente vietato*. Se non è permesso prescrivere è automaticamente vietato farlo. Questo modo di ragionare va bene in generale e riguarda per grandi linee le competenze, le funzioni, le mansioni, le responsabilità ma è troppo rigido rispetto alle condizioni di lavoro reali degli infermieri. Per di più propone una idea di ruolo chiuso standardizzato preconfezionato poco realistico.

Esiste quindi un problema di adeguatezza tra Codice e realtà, dato che essere inadeguati significa essere poco aderenti alla realtà professionale?

Non c'è dubbio che i codici per essere credibili e per funzionare devono essere aderenti alla realtà. Se non lo sono alla fine si rivelano inutili e inseribili. È un dato di fatto che le situazioni nelle quali lavora effettivamente l'infermiere siano sempre più complicate di ciò che prescrive un codice. Ignorare la realtà vera di lavoro dell'infermiere significa appiattare tutto e ridurre gli infermieri a dei meri esecutori di mansioni ma soprattutto significa deprivere la deontologia di credibilità.

Dunque lei afferma che tra quello che prescrive un Codice e quello che fa un infermiere vi è uno scarto?

Sì. E aggiungo che si tratta di uno scarto quasi fisiologico per recuperare il quale non bisogna pensare a dei codici super analitici e super particolareggiati ma semplicemente bisogna descrivere gli infermieri non come delle macchine intelligenti ma come delle persone intellettualmente autonome. Se

c'è uno scarto bisogna riconoscere all'infermiere una certa autonomia per poterlo recuperare. Ma se nel codice l'infermiere è descritto come un robot a mansioni programmate come faccio a recuperarlo?

Ma è anche vero che uno scarto esiste tra qualsiasi norma e la realtà in cui viene applicata, dal momento che la realtà è sempre più complessa della norma che la descrive. Ne conviene?

Ha ragione. Nell'ambito del diritto, infatti, il problema dello scarto si chiama *lacuna* e si ha quando una fattispecie non è prevista da alcuna norma giuridica.

Dice il diritto che se vi sono lacune bisogna ricorrere al *principio di libertà* quindi ad un principio di autonomia secondo il quale sono leciti tutti i comportamenti non vietati da altre norme cioè "*tutto ciò che non è vietato è permesso*"

Ma l'idea di scarto che lei descrive professore è più comune di quello che si crede. Gli infermieri lavorano sempre di più in condizioni negative e sfavorevoli. Cioè per loro lo scarto, come lo chiama lei, è quasi la norma. Spesso il rapporto tra numero di infermieri e numero di assistiti è sbilanciato. Spesso i confini netti tra competenze professionali sono messi in discussione dai contesti particolari in cui si lavora. Sto pensando ai Pronti Soccorso, a tutta l'area dell'emergenza, a certi contesti ad alta specializzazione, ma anche alla più semplice ambulatorialità. Spesso nelle realtà di lavoro vi sono accordi taciti, guidati dal buon senso, in ragione dei quali gli infermieri e i medici regolano le loro attività oltre i loro confini convenzionali. E questo a beneficio del buon funzionamento del sistema.

Perfetto. Proprio così. Anche io penso che lo scarto sia praticamente la norma. Per governarlo bisogna andare oltre le deontologie convenzionali come è quella della Federazione e pensare a delle *deontologie discrete* proprio come quella proposta dal Collegio di Pisa.

Che cosa è una deontologia discreta?

È una deontologia che usa l'autonomia come principio di adeguatezza e di completezza che prevede che tutto quello che non è espressamente vietato è, a certe condizioni, permesso.

Ne deriva che la sua professione per essere adeguata davvero alla realtà dovrebbe essere descritta e definita in forma discreta, non assoluta, prevedendo un grado di autonomia grazie al quale il ruolo si perfeziona e si completa nella realtà e quindi in rapporto agli altri. Ma la Federazione rispetto a questa idea è lontana anni luce.

In questo modo l'infermiere avrebbe un ruolo preciso che prevede il suo auto-completamento.

Veda, se la Federazione anziché trascinarvi in una guerra impossibile contro i medici sulle competenze avanzate (guerra che avete perso) avesse puntato le sue carte sulla definizione di un'idea di professione discreta regolata con il principio di proscrittività, voi infermieri sareste diventati come dice il Collegio di Pisa, sul serio infermieri.

Lei professore ci sta dicendo che anziché scornarci con il comma 566 avremmo dovuto definire, applicando la Legge, la nostra autonomia professionale?

Sì, proprio così. Lo slogan avrebbe dovuto essere più o meno: non fare di più ma altro e in un altro modo, con un ruolo autonomo?

Geniale!

Grazie il suo apprezzamento, mi lusinga. La guerra sulle competenze avanzate è stata una follia politica, ma anche l'espressione di un vecchio modo di vedere ai rapporti tra medici e infermieri. Il comma 566 nasce dalla tracotanza di un legislatore convinto di cambiare il mondo con la forza della burocrazia e da un pregiudizio becero inaccettabile, quello del riscatto di una professione nei confronti di un'altra. Ma nasce anche dal non essere riusciti, come professione, ad essere coerenti e conseguenti con la legge e quindi con il proprio ruolo. Cioè nel non essere riusciti, come dice il Collegio di Pisa, a diventare gli infermieri che avreste dovuto essere.

Posso riassumere? Non si tratta di “rubacchiare”, come dice lei, competenze al medico a ruolo infermieristico invariante ma di riformare questo ruolo oltre l’ausiliarità con l’autonomia, in modo da agire un principio di proscrittività.

Questa è la strada da seguire. Se la Federazione non riesce ad immaginare questa strada è un bel problema. In questo caso per il Collegio di Pisa la vedo dura. Resta il fatto che la proposta della Federazione nei confronti dell’autonomia è drammaticamente regressiva.

Quindi professore è l’autonomia il vero discrimine tra la proposta del Collegio IPASVI di Pisa e quella della Federazione.

Proprio così:

- il codice di Pisa introduce la proscrittività come condizione per esprimere l’autonomia professionale, prefigurando la possibilità di uno sviluppo del ruolo nelle situazioni concrete;
- quello della Federazione resta prigioniero della prescrittività, quindi nega il valore dell’autonomia e, di conseguenza, un possibile sviluppo professionale, a parte rubacchiare di nascosto qualche mela ai vicini.

Nel leggere la proposta del Collegio di Pisa, professore, le confesso che non ero riuscita a cogliere tutti questi nessi, anche politici, con le competenze avanzate.

Temo aimè che non sia la sola. A volte non sono sicuro che si sia capita la profonda portata strategica della proposta del Collegio di Pisa. Temo le letture superficiali e mi fanno tenerezza coloro che ritengono semplice ricomporre delle differenze di impostazioni così radicali. A parte le incognite legate al quadro dirigente della Federazione ci sono oggettivamente punti poco mediabili. Sull’autonomia lo spazio per mediare non c’è: o un infermiere è ausiliario o è autonomo; punto.

Professore, abbiamo capito che lei ha le sue idee sulla nostra professione e che i suoi obiettivi di riformatore alla fine vanno ben oltre le nostre beghe interne. Ma ci dica meglio perché, in fondo in fondo, lei non condivide la proposta della Federazione e la ritiene poco mediabile.

Guardi che il mio personale dissenso non deriva dal fatto che io ho altre idee. Avere idee diverse per me è normale. Ma sono convinto che, se assumiamo quale riferimento la questione infermieristica, la proposta della Federazione non conviene. È contro gli interessi primari della professione. È contro Siringhino. Per me la proposta del Collegio di Pisa non è più giusta o più corretta, ma rispetto alla questione infermieristica è pragmaticamente più conveniente. Cioè da più risultati. Conviene di più a Siringhino.

In cosa consiste la convenienza della proposta di Pisa?

La proposta del Collegio di Pisa fa un'operazione che fino ad ora nessun Codice ha fatto mai, compreso quello dei medici:

- ammette che l'esistenza degli scarti tra deontologia e realtà della professione è legata al problema dell'incompletezza delle norme deontologiche;
- considera velleitaria l'idea che sia possibile disciplinare in modo generale e prescrittivo qualsiasi situazione della realtà professionale.

Lei ci sta dicendo che esiste un problema di scarto, ho capito bene?

Il Collegio di Pisa ci dice: occhio, quelle che a voi sembrano scarti tra deontologia e realtà professionale non sono null'altro che lacune deontologiche, cioè la mancanza di norme in grado di esprimere davvero la complessità della professione.

Per cui cosa fa il Collegio di Pisa? Null'altro che:

- spostare il tiro su una deontologia più adeguata ai vostri problemi;
- proporci una idea di professione discreta, adeguata alle sue complessità.

La proposta del Collegio di Pisa conviene di più perché è più adeguata ai problemi della professione.

Cosa vuol dire sul piano pratico un Codice discreto adeguato alla realtà operativa della professione?

Vuol dire che in un Codice non basta fare l'elenco dei doveri, ma bisogna anche offrire all'infermiere delle possibilità per esercitare concretamente la sua autonomia nella realtà reale. Sì è vero, l'infermiere ha un ruolo ben definito, ma quel ruolo non va agito come uno standard rigido bensì come un reticolo flessibile. Quindi, a parità di ruolo, l'infermiere può essere, secondo il principio di proscrittività, in modi diversi.

Interessante questa idea di proscrittività.

Il principio di proscrittività apre un orizzonte nuovo tutto da esplorare. Se una certa forma di organizzazione del lavoro non è espressamente vietata allora, se condivisa con altre professionalità, è permessa. Per non parlare delle divisioni convenzionali del lavoro tra professioni, delle relazioni con gli altri, delle metodologie da adottare, ecc.

Mi sembra che, stringi stringi, ritorniamo alla questione iniziale: autonomia contro ausiliarità.

Proprio così. Sono due modi diversi di intendere la professione, per me, ripeto, difficilmente conciliabili:

- il codice del Collegio di Pisa è costruito secondo il ruolo inteso in modo proscrittivo, quindi fondato sul principio dell'autonomia e delle possibilità;
- il Codice della Federazione è costruito secondo le competenze intese in senso prescrittivo, quindi del principio dell'ausiliarità.

Ma del resto parliamoci chiaro:

- se non si definiscono le possibilità della professione, si resta ausiliari e quindi è inutile parlare di autonomia;
- se si continua a parlare di ausiliarità, le possibilità non vanno oltre le mansioni da garantire.

Professore mi fermerei qui. L'autonomia, come lei diceva, non va fraintesa con l'autarchia. Questo chiama in causa il rapporto con le altre professioni, quindi con i medici che, mi creda, non sono proprio dei gran riformatori. Sulla sua idea di coevoluzione le propongo di rimandare l'argomento ad un'altra conversazione.

Ok. Mi limito a dire che oltre alla questione infermieristica vi è quella medica, che i medici non hanno meno problemi degli infermieri e che sulla questione dei rapporti tra professioni la proposta della Federazione non dice praticamente nulla, il che è semplicemente pazzesco considerando il loro stato di crisi. Il Codice del Collegio di Pisa invece, e giustamente, dedica ad essa ben due capitoli, articolati in una decina di articoli. Non aggiungo altro. Personalmente penso che con i medici sia possibile, a certe condizioni, trovare un accordo di coevoluzione. Che sia facile questo non lo posso dire, ma che sia possibile sì. Intanto vorrei che la Federazione prendesse atto che il tentativo di scippare ai medici delle competenze è fallito e quindi preghe-rei caldamente di aggiornare la strategia.

LA COEVOLUZIONE DELLE PROFESSIONI

Quarta intervista

Una fra le tante caratteristiche della proposta del Collegio di Pisa è la parte dedicata ai rapporti con le altre professioni, in particolare con i medici. Ben due capitoli sono dedicati a questo problema, mentre nella proposta di Codice della Federazione a malapena una frase e mezzo. Perché secondo lei questa differenza?

Per due ragioni fondamentali, una vecchia e una nuova. Nella proposta di Codice della Federazione l'infermiere resta ontologicamente un *attache* della professione medica, cioè un allegato esecutivo, per cui non serve descriverne i rapporti. Restano quelli storici che sono tra *sopravenienza* medica e *subvenienza* infermieristica. Su questa base oggi si innesca il pregiudizio del riscatto sociale dell'infermiere dal medico, che la relazione programmatica 2017 ripropone nel capitolo "*linee di sviluppo delle politiche per la professione*". Il risultato è uno strano matrimonio tra invarianza e pregiudizio, dove l'obiettivo è sottrarre competenze ai medici e autonomizzarsi come se medici e infermieri fossero dei separati in casa. L'infermiere e il medico, per usare il linguaggio cinematografico, diventano uno il "*contro campo*" dell'altro. Un'aberrazione.

Ma professore, la Federazione ha sempre detto il contrario, dichiarando la sua disponibilità all'inter-disciplinarietà.

Che lo abbia dichiarato e ribadito anche recentemente con la relazione programmatica e che esista una interdisciplinarietà inevitabile non ho dubbi, ma noi stiamo parlando della sua proposta di Codice, dove a questa dichiarata volontà non segue nessuna disposizione significativa. Lo ha detto lei che su questo argomento è stata scritta una riga e mezzo.

Probabilmente si tratta di un'omissione da parte della Federazione del tutto recuperabile, infatti nella relazione programmatica si parla esplicitamente di inter-professionalità.

Non si tratta di omissione, ma semplicemente di una vecchia visione atomistica della professione, dove ogni professione è definita, come le dicevo, per

“contro campi”, dove l’organizzazione del lavoro è una somma di professioni, dove le diverse formazioni sono rigorosamente separate, dove ognuno pensa a sé, ecc. Ineffabile è quel passaggio nella relazione programmatica dove, sulla base di una sibillina distinzione tra “sapere e professione”, si dice che l’infermiere deve assicurarsi una “*esclusività*”, una “*regia diretta*”, una “*regia indiretta*”. Resta da capire dove inizia e dove finisce il sapere degli infermieri.

Eppure, insisto, proprio nella relazione programmatica tra le varie questioni affrontate c’è un punto dedicato proprio ai nuovi rapporti interprofessionali.

Ma lei l’ha letta bene quella relazione? Quel punto dedicato a cui lei si riferisce prima di tutto è all’interno di un discorso dove si parla di “*nuovo professionalismo*”, ma non nel senso che propone il Collegio di Pisa bensì nel senso delle competenze avanzate. I nuovi rapporti interprofessionali sono intesi come:

- *indebolimento delle giurisdizioni professionali*, cioè del ruolo del medico;
- *ruoli più flessibili*, cioè ruolo del medico riducibile;
- *confini più permeabili*, cioè abolizione dei confini con i medici;
- *crescita degli altri professionisti*, cioè crescita solo dell’infermiere;
- *lavoro d’equipe*, cioè come somma di professioni separate.

Mi scusi, allora qual è l’idea di inter-professionalità della Federazione secondo lei?

È quella tipica del taylorismo, che non è esattamente una concezione integrata del lavoro ma una somma di compiti contigui e giustapposti. L’ideale della Federazione è il “*taylorismo competitivo*”, dove l’obiettivo è cambiare le competenze nel senso della composizione professionale del lavoro. Il famoso “*skill mix change*” con lo scopo di fare *task shifting* e togliere competenze ai medici.

Quindi secondo lei la Federazione ci ripropone un comma 566 sotto mentite spoglie?

Esattamente, si ritorna alla guerra delle competenze. Basta far caso al linguaggio usato dalla relazione programmata:

- *”terreno di gioco”*, come terreno di scontro;
- *”riposizionare” le professioni*;
- *“presidiare”* gli spazi professionali;
- *”finestre di opportunità”* da sfruttare;
- *“allargare il perimetro”* delle competenze professionali;
- *“riempire il perimetro”* delle competenze professionali;
- *”presidiare”* le competenze;
- *“sviluppare le aree di confine”*.

La relazione programmatica rilancia la guerra delle competenze e questa volta si fa spalleggiare niente meno che dalla Bocconi che, come è noto, è specializzata, dietro lautissimi compensi, nel legare l’asino dove vuole il padrone. Vi consiglio di leggere cosa scrive Oasi del Cergas Bocconi sulla composizione professionale del personale sanitario e sulla *task shifting*.

Ma che possibilità ci sono per la Federazione di vincere la guerra delle competenze contro i medici?

Nessuna. Ed è proprio questo l’aspetto perverso. Fino a nuove elezioni non credo che il Governo si metta nei guai avallando una guerra tra professioni. Dopo le elezioni immagino che il Pd, che è stato uno dei massimi responsabili del comma 566 e che per questo ha pagato pegno, non sia così scemo da dare seguito per quattro voti ad un corporativismo basato sul riscatto sociale di una professione contro un’altra. Sarebbe una follia.

Poi, immagino, ci sono i medici.

Già! Ci sono anche i medici. È vero che sul comma 566 all’inizio la FNOMCeO ha avuto un atteggiamento arrendevole, pagando il prezzo di forti condizionamenti politici proprio del Pd, ma poi ha dovuto assumere una posizione sempre più intransigente a causa del dissenso interno, che stava crescendo e che se non sta attenta proprio oggi rischia di allargarsi ancora di più, forte della crisi più generale in cui versa la professione. Quindi possibilità zero.

Ma se così fosse professore si tratterebbe di autolesionismo.

Lo chiami come vuole ma è un fatto che siamo al delirio, alla ossessione di una Federazione che appare dominata dall'invidia contro i medici che considera nemici giurati e che alla fine, gratta gratta, odia gli infermieri dal momento che vuole che essi siano altro da quello che dovrebbero essere, cioè infermieri.

Ma insomma professore, secondo lei che cosa si vuole fare?

L'ideale di questo disegno delirante è abbandonare la massa all'ausiliarità e fare una élite paramedica di *cyber nurser*. Una follia che, a fronte della gravità della questione infermieristica, si appaga di poter chiamare Ordini i Collegi, come quelli dei medici. Non ho mai visto tanto disprezzo e risentimento verso la vostra professione come quello che si intravede dietro a questo folle disegno.

Dopo le precedenti interviste personalmente ho ricevuto segnali di interesse e di disponibilità da parte di alcuni medici nei confronti della proposta del Collegio di Pisa, non potrebbe essere questa la strada da seguire?

Per me la coevoluzione che propone il Collegio di Pisa è l'unica strada possibile, ragionevole e praticabile. Oltretutto vorrei ricordare che il comma 566 prevede un dispositivo che fa dipendere l'esito della sua applicazione dalla concertazione con i medici. Per cui quel comma senza concertazione è carta straccia. Ma ciò ai medici dà un potere di veto senza precedenti.

Ciò significa che se gli infermieri vogliono fare un accordo con i medici questo andrebbe fatto sul terreno della coevoluzione, della compostibilità, della proscrittività; non su quello del skill mix chance e della task shifting che propone la Federazione. La proposta del Collegio di Pisa, quindi, potrebbe essere un buon terreno di incontro tra professioni?

Senz'altro. Il Collegio di Pisa fa quello che un governo serio dovrebbe fare, cioè creare le condizioni per fare un accordo unitario tra professioni.

Qual è l'operazione che il Collegio di Pisa ci propone?

Il Collegio di Pisa:

- parte da una ridefinizione di servizio, intendendolo non come un *insieme* ma come un *sistema pluri-professionale organizzato*;
- ridefinisce l'organizzazione del servizio, sulla base delle *relazioni di cura tra le prassi*;
- supera l'idea di *collaborazione tayloristica* della Federazione e pone il problema del *coordinamento delle prassi*;
- vincola le prassi diverse ad un comune *principio del malato*, nel senso che tutte le prassi devono ispirarsi alla stessa concezione di malato (non ha senso che i medici vedono il malato in un certo modo e gli infermieri in un altro);
- definisce lo scopo finale del servizio, non attraverso i compiti ma attraverso la loro *cooperazione*, parlando di *tutela medico-sanitaria* del malato quale risultato finale.

La proposta del Collegio di Pisa è una cosa seria, difficile da ignorare.

“Il servizio”, leggo dal Codice del Collegio di Pisa, “è per definizione un sistema di prassi attese tenute insieme da rapporti di cooperazione.

Brava proprio così. Comprende ora la distanza culturale che divide la proposta del Collegio di Pisa da quella della Federazione? E da quella della Bocconi? Su un terreno del genere io credo che i medici sarebbero interessati a discutere. Il Collegio di Pisa vuole integrare, la Federazione vuole disintegrare.

A proposito di integrazione, se non ricordo male professore, nella proposta del Collegio di Pisa si arriva a distinguere il concetto di interazione da quello di integrazione. Perché questa distinzione?

Perché non basta una definizione generica di integrazione, bisogna distinguere le forme delle relazioni professionali sulla base di come sono agite le prassi e quindi almeno sulla base di due diverse situazioni:

- la prima è quando le professioni decidono insieme, cioè sono dentro relazioni contestuali (per esempio durante la visita, la programmazione del lavoro, la discussione dei casi clinici, ecc.);

- la seconda è quando le professioni, una volta condivise le decisioni, operano separatamente e autonomamente.

Nel primo caso si parlerà di *interazione*, nel secondo caso di *integrazione*. L'interazione è tendenzialmente orizzontale mentre l'integrazione è tendenzialmente verticale. Sono due modi diversi di esercitare il proprio ruolo e la propria autonomia.

Questa cultura dell'integrazione nella relazione programmatica della Federazione non c'è.

Quindi, secondo lei, sul terreno della coevoluzione professionale è possibile un accordo con i medici?

Senz'altro. Non vedo ostacoli. Anzi le dirò che sarebbe auspicabile. La coevoluzione non è resa necessaria per rispondere alle pretese di qualcuno, ma prima di tutto per adeguare le professioni ai cambiamenti che in qualche modo le condizionano. La coevoluzione va fatta a prescindere dalle paturnie dell'IPASVI. L'IPASVI nello scenario della questione professionale è il problema più piccolo.

Ma cosa intende esattamente per coevoluzione?

La coevoluzione è il processo di *cambiamento congiunto* di più professioni operanti nello stesso servizio al punto da costituire ciascuna un fattore di cambiamento per l'altra, con il risultato di condividere una crescita professionale comune attraverso un cambiamento concordato della loro organizzazione del lavoro.

Nella realtà nel momento in cui il ruolo dell'infermiere dipende da quello di altri ruoli professionali è inevitabile che condividano un principio di coevoluzione.

Proprio così. Qualsiasi ruolo per esprimersi deve per forza rapportarsi ad altri ruoli. Il ruolo del padre dipende dal ruolo del figlio e viceversa, così quello del marito rispetto a quello di moglie o del maestro rispetto a quello di allievo.

Ma la coevoluzione intesa come cambiamento congiunto, professore, non andrebbe messa in rapporto al principio proscrittivo di cui ci ha parlato nella precedente intervista? Si evolve solo se ci sono possibilità di evolvere.

Brava, ha colto davvero nel segno. La coevoluzione dei ruoli è la base di qualsiasi progetto di riorganizzazione. E qualsiasi progetto di riorganizzazione può svilupparsi solo in una logica proscrittiva, cioè accrescendo le possibilità dell'organizzazione stessa. Essa rappresenta un potenziale di cambiamento straordinario, tanto per i medici che per gli infermieri. Si apre uno spazio enorme alla soluzione dei problemi di tutti. In sostanza agendo sulla leva dell'organizzazione si tratta di trovare le soluzioni ai problemi dei medici e ai problemi degli infermieri senza che qualcuno ci rimetta, anzi al contrario.

Va bene professore ma le ricordo l'Ordine dei medici di Bologna, le vicende del 118, quelle più recenti delle Case della Salute e le prese di posizione di Roma contro il See&Treat. Non mi pare che in questi casi si abbia voglia di coevolvere, non le pare?

L'interdipendenza tra ruoli può essere un fattore di crescita coevolutiva per le varie professioni, ma nello stesso tempo può essere un fattore che blocca, per ragioni di invarianza, questa crescita. Se la professione medica resta invariante e quella infermieristica vuole cambiare è chiaro che sorge un conflitto.

Questo vuol dire che nessun ruolo, a partire dai medici, può in alcun modo condizionare in negativo l'espressione dei comportamenti professionali attesi degli infermieri, in particolare se si tratta di applicare e di rispettare delle leggi.

Oggi il problema è che il ruolo classico del medico ostacola quello atteso descritto per Legge dell'infermiere. Ma il ruolo classico del medico oggi è il primo problema che il medico ha, perché è sotto tanti punti di vista ampliamento regressivo, cioè inadeguato rispetto ai cambiamenti della società. Per cui tanto i medici che gli infermieri hanno interesse a far coevolvere i ruoli dentro nuove organizzazioni del lavoro. Il problema è di ruoli non di competenze.

Lo so professore, ma di Roma e di Bologna che mi dice?

Calma e gesso. A me pare che tutti i casi che lei cita, soprattutto dopo il fallimento del negoziato nazionale sul comma 566, siano misure di *task shifting* messe in campo unilateralmente dalle Regioni per ragioni finanziarie. Che tali misure per l'Ordine di Bologna non costituiscano una coevoluzione non mi meraviglia. Rammento che la stessa Regione con la medesima logica ha fatto una delibera per assegnare competenze avanzate ai *caregiver*. Non mi pare che gli infermieri di Bologna abbiano interpretato questa misura come una coevoluzione. Quindi non confondiamo le cose. Intanto ricordo che nella relazione programmatica la Federazione parla esplicitamente di “*sviluppare la leadership clinica degli infermieri*”. Non credo ragionevole pretendere che l'Ordine di Bologna dica grazie a chi gli vuole rubare il cappello. Siamo seri.

Lei ci sta dicendo che...

Io le sto dicendo che un conto sono le competenze avanzate e un conto è il discorso della coevoluzione. Nessuno è andato all'Ordine di Bologna a proporre un'altra organizzazione del lavoro, un'altra concezione di servizio, altri ruoli, altre prassi, altre autonomie. A chi vuole cambiare spetta l'onere della proposta. La proposta della Federazione è chiara: a sistema invariante si tratta di riaprire la guerra delle competenze. Vorrei dire, a scanso di equivoci, che personalmente non ho nulla contro alcune riassegnazioni di competenze, soprattutto se preventivamente concordate e condivise. Ma non posso biasimare chi, a fronte di un tentativo per altro maldestro di espropriazione, risponde difendendo le proprie prerogative storiche. Siano essi medici o infermieri. Nel suo libro “il riformatore e l'infermiere” credo di aver argomentato con dovizia di argomenti la mia contrarietà alla logica delle competenze avanzate, a quella della *task shifting* e a quella che proprio in quel libro definisco “la guerra dei bottoni” e che la Federazione, parlando attraverso la Bocconi, definisce *skill mix change*. Lo *skill mix change* è una guerra dei bottoni.

Allora professore ci dica come si attua la coevoluzione andando oltre la guerra dei bottoni?

Non ve lo dico io, ma ve lo dice la proposta del Collegio di Pisa: bisogna diventare promotori di progetti di riorganizzazioni del lavoro che puntino a riformare i rapporti di collaborazione tra i ruoli professionali, in modo da sostituire gli attuali rapporti di ausiliarità con rapporti tra autonomie reciproche e in modo da sostituire dei semplici rapporti basati sulla contiguità e sulla giustapposizione dei compiti con rapporti basati sull'interdipendenza dei ruoli.

In sostanza...

In sostanza fatevi sotto e sfidate i medici sul terreno di una forma nuova di cooperazione interprofessionale. L'unica guerra che va fatta è contro il taylorismo. Se vi diranno no potrete dire che sono dei fottuti conservatori. Se vi diranno no e siete convinti di avere ragione date battaglia senza quartiere, ma per cambiare le cose forti delle ragioni del cambiamento. Dire no alle competenze avanzate è giustificato, ma dire no alla coevoluzione è ammettere un reato di indisponibilità e danneggiare tutti, quindi passare dalla parte del torto. E poi un consiglio: occhio *all'equilibrio di Nash*.

Professore che cos'è l'equilibrio di Nash?

In parole povere la coevoluzione delle professioni vince se offre a tutte le professioni in ballo delle soluzioni nelle quali i ruoli, pur ripensati, sono in equilibrio.

Ma chi è Nash?

Nash era un matematico americano che si occupava della teoria dei giochi. Oggi i medici e gli infermieri sono come cani e gatti. Bisogna far in modo di ricercare un nuovo equilibrio nel quale tanto i medici quanto gli infermieri abbiano un vantaggio significativo. Il comma 566 ha avuto un effetto che dire perverso è poco.

Perché?

Esso ha trasformato quella che era una relazione cooperativa tra medico e infermiere in una relazione conflittuale. Nei giochi cooperativi, come lei sa, si possono fare accordi, che si assumono *a priori* come vincolanti. Per esempio una certa organizzazione del lavoro, una certa divisione dei compiti, una certa metodologia, ecc. Ma con il comma 566 questo accordo a priori non c'è stato, per cui la faccenda è degenerata in un gioco conflittuale, dove alla fine l'unica cosa che si può fare è la guerra. Scusi ma lei se la immagina la relazione tra medico e infermiere come una relazione non cooperativa?

Quindi, tornando alla coevoluzione, lei in pratica dice che il problema dei rapporti tra medici e infermieri non si risolve con le competenze avanzate, ma con nuovi equilibri.

Una idea nuova che vorrei introdurre è quella di *equilibrio correlato* nella quale i medici e gli infermieri non ragionano più per competenze, ma per possibilità operative definite nel rispetto dei ruoli e coordinate da un'unica e comune strategia organizzativa, in modo tale che nessun operatore ha interesse a deviare da essa. Questa strategia per forza deve essere cooperativa e l'organizzazione del lavoro di cui essa necessita per forza deve essere cooperante, quindi essere post tayloristica.

Questa idea di “equilibrio correlato” è davvero interessante, però professore a parole sembra tutto facile, ma lei i medici li conosce meglio di me. Non sono così aperti alla coevoluzione perché, per quel che vedo, non vogliono evolvere. Sembrano fatti per non cambiare.

Evitiamo per favore le generalizzazioni e cerchiamo di ragionare. I medici come chiunque altro si aprono al cambiamento solo se sono costretti a farlo e solo se non hanno altre vie di uscita. Ma non credo che voi infermieri siate diversi. Non mi venga a dire che chi ruba le galline nel pollaio del vicino è un riformatore. Per essere dei riformatori ci vuole ben altro. Da quando è stato abolito il mansionario non avete fatto nulla per cambiare veramente le cose e oggi non è un caso se vi ritrovate a fare i ruba galline. Non mi interessa di chi è la colpa. Voi come professione siete pietrificati dalla vostra invarianza, esattamente come i medici. Non è un caso se esiste sia una “*questione infermieristica*” che una “*questione medica*”.

A proposito di “questione medica” lei su questa cosa ha scritto un e-book di grande successo...

Se vi leggete questo e-book scoprirete una cosa straordinaria e cioè che gran parte di quello che vale per la “questione medica” vale anche per la “questione infermieristica”.

Cosa intende dire?

Sia i medici che gli infermieri hanno un problema di ruolo, entrambi sono le prime controparti del definanziamento, entrambi rischiano di essere amministrati, entrambi hanno problemi di identità, entrambi operano in organizzazioni sempre più carenti, entrambi sono inadeguati ai cambiamenti in corso, entrambi sono formati male, ecc. Ma se questo è vero (ed è vero, glielo assicuro) vuol dire che esiste una sola ed unica questione professionale.

Però professore gli infermieri hanno certi problemi e i medici altri.

Intanto le faccio notare che nella relazione programmatica della Federazione non compare mai l’espressione “questione infermieristica”. E questo non è un dettaglio da poco.

Come se lo spiega?

La Federazione non vuole fare i conti con la storia perché la questione infermieristica è prevalentemente roba sua, cioè il risultato delle sue manchevolezze.

Insisto professore, esistono comunque delle specificità professionali.

È vero, ma è anche vero che se andiamo oltre le apparenze scopriamo che esiste una sola fondamentale “questione professionale”, perché oggi è il lavoro sotto attacco delle politiche di definanziamento. Sono le prassi tutte a rischio di essere amministrare per ragioni economicistiche, sono le autonomie professionali in pericolo di essere condizionate da un eccesso di proceduralismo.

Quindi, lei dice, sono più le cose che ci accomunano ai medici che non le cose che ci dividono.

Non c'è dubbio. Non date retta a chi vi sta mettendo uno contro l'altro. La coevoluzione è l'unica strada intelligente che si deve percorrere. Certo, abbiamo l'obbligo di tirare fuori un progetto e di ricercare un accordo. Ma non mi sembra un'impresa impossibile.

Lei crede professore che sia possibile unificare le due questioni professionali in un'unica questione?

Non solo lo credo, ma la ritengo la vera strada vincente. Come lei sa ho appena pubblicato un e-book che si intitola "La quarta riforma" nel quale tento di spiegare che, se vogliamo salvare la sanità pubblica da fraintese ed equivocate idee di sostenibilità, è necessario mettere in campo un'altra idea di sostenibilità rispetto alla quale le prassi professionali sono la chiave di volta. Oggi il lavoro inteso in senso ampio è rimasto troppo indietro, al punto da diventare la vera invarianza del sistema e, in quanto tale, la sua vera fondamentale antieconomicità.

In sostanza lei ci dice che per definire un'idea corretta di sostenibilità si dovrebbe affrontare la questione professionale, cioè quella del lavoro e delle prassi?

Quando cambia tutto e le prassi professionali restano invariate il sistema regredisce e diventa sempre più inadeguato. Lei capisce che, a fronte di questi complessi problemi, perdere tempo con la guerra dei bottoni è molto più che ridicolo.

L'INFERMIERE POSSIBILE

Quinta intervista

Professore, grande notizia: FNOMCeO e IPASVI hanno sepolto l'ascia di guerra. Finalmente si sono incontrati i due Comitati Centrali. "Collaborazione, concertazione, complementarietà delle professionalità" queste le parole d'ordine dell'incontro. Alla fine, la promessa di rivedersi presto per istituire un "tavolo di posizionamento" al fine di definire proposte concrete da portare ai rispettivi Consigli Nazionali. Ha vinto la linea della coevoluzione?

Calma. Che sia una bella notizia non c'è alcun dubbio, che di fatto siamo nella logica della coevoluzione anche. Se il tentativo, alla fine, è quello di trovare un accordo per migliorare le condizioni di entrambe le professioni è implicitamente coevolutivo. Quello che effettivamente sarà vedremo.

La vedo molto prudente...

Mah, la relazione programmatica 2017 dell'Ipasvi è incentrata su *skill mix change* e *task shifting* e, quindi, sull'applicazione del comma 566 che, ricordo, ancora prevede in modo vincolante la concertazione senza la quale l'Ipasvi è all'angolo e senza la quale dubito che il Governo si comprometta in qualche modo. L'Ipasvi, suppongo, proporrà di concordare una certa applicazione del comma 566. Come risponderà la FNOMCeO?

Beh, professore fino ad ora è stata contro.

Si però, a parte la difesa strenua dello status quo, la FNOMCeO non ha una linea sulla quale trovare una mediazione su un altro terreno. Per cui non è chiaro il terreno della mediazione. Quello plausibile potrebbe essere la classica "mollichella". In questo caso però sarebbe improprio parlare di coevoluzione.

Ma lei cosa si augura?

Mi auguro che FNOMCeO e Ipasvi scelgano di comune accordo la strada del cambiamento congiunto, cioè una vera coevoluzione. Per fare questo ci vuole un pensiero che ancora non vedo, ma che spero salti fuori. Ciò detto approlo all'iniziativa delle due presidenti. È un bel passo avanti.

Cosa l'ha colpita di più di quell'incontro che, a questo punto, possiamo definire storico?

L'uso ricorrente dell'espressione "onestà intellettuale". Mi sono chiesto perché?

E che risposta si è dato?

Che questa volta, se si vuole fare un accordo, giustamente, si devono scoprire le carte. Il punto è che le carte sono già scoperte perché sono note. La relazione programmatica 2017 è un documento pubblico, come lo è il documento sulla "evoluzione delle competenze infermieristiche". Come è pubblico il documento conclusivo della FNOMCeO della terza Conferenza sulla professione.

Quindi non c'è niente di misterioso.

Esatto. Onestà intellettuale vorrebbe che la FNOMCeO dicesse chiaramente cosa pensa delle proposte contenute nella relazione programmatica 2017 e nello stesso modo l'Ipasvi cosa pensa del documento della terza Conferenza sulla professione. Una volta mappate divergenze e convergenze si tratta di vedere come andare avanti. Ma temo che su questo piano ancora non ci siamo. L'onestà intellettuale può aspettare.

Se lei è d'accordo, specialmente dopo l'incontro FNOMCeO e IPASVI, tornerei a parlare di proposte quindi della proposta del Collegio di Pisa: qual è il primo requisito che rende credibile una proposta innovativa?

La coerenza. Una proposta per essere credibile non deve avere contraddizioni. Se l'infermiere è un infermiere allora non può essere un "non infermiere", se è un "non infermiere" allora bisogna rimuovere tutto quanto nella realtà lo rende tale. La stessa cosa vale per il medico. Il ragionamento di base è quello classico "se x allora y". Se l'infermiere è un operatore intellettualmente autonomo come dice la Legge, allora dobbiamo ripensare l'organizzazione del lavoro. Ma se si ripensa l'organizzazione del lavoro allora è necessario ridefinire la forma storica di cooperazione tra professioni, quindi il modo di lavorare e perfino la forma giuridica della responsabilità, la formazione ecc., ma se tutto questo ha un senso, bisogna ricercare con i medici una coevoluzione. Per risolvere la "questione professionale" non si

tratta di tirare fuori il coniglio dal cilindro, ma di sostituire un sistema concettuale con un altro sistema concettuale. Questo è il difficile. La vostra Federazione ha mostrato di non esserne capace. Ma anche i medici sono nelle peste.

Probabilmente professore noi infermieri ci siamo illusi che sarebbe bastato definire il profilo, o definire le competenze avanzate, o abolire il mansionario, per cambiare la professione.

Magari fosse così semplice. Per cambiare una qualsiasi professione, mi dispiace per Archimede, ma la famosa leva per sollevare il mondo non basta. Se la ricorda la canzone: “*per fare un tavolo ci vuole il legno, per fare il legno ci vuole l'albero, per fare l'albero ci vuole il seme, per fare il seme ci vuole il frutto, per fare il frutto ci vuole un fiore.*” Si chiamano ragionamenti concatenati o sillogismi. È con questi sillogismi che si sostituiscono sistemi concettuali con altri sistemi concettuali.

Lei ci sta dicendo che noi infermieri non siamo riusciti a fare come la canzone?

Sa quale è la responsabilità storica più grande della Federazione? Di non essere riuscita a sviluppare un sillogismo decente sulla professione. Ogni tanto prova a tirare fuori il coniglio dal cilindro, oggi il comma 566 diventa *skill mix change* e quindi *task shifting*, si alza un gran polverone, ma poi tutto resta fermo. Sa quale è invece il merito storico più grande del Collegio di Pisa? È di essere riusciti a mettere in pista un sillogismo credibile, che sta in piedi, coerente per l'appunto. Ma si consoli i medici non hanno problemi diversi, anche loro sono chiamati a definire un nuovo sillogismo professionale e, fino ad ora, niente di serio è stato proposto.

Lei professore insegna anche logica e filosofia della scienza, qual è la logica alla quale ci si deve ispirare per reinventare una professione? O i rapporti tra professioni?

La logica è quella dei mondi possibili. Gliela spiego in parole povere. La sua Federazione ci vuole far credere che al massimo può esistere solo un tipo di infermiere, cioè quello descritto nel suo insipido Codice deontologico o nella relazione programmatica 2017, ma è palesemente un inganno.

Professore basta guardare in Europa, e non solo, per capire che l'infermiere che abbiamo nel nostro Paese è solo uno dei molteplici infermieri possibili e certamente non quello che ci servirebbe.

Giusto. Vi è quindi un infermiere possibile, perfino prefigurato dalla normativa, che però la Federazione non sa costruire. Il Collegio di Pisa ci propone un infermiere possibile per superare l'infermiere che c'è e, passo dopo passo, come la canzone, tira fuori le soluzioni che servono, fino a dispiegare un progetto organico di professione. Poi ovviamente c'è tutto il resto. Cioè c'è la Federazione e la sua relazione programmatica. Ma non è colpa di Galileo se il santo uffizio è pieno di idioti. Lo stesso ragionamento vale per il medico, quello che c'è non è l'unico medico possibile. È un tipo di medico reale tra diversi tipi di medici possibili.

Al convegno di Pisa alcuni hanno sottolineato che il Codice deontologico proposto contiene molte parole nuove, qualcuno ha perfino proposto di scrivere un glossario.

Per dire cose nuove devi usare, se necessario, parole nuove. Mi auguro che tanto la FNOMCeO che l'Ipasvi ricorrano a parole nuove, perché nuove sono le realtà che dobbiamo definire. Nello specifico la proposta del Collegio di Pisa è piena di *concetti nuovi*, alcuni dei quali sono espressi con parole nuove. Ad esempio *coevoluzione*, *proscrittività* (di cui abbiamo parlato nelle interviste precedenti) e *compossibilità*. Pensi che nella proposta di Codice del Collegio di Pisa al concetto di *compossibilità* viene dedicato addirittura un intero capitolo.

Ce lo vuole illustrare per farci capire di che si tratta?

Il significato generale di *compossibilità* è quando qualcosa può realizzarsi insieme ad altre cose, anch'esse possibili. Per esempio è possibile che il ruolo di un infermiere e il ruolo di un medico siano entrambi autonomi e che essi possano coesistere senza problemi. L'intera idea di *coevoluzione* di cui abbiamo parlato nella precedente intervista si poggia sul concetto di *compossibilità*. Per avere *compossibilità* tra ruoli non devono esistere contraddizioni.

Quindi lei dice che un certo infermiere può essere compossibile con un certo medico se tra loro non ci sono contraddizioni.

Sì proprio così. Se ce ne sono bisogna rimuoverle. Le competenze avanzate fanno il ragionamento contrario: per avere un certo infermiere bisogna togliere qualcosa al medico, se ci sono contraddizioni pazienza. Le contraddizioni sono il prezzo da pagare. Non credo che su questo terreno si possano fare accordi con i medici. Ma, per l'appunto, tutto è possibile.

Ho notato che nel capitolo del Codice del Collegio di Pisa dedicato alla compossibilità questo concetto è abbinato a quello di adeguatezza, perché?

Per compossibilità il Codice del Collegio di Pisa intende sostanzialmente tre cose:

- un rapporto senza contraddizioni tra il Codice deontologico e la realtà di lavoro in cui opera l'infermiere;
- un principio per garantire il comportamento professionale atteso dell'infermiere;
- un principio di coesistenza tra professioni.

E che c'entra l'adeguatezza?

Tutte e tre queste cose hanno in comune il valore dell'adeguatezza:

- il Codice deve essere *adeguato* alla realtà;
- il comportamento atteso per definizione è tale se è *adeguato* al malato;
- la coesistenza tra professioni si fonda sulla chiarezza dei ruoli, quindi sulla *adeguatezza* dei ruoli alle professioni.

L'adeguatezza di una professione, sia essa infermieristica o medica, in sostanza è funzione di compossibilità. Il Codice, il comportamento atteso, la coesistenza tra professioni sono *adeguati* se tra loro sono compossibili. Essere *adeguati* quindi vuol dire non avere contraddizioni. Un comportamento atteso è *adeguato* se non ha contraddizioni.

In pratica professore lei ci sta dicendo che il principio di compostibilità è la base della cooperazione tra diverse professioni e quindi la base di ogni possibile coevoluzione.

È proprio così. A FNOMCeO e a Ipasvi suggerisco di annotarsi questa parola.

Ripeto, i rapporti tra diverse professioni sono compostibili se tra i ruoli non esistono contraddizioni. Nel caso in cui esistessero contraddizioni l'infermiere si deve adoperare per rimuoverle ricercando, consensualmente con le altre professioni, le soluzioni cooperative più adatte. Questa è la coevoluzione. Metteteci vicino il discorso della proscrittività e vi siete creati le condizioni per cambiare qualsiasi organizzazione del lavoro. *“Tutto quello che non è vietato è permesso”*, ma a condizione di essere adeguati e compostibili. Spero che il tavolo di confronto FNOMCeO/Ipasvi rifletta su questa proposta.

Questo professore mi par di capire cambia completamente il tipo di approccio ai problemi, o sbaglio?

No, non sbaglia. A monte della scelta che abbiamo fatto a Pisa c'è una decisione politica che riguarda proprio l'idea di compostibilità che pochi hanno compreso. Il Collegio di Pisa ha rifiutato la linea dell'aggiornamento del vecchio modello di Codice, perché ha rifiutato la linea dell'adattamento dell'infermiere alla realtà. La Federazione invece ha reiterato la linea dell'aggiornamento e quindi quella di adattare l'infermiere alla realtà.

La Federazione segue la linea della compatibilità, il Collegio di Pisa segue quella della compostibilità.

Quali sono le differenze?

Nel primo caso la deontologia dell'infermiere si deve adattare alla realtà che cambia (se vi sono disservizi l'infermiere deve adattarsi, se vi sono problemi finanziari l'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative e a garantire l'uso ottimale delle risorse disponibili, ecc.). Nel secondo caso la deontologia dell'infermiere deve rimuovere le contraddizioni che esistono tra infermiere reale e infermiere possibile, quindi entriamo nella logica della riorganizzazione (se si ha una relazione di ausiliarità con il medico e questa

impedisce all'infermiere di dare luogo al suo comportamento atteso allora bisogna cambiare la forma di cooperazione tra professioni).

Ma lei ci sta parlando della famosa appropriatezza che tanto fa disperare i medici?

L'adeguatezza è altra cosa dall'appropriatezza. Il dovere di essere adeguati è un obbligo morale, quello di fare cose appropriate è una necessità tecnica. Il dovere di essere adeguati riguarda l'impegno dell'infermiere e del medico, quello di essere appropriati riguarda il compito che l'infermiere e il medico devono eseguire. Nella realtà succede continuamente che l'infermiere e il medico sono appropriati tecnicamente, ma inadeguati come professionisti.

Quindi essere adeguato non vuol dire solo avere dei requisiti, ma garantire in ogni caso il comportamento atteso?

Esatto. Insomma se c'è qualcosa che impedisce all'infermiere o al medico di essere adeguati si interviene su questo qualcosa, ma in nessun caso si chiede all'infermiere o al medico di adattarsi e essere meno adeguati, perché ciò causerebbe un danno al malato e questo non può essere deontologicamente permesso. Il famoso art. 49 fa il ragionamento contrario, se qualcosa impedisce all'infermiere di essere adeguato l'infermiere si deve adattare e poco importa se ci saranno conseguenze per il malato. Ma qualcosa di analogo esiste anche nel Codice deontologico dei medici.

Nel codice del Collegio di Pisa vi è un'altra idea nuova, che però ho l'impressione che non sia stata capita a fondo, ed è l'assumere il malato non solo come un ovvio principio etico, ma anche come un principio ordinatore. Cioè partendo da una certa idea di malato si tratta di adeguare la professione e tutto quanto concorre a garantire il suo comportamento atteso.

Il malato, dal Codice del Collegio di Pisa, è assunto come un principio di complessità. Quindi prima ancora di essere considerato un valore etico è considerato un valore epistemologico, con tutte le conseguenze. Il malato come principio di complessità è quindi assunto semplicemente come una premessa rispetto alla quale, per essere adeguati, si deve essere coerenti.

Cosa vuol dire assumere il malato come principio di complessità?

Se il malato è complesso allora la professione deve essere in un certo modo, l'organizzazione del lavoro in un certo modo, i rapporti con le altre professioni in un certo modo. Non si può dire che il malato è complesso e organizzare il lavoro in modo tayloristico, o restare dentro rapporti di ausiliarità. Se il malato è complesso non è logico parlare di competenze avanzate, ma è più logico parlare di coevoluzione, di riorganizzazione, di possibilità. Quindi l'altra novità che il Codice del Collegio di Pisa introduce è il malato inteso come *un ordinatore di condotte e di prassi professionali*.

Ho letto nel Codice del Collegio di Pisa che per un infermiere conoscere la complessità di un malato è un dovere.

Lo scopo di questo articolo è sottolineare che la conoscenza della complessità impone che si abbiano delle relazioni di conoscenza. Senza relazione con il malato non si può conoscere la sua complessità. E se non si conosce la complessità del malato il comportamento atteso di qualunque professione non può essere adeguato. Il malato oggi non è più riducibile ad “*assistito*”, oggi egli è un “*malato in cura*”. Per questo malato la medicina e la sanità sono mezzi dei quali si avvale per la cura di sé. L'infermiere e il medico devono supportare il malato che si prende cura di sé. Si deve quindi parlare di “*malato in cura*” e di “*relazione di cura*” andando oltre il tradizionale assistenzialismo.

Veniamo quindi alla cura professore. Anche su questo terreno il Codice del Collegio di Pisa è innovativo.

La cura in generale non è riducibile ad un atto, ad un compito, o ad una mansione, ma è *l'opera professionale*. Cioè una visione complessiva del lavoro infermieristico che va oltre una visione frammentata, quindi oltre le competenze e le mansioni. L'opera professionale coincide con l'agire e il fare professionale quali espressioni di un ruolo e di una prassi attesa. (Vorrei ricordare di passaggio la celebre distinzione aristotelica tra “*agire*”, cioè dare senso a quello che si fa, e “*fare*”, limitarsi ad eseguire un compito).

Quindi professore l'opera professionale rispetto ad un malato collocato in un contesto di servizio è da considerarsi come professionalità agita nel suo complesso.

Bravissima! Bella questa espressione di “*professionalità agita*”. Ad un certo ruolo corrisponde una certa opera professionale. L'opera professionale è composta da *compiti tecnici* relativi alle conoscenze tecniche dell'infermiere e da *impegni personali* dell'infermiere cioè dalle sue sensibilità, abilità, capacità relazionali. Essa va considerata il vero risultato della prassi di cura. Come tale va valutata, verificata, misurata. La tutela è invece l'insieme delle cure, quindi delle opere delle varie professioni. Se il servizio è un sistema di prassi professionali la tutela è il risultato dell'integrazione di queste prassi, che sono per ciascuna professione da intendersi come opere di cura.

Lei ha detto che l'opera professionale è fatta da compiti tecnici e da impegni personali. I compiti li conosciamo, ma cosa sono gli impegni?

L'impegno professionale sia per l'infermiere che per il medico è il rapporto che si stabilisce tra la professione e il modo di agirla. Per spiegarle in poche parole cosa vuol dire vorrei richiamarmi al nome della sua rivista “*Infermieristicamente*”. Immagino lei sappia che si tratta di un *avverbio derivato* che si forma aggiungendo all'aggettivo “*infermieristico*” il suffisso “*mente*”, che a sua volta deriva dal latino *mente* “*mente, spirito, intelligenza*”. Perciò *infermieristico + mente* vuol dire fondamentalmente “*fare l'infermiere usando la testa*”. Nel momento in cui l'infermiere usa la testa, cioè nel momento in cui viene definita l'attitudine intellettuale della professione, subentra il problema del *modo* con cui egli usa la testa, cioè con cui egli esercita questa attitudine. Se è così, allora dobbiamo ammettere che il modo di usare la testa da parte dell'infermiere diventa costitutivo della professione.

Ma in termini pratici questo cosa vuol dire?

Che a fronte della complessità del malato di cui parlavamo prima non è possibile limitarsi, come fa la Federazione, a definire compiti e competenze, perché la loro definizione per essere reale non può essere fatta senza definire i modi professionali. I modi di fare degli infermieri, ma anche dei medici, non sono uguali, perché diverse sono le loro attitudini intellettuali, ma anche perché diversi sono i malati e le loro complessità.

E questo cosa vuol dire in termini pratici?

Ne deriva che, a parità di requisiti professionali, i modi di essere infermieri o medici possono variare in modo considerevole. Per tutte queste ragioni i modi non possono essere descritti come i compiti e non sono facilmente codificabili, per cui l'unico modo che abbiamo per definirli è fare un salto concettuale, cioè passare dalla competenza all'impegno. L'impegno è rispetto ad un certo malato e a un certo infermiere e a un certo medico una competenza esercitata in un certo modo. Questo modo non si può definire ex ante come un compito, ma solo ex post come un risultato.

In sintesi lei ci propone di definire gli infermieri ovviamente sulla base delle competenze, ma anche sulla base degli impegni.

In sintesi, l'impegno professionale sia per gli infermieri che per i medici è l'obbligo assunto nei riguardi di altri di garantire dei comportamenti attesi, intendendo per comportamenti attesi quelli adeguati alla complessità del malato, del contesto di lavoro, ecc. L'impegno professionale è sempre una obbligazione che implica certe competenze svolte sulla base di certe modalità.

Sulla competenza dovremmo professore fare un approfondimento. Ho notato che lei non la considera mai una soluzione, ma sempre un problema.

Ha ragione merita un approfondimento che potremmo però fare in una prossima occasione. Ora mi limito a dire la competenza è una nozione povera che non dà conto né della complessità del malato, né delle attitudini intellettuali dell'infermiere e del medico, né delle condizioni di lavoro in cui costoro operano. Intanto a fronte dei miei dubbi, la Federazione nella sua relazione programmatica ci fa sapere che intende istituire un "osservatorio competenze e responsabilità".

Ma alcuni professore abbinano il concetto di competenze a quello di skill, cioè le competenze non sarebbero solo meramente compiti.

Skill come lei sa vuol dire "abilità", cioè la capacità di fare bene qualcosa. In particolare una abilità non innata ma acquisita o appresa, quindi in qualche modo legata all'esperienza o all'esercizio della professione o alla pratica, cioè allo svolgimento dei compiti.

Ma anche questo concetto, pur importante, se non integrato con quello di modalità finisce per riproporre una idea banale di competenza esperta. Il concetto di *skill* non è riducibile ad una abilità esecutiva, per essere compreso a pieno va esteso ad una abilità ragionativa quindi intellettuale.

Abilità in che? A fare? O ad agire?

Se è a fare l'abilità è esecutiva, se ad agire l'abilità è intellettuale. Ma se è intellettuale, anche essa ripropone il problema del modo di usare la testa. Definire solo competenze, lo dico sia all'Ipasvi che alla FNOMCeO, significa darsi la zappa sui piedi, perché significa definire gli infermieri e i medici come dei robot programmati. Se l'infermiere e il medico sono soggetti intellettualmente autonomi vanno definiti per impegni, perché ciò facendo riconosci loro che hanno una testa pensante. Se non si fa questo passaggio parlare di *skill* ha poco senso e parlare di *skill mix change* ancora meno.

Professore nel momento in cui mi propone di passare dalle competenze agli impegni non posso non pensare alla relazione programmatica che, come ci ha detto nella precedente intervista, di fatto rilancia il comma 566 che è tutto e solo incentrato sulle competenze.

Secondo me il nuovo tavolo di confronto tra FNOMCeO e Ipasvi non dovrebbe cercare l'accordo mediando sui bottoni da distribuire, ma dovrebbe definire l'impegno professionale atteso degli infermieri e dei medici dentro organizzazioni del lavoro più adatte ad esprimerli. L'accordo con i medici, a meno di supporre una FNOMCeO arrendevole, non si fa sul terreno delle competenze ma su quello degli impegni, sulla riorganizzazione del lavoro, sulla coevolutività dei ruoli. Ma allo stato attuale delle cose non vi sono segni che ci facciano ben sperare. Ricordo però che il confronto è solo all'inizio.

Leggendo il Codice di Pisa dall'impegno si passa all'autore, un suo vecchio cavallo di battaglia...

Dal *compito* deriva il *compitiere*, colui che garantisce l'esecuzione dei compiti.

Dall'*impegno* deriva l'*autore*, colui che garantisce degli impegni, quindi dei comportamenti attesi, cioè delle opere professionali. Cioè detto in parole

povere: se si ragiona per compiti si avrà un certo tipo di infermiere e di medico, se si ragiona per impegni si avrà un altro tipo di infermiere e di medico.

Nella precedente intervista lei ha sostenuto la tesi che è vero che esiste una “questione medica” e una “questione infermieristica”, ma che in realtà la questione professionale è una ed è quella che riguarda il lavoro. Come si rapporta questa tesi al problema dei compiti e degli impegni?

Oggi siamo tutti compitieri. Medici, infermieri e altri ed in quanto tali abbiamo tutti gli stessi problemi. Per una ragione o per un'altra la società, i problemi economici del sistema, i cambiamenti del malato, ci chiedono impegno nel curare meglio, nelle relazioni, nella conoscenza, nello spendere i soldi pubblici, cioè ci chiedono di diventare degli autori. Ci chiedono di cambiare la forma del contratto, cioè passare dallo scambio compiti/retribuzione allo scambio impegno/retribuzione.

Ma come è possibile retribuire l'impegno?

Semplice. Si tratta di definire una doppia concezione retributiva:

- la *retribuzione* che si prende tutti i mesi per pagare le competenze prestate;
- l'*attribuzione* che si prende ad esempio ogni 6 mesi per pagare i risultati misurabili ex post, cioè l'impegno.

Ricordo che il termine autore, per capirlo, va scomposto: *auto* nel senso di *auto*-nomia e *re* nel senso di *re*-sponsabilità. L'idea che ho spiegato già molte volte è semplice: dammi più autonomia e io ti darò più responsabilità accettando di farmi verificare sui risultati e quindi pagando il tuo lavoro con la retribuzione e con l'attribuzione.

Confesso di non aver mai pensato alle ricadute salariali.

Non solo lei. Questo aspetto è sempre ignorato. Ma vale la pena ricordare che il compitiere, a conti fatti, prende meno soldi dell'autore perché il valore di mercato di quello che fa è più basso. La competenza vale meno dell'impegno perché in questo ultimo c'è un valore aggiunto in più. La differenza è come tra una sedia fatta in serie e una sedia fatta a mano. Cioè, detto fuori

dai denti signori medici e infermieri datevi una svegliata, nel tempo del de-finanziamento conviene essere autori e non restare dei compitieri. Gli autori sono molto, ma molto più sostenibili dei compitieri.

Gli autori sono più sostenibili, ma solo perché producono meno diseconomie di un compitiere. Ho capito bene?

Producono più utilità e meno diseconomie. Nel libro “la quarta riforma” la mia proposta di riformare il lavoro è per raggiungere uno scopo di sostenibilità. Si tratta di avere un lavoro che, attraverso l’impegno, produca più utilità riducendo i costi. È questo che rende più sostenibile il sistema e quindi che permette a chi lavora di guadagnare di più.

Quindi professore converrebbe a tutti, cittadini in primis, che gli operatori della Sanità si ridefiniscano come autori, tanto i medici che gli infermieri.

Se io potessi il primo accordo che come Federazione degli infermieri proporrei alla Federazione dei medici è quello di ridefinirci tutti autori. Dopodiché tutto sarebbe più semplice: ridefinire i ruoli, i comportamenti attesi, le autonomie, le organizzazioni del lavoro, l’integrazione, il lavoro di équipe. Medici e infermieri autori che, nel rispetto dei loro ruoli, agiscono per impegni. Sarebbe bellissimo.

La prospettiva è a dir poco affascinante ma mi fermerei qui.

OLTRE LE COMPETENZE

Sesta intervista

Professor Cavicchi, nella precedente intervista ci siamo riproposti di approfondire il tema delle competenze. Le propongo di farlo a partire da un documento importante approvato dalla Federazione e definito “Evoluzione delle competenze infermieristiche”. Che ci dice al riguardo?

Il documento sulla evoluzione delle competenze e quindi la relazione programmatica 2017 non sono che variabili di uno stesso tema: il comma 566. La mia prima obiezione al documento è la seguente: la “*questione infermieristica*” non è riducibile ad un problema di competenze, il che vuol dire che anche ipotizzando nuove competenze la “*questione infermieristica*” sussisterebbe. Siccome la questione infermieristica è innegabile mi chiedo: se le competenze non la risolvono perché insistere con le competenze? Il perché secondo me è extra razionale.

Extra razionale lei dice, in che senso?

Freud la chiamava “*coazione a ripetere*”. È impressionante come nel documento sulle competenze avanzate si rifà lo stesso cammino fatto negli anni '90, con le stesse logiche e gli stessi approcci. Si riproduce quindi *mutatis mutandis* un problema storico di inconseguenza normativa senza mai risolverlo.

Altre obiezioni?

L'altra obiezione è ancora una volta strategica ed è la seguente: nonostante l'evidente fallimento di una strategia appiattita sulla conquista della norma e che parte dalla Legge 42/'99 per arrivare al comma 566 questa strategia si riproduce *sic et simpliciter* senza mai risolvere il problema della sua attuazione. Il problema, grosso come una casa, si chiama *enforcement*.

È una parola che non conosco. Che vuol dire?

È il grande problema dell'attuazione, dell'esecuzione, dell'adempimento della norma. Quello che gli inglesi chiamano *law enforcement*. È inutile conquistare delle norme se poi non sei capace di applicarle.

Ma su quali basi si poggia il documento sulle competenze della Federazione?

Sono alcune fonti legislative. Quelle principali sono il comma 566, il Patto per la salute e la bozza di accordo tra il Governo e le Regioni sulle competenze avanzate. Sono tutte fonti che non hanno mai visto la luce. Ciò che invece non viene richiamato è la L. 42/'99, cioè la riforma della professione, ormai considerata un imbarazzante equivoco di un passato ormai lontano. Praticamente un brutto sogno. Insomma il principale riferimento di legge della proposta di evoluzione delle competenze è il comma 566.

Evoluzione delle competenze infermieristiche, ma in cosa consiste l'operazione di fondo?

In una frammentazione del profilo. In pratica si tratta di una riforma della riforma, perché quello che si viene a modificare è la norma storica sul profilo professionale.

Ma perché arrivare ad una "riforma della riforma"?

Per rispondere bisogna ripartire dall'ultimo Congresso Ipasvi (marzo 2015) e ricostruire la discussione sul comma 566. Nella mozione finale di quel Congresso non si parla di spacchettare il profilo, ma genericamente di "sviluppo del ruolo" dell'infermiere specialista e di riconoscimento per gli infermieri delle "funzioni specialistiche". Per riconoscere delle specializzazioni non serve spacchettare il profilo (L. 43/2006). Cioè il profilo resta unico pur differenziandosi per "funzioni specialistiche". L'operazione che si tenta di fare è il contrario, tante funzioni specialistiche tanti profili. Profilo e funzione coincidono.

Questo vuol dire che l'idea di spacchettare profilo dell'infermiere è successiva. Come mai?

È accaduto che il comma 566, a cui la mozione congressuale del 2015 si ispirava, è finito praticamente su un binario morto e l'intera strategia costruita su di esso è crollata. Il che fa pensare che l'essenza della proposta non sia altro che la riproposizione, sotto mentite spoglie, del comma 566.

La Federazione propone essenzialmente un comma 566 bis a logiche e postulati invariati. Questa volta però per ogni competenza si prevede un profilo.

Ma qual è il ragionamento?

Il trucco è semplice: diversificare le competenze o mansioni e siccome lo spazio professionale del vecchio profilo è angusto estenderle il più possibile, cioè conquistare altro spazio prendendolo verso l'alto, dai medici in forma di specializzazioni. Il risultato di questa operazione è spacchettare il profilo prevedendo quattro tipi di infermieri diversi (infermiere generalista, con perfezionamento clinico, esperto clinico con master, specialista clinico con laurea magistrale). A questa linea clinica si deve aggiungere quella gestionale anche essa strutturata per mansioni o competenze (Infermiere con perfezionamento gestionale, coordinatore con master, dirigente con laurea magistrale) il profilo spacchettato è articolato gerarchicamente e funzionalmente per livelli (da “a” a “d”). In questo modo la competenza, quindi la mansione, stabilisce le differenze tra i diversi tipi di infermiere. Questa proposta catapultava l'infermiere indietro almeno di un secolo.

Di un secolo? Che vuole dire?

All'inizio del '900 non esisteva quello che oggi si definirebbe “profilo”, per cui la professione infermieristica era in realtà un insieme di mansioni differenziate ciascuna delle quali ad autonomia zero. Il primo accordo della sanità del 1947 era fatto sulla base di “parametri” non di “profili” (la qualifica funzionale verrà 27 anni più tardi), in ragione dei quali si distinguevano l'infermiere di prima, di seconda, di terza, ecc. In pratica la parametrizzazione funzionava così:

- si scomponeva una professione in mansioni o “competenze”;
- si correlavano tali mansioni e/o competenze con dei punteggi (parametri);
- si stabiliva per ogni punteggio un valore salariale.

È la stessa cosa che propone la Federazione, ma un secolo dopo per tornare a un secolo prima?

Proprio così. Con la proposta della Federazione si ritorna in pratica all'infermiere di prima, di seconda, di terza, ecc. Questo sistema funzionava solo perché le organizzazioni del lavoro un secolo fa erano super tayloristiche, cioè la scomposizione del lavoro permetteva la scomposizione della professione. Ma oggi se davvero volessimo ragionare di integrazione, di continuità terapeutica, di multidisciplinarietà, di team work, di dipartimenti, di infermiere domiciliare, di ospedale di comunità, di alta intensità di cura, ecc. frammentare un profilo in mansioni o competenze sarebbe semplicemente un non senso. Frammentazione e integrazione non possono andare d'accordo.

Ma scusi professore, ma che fine fa il valore dell'autonomia di cui ci ha parlato in una precedente intervista con lo spacchettamento del profilo?

Se l'autonomia e il carattere intellettuale della professione sono giustificati dalla presa in carico del processo e dall'unitarietà del profilo, frammentando il processo in mansioni e/o competenze e spacchettando il profilo si perde autonomia e intellettualità. O almeno l'autonomia dell'infermiere si restringe alla mansione diventando puramente esecutiva.

Quindi si tornerebbe al mansionario?

Come del resto è sempre stato. Non è vero che l'infermiere prima della L. 42/'99 non ha mai avuto autonomia. La sua autonomia certamente non era rispetto al processo che ricadeva sotto la potestà del medico, ma era in modo esecutivo rispetto alla mansione. Insomma, per farla corta, autonomia e carattere intellettuale della professione sono antitetici alla mansione o alla competenza che dir si voglia.

Considero la proposta dello spacchettamento del profilo disperatamente demodé e autolesionista.

Ma professore, in questo modo che fine fa il progetto degli anni '90 di riformare un'intera professione?

Con la proposta dello spacchettamento del profilo il progetto di riforma è come accantonato. Lei dice una "intera professione", in realtà l'idea della

Federazione sembra essere quella di privilegiare una parte della professione (lo stesso identico limite del comma 566), cioè gli eletti, quelli che accedono alle competenze avanzate o funzioni specialistiche. Quasi a voler dire, siccome non tutti gli infermieri possono andare in paradiso solo quelli speciali ci possono andare. La mia impressione è di una sorta di malcelata sopportazione per la massa degli infermieri *basic* o *generalisti* che dir si voglia e un amore morboso per l'élite, cioè per i super infermieri, i *cyber nurser*. Se prima l'unità del profilo non era in nessun modo in contraddizione, con le specializzazioni, tornando alla mansione e/o competenza estesa, ne mettono in dubbio l'integrità superando, cioè negando di fatto, la L. 42/'99. Cioè ammazzando l'unità preziosa del profilo.

Quindi il conflitto con i medici con questo documento si sposta sul piano della specializzazione?

Proprio così. Per fare più profili bisogna avere più spazio professionale, quindi si tratta di togliere competenze ai medici, di specializzare alcuni infermieri come se fossero, almeno sul piano delle tecniche, quasi medici. Il resto resta nella merda.

Ma professore il documento della Federazione propone le sue proposte quasi fossero delle scelte obbligate, cioè come se non vi fossero altre strade percorribili.

Pura malafede. Di strade ve ne sono altre. Il Collegio di Pisa è una di queste. Non si dimentichi i mondi possibili di cui le ho parlato in una precedente intervista. Questa malafede poi si tocca quasi con mano nelle sue argomentazioni tutte confutabili e nessuna, sottolineo nessuna, priva di aporie. Ma la malafede si vede soprattutto in una definizione, quella del concetto di *competenza* e in una distinzione, quella tra *competenza esperta* e *competenza avanzata*. Roba da non credere.

A cosa si riferisce?

Nel primo caso dopo arzigogolate giravolte tra competenza, capacità, conoscenza, abilità questa è la definizione che ci viene rifilata: *“per competenza intendiamo una caratteristica intrinseca individuale, causalmente collegata*

a una performance efficace e/o superiore in una mansione o in una situazione e valutabile sulla base di un criterio stabilito". Mi si spieghi cosa vuol dire in pratica?

Ecco la risposta: *"una persona può essere riconosciuta come competente non solo se è capace di compiere con successo un'azione ma anche se è capace di comprendere perché e come si agisce... di agire con autonomia... di reinvestire le proprie competenze in un altro contesto"*.

Non c'è bisogno di commento. Si tratta di una argomentazione semplicemente inconsistente.

E sulla distinzione tra competenza esperta e competenza avanzata che ci dice?

Con questa distinzione si sancisce una dicotomia incomprensibile, oltreché inutilmente dannosa tra *professionisti esperti* e *professionisti competenti*:

- i primi *"di fronte a una situazione da affrontare, dimostrano buona capacità di inquadramento della stessa"*;
- i secondi *"sono soggetti già esperti che affrontano le situazioni non solo utilizzando le proprie esperienze pregresse, ma anche identificando, progettando, negoziando e realizzando, anche in termini multiprofessionali, nuove strategie operative"*.

Questa distinzione tra esperti e competenti è un modo, neanche tanto elegante, di distinguere una massa informe di praticoni da una élite di raffinati intellettuali. Ci si arrampica sugli specchi per giustificare una élite.

Anch'io mi permetto di dire che questa distinzione è molto pompata, molto artificiosa.

Se c'è una caratteristica di base in tutte le espressioni professionali, è l'indissolubilità dell'esperienza e della competenza con il dato teorico. E in ogni caso prima di qualsiasi esperienza c'è un percorso di studi di tutto rispetto, nel senso che l'esperienza non può essere data priva di una preparazione teorica adeguata. Non ha quindi alcun senso dire che *"la competenza avanzata è, un'estensione della competenza esperta da cui si distingue per il fatto che, mentre quella esperta si acquisisce in gran parte in modo esperienziale, quella avanzata si acquisisce attraverso un arricchimento del repertorio di saperi attraverso percorsi formativi universitari*. Fuffa, tutta fuffa.

Ma poi professore se penso alla mia esperienza professionale mi pare difficile distinguere l'esperto dal competente

Quello del documento è un modo goffamente strumentale di svalutare l'esperienza nei confronti dell'intellettualità, di gerarchizzare il principio empirico rispetto a quello teorico, ignorando quindi che soprattutto per l'assistenza infermieristica essi sono indissolubili.

Ci dica a cosa specificatamente si riferisce.

Quando leggo che “*ciò che caratterizza particolarmente la competenza avanzata, è la disposizione del soggetto a porsi in una dialettica continua tra generale e particolare... in grado, costantemente, di far riferimento a modelli teorici e a quadri concettuali (il generale) che gli forniscono la struttura mentale per riflettere e orientarsi nell'operatività (il particolare)*” sono come aggredito dall'orticaria e mi viene da chiedere: “ma scusate ma cosa fanno tutti i giorni tutti gli infermieri del mondo?”.

Professore mi tolga una curiosità, come si fa a dire che una competenza è avanzata? Quale è il criterio?

Vuol dire quale è il confine? Secondo me senza definire un *confine* oltre il quale le competenze diventano avanzate non è possibile definire nessuna competenza avanzata. *Avanzate* rispetto a che? Il documento sull'evoluzione delle competenze, e in modo ancor più sfacciato la relazione programmatica 2017, ragiona come se la sanità fosse una prateria sconfinata e senza padroni, cioè come se gli infermieri fossero alla conquista del west, o se preferisce un esempio più attuale, coloni israeliani che si insediano con la forza nel territorio della Cisgiordania, ma la realtà è diversa.

Su questo credo che nessuno potrebbe contraddirla. La prateria è fatta da tanti territori distinti divisi da confini. Ci sono vere e proprie circoscrizioni professionali.

Se la competenza avanzata è un pezzo di terra in più rispetto al territorio tradizionalmente assegnato agli infermieri si tratta di capire se questo pezzo di terra lo rubo, lo compro, lo scambio. lo o condivido o, come mi pare di capire dalla relazione programmatica 2017, lo esproprio.

Ciò detto si tratta di capire con quale modalità gli infermieri acquisiscono altro spazio professionale. L'esperienza del comma 566 ci dice che se provi a rubare la terra degli altri senza il loro consenso ti prendono a fucilate. Allora come fare?

In sintesi professore, ci riassume l'operazione evoluzione delle competenze avanzate.

Il documento fa quello che l'IPASVI ha sempre fatto:

- definisce una norma che prende il posto di un'altra norma ma senza *enforcement*, cioè senza dedurre un piano di attuazione, quindi un progetto per il cambiamento organizzativo;
- cerca di farla passare in Parlamento o non so dove illudendosi di imporla ai medici, i nemici di sempre;
- se la norma resterà come è probabile sulla carta, ne farà un'altra e ancora un'altra e via di questo passo, ma sempre ad *enforcement* zero.

E come la fa questa norma?

Alla solita maniera:

- fa a pezzi un profilo rimangiandosi le sue conquiste;
- definisce una élite per la quale aggiunge studi su studi convinta che ciò basti;
- punta sul pezzo di carta per risolvere tutto, cioè mette le lauree in competizione tra loro.

Ma questa professore rischia di essere una ossessione?

Quando a governare il mondo sono le ossessioni sono dolori e la storia ci dice che le cose più infami che sono accadute all'umanità sono legate tutte a delle ossessioni. Ma si può governare una professione con delle ossessioni?

UN'ANALISI GIURIDICA DELLE PROPOSTE DI CODICE DEONTOLOGICO

Intervista a Luca Benci
A cura di *Andrea Bottega*

Dott. Benci, abbiamo avuto modo di leggere una sua posizione particolarmente critica verso la prima stesura del codice IPASVI 2016. Come mai?

La prima stesura del codice IPASVI 2016 la trovo complessivamente insoddisfacente e incompleta. Alcune parti sono state completamente omesse rispetto al codice vigente. Mi riferisco in particolar modo alle norme antidiscriminazione, alle norme sulla contenzione. Altre parti sono state incomprensibilmente “dimagrite” quando avrebbero dovuto essere ampliate: penso in particolar modo agli articoli sul fine vita che, proprio quando è ripartito il dibattito e c'è in Parlamento una discussione su un disegno di legge che tratta di queste tematiche, si vedono ridotti di numero e di disposizioni.

Anche sul linguaggio ho trovato delle cose che correggerei profondamente: non si utilizza il linguaggio dell'operatività quotidiana e anche questo è un limite secondo me estremamente grave, si usa un linguaggio più da codice etico che da codice deontologico facendo venir meno quella che io definisco una straordinaria previsione della legge 42/99 che in qualche modo attribuisce una forza ad un codice deontologico che non ha mai avuto, cioè la forza di essere una guida nell'esercizio professionale. Lo dimostra la recente sentenza di appello sul “caso Mastrogiovanni” che ha ampiamente citato il codice vigente sulla contenzione. Se passasse la prima stesura non avverrà più un così ampio richiamo.

A proposito di linguaggio, c'è chi sostiene che l'espressione “ideale di servizio” contenuta nella prima stesura potrebbe in qualche modo riproporre dal punto di vista giuridico, quell'intento demansionante che aveva la compensazione nell'articolo 49 dell'attuale codice. Può, secondo Lei, l'ideale di servizio giustificare un'attività demansionante?

Di preciso non saprei dire perché non sapendo esattamente cos'è l'ideale di servizio, anche se ho tentato di capirlo, mi risulta difficile darne un senso

logico. Certo è che se viene citato in senso atecnico, nel senso di “un servizio ideale”, in effetti ci potrebbe anche essere il rischio di far rientrare della finestra ciò che è stato fatto uscire dalla porta. Da questo punto di vista sarebbe un’operazione non chiara insomma. Non credo che i proponenti, diciamo così, si siano posti questo obiettivo. Per me rimane un mistero, e potendo citare Norberto Bobbio, potremmo dire che “in una democrazia è ammesso il segreto e la riservatezza ma mai il mistero” con il rischio che alcune correnti interpretative potrebbero anche andare in quella direzione.

Al punto 33 del nuovo testo IPASVI si parla di “clausola di coscienza” in riferimento all’organizzazione e a una sua opposizione. Questo debole meccanismo di difesa potrebbe essere un’altra finestra da cui l’organizzazione può entrare per imporre un’attività non prettamente assistenziale diretta ma demansionante?

In questo caso direi di no. Premetto che sono contrario a ogni estensione di astensione di attività derivante dalla coscienza, perché la coscienza è assolutamente una situazione ultra-soggettiva su cui è assolutamente impossibile determinare ambiti e limiti. Premesso questo, il doppio richiamo alla clausola di coscienza che la “prima stesura” del codice IPASVI fa questa volta, è un richiamo che da un lato presuppone una richiesta da parte della persona assistita, dall’altro presuppone richieste non condivisibili dell’organizzazione. Quindi, con la clausola di coscienza opposta a eventuali situazioni di carattere organizzativo, diciamo, hanno tentato di controbilanciare il primo aspetto. Trovo, invece, la clausola di coscienza pericolosa per il singolo infermiere, perché, pensare di combattere un’eventuale carenza organizzativa affidandola alla coscienza del singolo è segno che qualche cosa non va, e deve essere ribadito che a fronte di carenze strutturali di organizzazione come le attuali la coscienza del singolo centra poco; però il codice deontologico parla sempre al singolare, e il rischio è di esporre il singolo a chiari pericoli di carattere disciplinare. il singolo professionista non ha alcuna forza di opporsi all’organizzazione tanto più quando l’organizzazione è in forte affanno come lo è in questi anni per i noti tagli che sono stati fatti e l’impoverimento in termini quantitativi del personale in servizio. L’organizzazione da un lato è in estrema difficoltà e forza alcuni aspetti, ivi compresi i provvedimenti disciplinari, per convincere anche oltre le previsioni di

legge, il singolo lavoratore ad adeguarsi a determinati standard. Questo lo trovo pericoloso, soprattutto nel momento in cui la legge Madia impone l'inasprimento delle sanzioni ai procedimenti disciplinari, ma soprattutto non sapendo ambiti e limiti della clausola di coscienza, si entra in un contesto ultra-soggettivo che è la negazione di un codice deontologico.

Quindi mi pare di capire che secondo Lei la prima stesura di codice apre al soggettivismo morale quando dovrebbe delle indicazioni comuni a tutto il gruppo professionale.

Che ci sia un soggettivismo non ci sono dubbi perché quando si parla di concetti indeterminati, tra l'altro presenti, in parte, anche nella versione precedente, la mia impressione è che la "prima stesura" di questo codice deontologico faccia un passo indietro rispetto a due aspetti: primo, il codice attuale a parer mio è migliore della prima stesura del codice nuovo; secondo, fa un passo indietro rispetto ad una serie di argomenti che decide di non affrontare, per motivi che io non conosco. Trovo positivo che la Federazione Ipasvi abbia messo in piedi un processo di ascolto anche se, probabilmente era più logico determinare un processo partecipativo a monte per arrivare a una migliore prima stesura. Il processo d'ascolto su una prima stesura di questo tipo, presuppone un completamento più difficile nel miglioramento, mentre probabilmente la fase di partenza, cioè la prima stesura del codice, doveva essere più ricca, più strutturata e più organica di quanto non lo sia.

Attualmente ci sono due proposte di codice che delineano in modo diverso l'infermiere. Il codice di Pisa in qualche modo parte dalla "questione infermieristica" cioè dalla necessità di rimuovere ciò che ostacola l'infermiere dall'essere tale, mentre la federazione IPASVI punta sull'infermiere che tende all'ideale di servizio. Pensa sia possibile in qualche modo una sintesi e condividere una comune definizione di infermiere?

Guardi questo appartiene moltissimo al dibattito professionale. Mi risulta difficile intervenire in questo aspetto perché è il dibattito deve precedere la costruzione Chi è l'infermiere lo decide la comunità professionale e la strada da percorrere deve essere il frutto di un dibattito collettivo.

Mi sembra che la federazione IPASVI si sia allontanata, diciamo così, dalla definizione dell'infermiere del profilo professionale del '94 per costruirne

una nuova, ecco questo posso notarlo, si è allontanata dal profilo ed è andata su altro. Tuttavia, quello che qui manca mi sembra sia stato il dibattito, cioè la discussione delle esigenze professionali che hanno portato ad individuare l'ideale di servizio. Le ripeto, io ho tentato di individuare un minimo di bibliografia, di articoli a supporto ma, sicuramente per mia incapacità, non ho trovato niente. Quindi non mi sembra che ci sia stato dietro un dibattito e se non c'è stato dietro un dibattito mettendo all'articolo 1 e all'articolo 2 il riferimento all'ideale di servizio, il codice rischia di non fare il suo lavoro, che è un po' quello di fotografare quantomeno una certa realtà. Forse è mancata la partecipazione su questo aspetto e se manca la partecipazione il codice rischia di non essere sentito troppo dalla comunità professionale.

Diversamente il codice di Pisa è tutto costruito sulla realtà professionale, sulla costruzione di chi deve essere l'infermiere, del suo ruolo e così via. È partito da una situazione diametralmente opposta. Trovare un connubio è difficile: mi sembrano due codici totalmente alternativi, quindi trovare una sintesi è complicato. Ma al di là di questo, trovare una sintesi è possibile se c'è dibattito però. Io, prima di intervenire con un articolo ho aspettato un po' di tempo per capire quale dibattito si sviluppava all'interno del mondo professionale. Anche qui, forse per mia incapacità, non ho trovato traccia di dibattito e quindi sono intervenuto cercando di portare il mio contributo o quanto meno il mio contributo ragionato su determinati aspetti. Ecco, se però non c'è un dibattito all'interno sulla deontologia, trovare una sintesi diventa poi quasi impossibile perché vuol dire che sono due situazioni parallele che non si incontrano. Forse è il mondo professionale che in qualche modo deve interrogarsi su chi è, e poi su come mettere la sua definizione all'interno delle norme deontologiche. Però, Le ripeto, ci vuole una grande partecipazione, non è una situazione da piccolo gruppo ristretto di nominati.

Quindi mi sembra di capire che Lei punti molto sul dibattito nella formulazione di un codice deontologico e ne rileva la mancanza all'interno del gruppo professionale. Perché stenta a partire secondo Lei questo dibattito? Un problema di linguaggio o di sensibilità verso i temi etici?

Questo non saprei dirlo; certo è che di queste tematiche, ma questa è una cosa che io avevo notato anche ai tempi del caso Englaro, se ne discute più sui giornali che nel mondo professionale. Inoltre c'è un'ignoranza diffusa

nel mondo professionale su tali temi. Si pensi alla confusione che si fa tra la sospensione delle cure e l'eutanasia. C'è una confusione nel mondo professionale su tutta una serie di concetti che sono in qualche modo le parole d'ordine in campo deontologico: il consenso informato, il consenso informato per tutta l'esistenza della vita fino alle disposizioni finali e quindi anche al testamento biologico, le direttive anticipate, l'accanimento terapeutico. Se ne discuteva poco anche durante l'esplosione del dibattito sul caso Englaro, però se tali temi sono trattati in un certo modo mi domando chi meglio degli infermieri può intervenire in determinati argomenti. Penso, ad esempio, a una delle cose più incerte nei confini e nei perimetri come l'accanimento terapeutico. Ecco: chi meglio di un infermiere è testimone oculare quotidiano della terapia accanita. Chi meglio di lui? Tuttavia sull'accanimento si trova pochissimo nella proposta della Federazione IPASVI. Quella parte sicuramente va sviluppata meglio perché sull'accanimento terapeutico, e oggi si fa molto accanimento terapeutico, c'è da dire qualcosa di più. Consenso informato e accanimento sono terminologie usate tutti i giorni e di cui discutono tutti, poi uno trova il codice dell'infermiere che parla un'altra lingua e parlando un'altra lingua non è che le questioni si chiariscono. In questo caso, per esempio, il codice dice che l'infermiere riconosce l'importanza del gesto assistenziale: allora io non so se il gesto assistenziale sia un concetto assodato, ma mi sembra proprio di no vista la mia frequentazione costante del mondo professionale, non mi sembra che sia una cosa sentita, interiorizzata e ben chiara. Se io chiedo a un infermiere cosa è l'ideale di servizio o il gesto assistenziale probabilmente non sa rispondermi. È allora un codice che parla una lingua diversa dai destinatari del codice stesso e questo diventa un problema.

Pensa che ciò sia il segno di una regressione della deontologia professionale?

Non proprio. Diciamo che c'è una confusione su alcuni termini bioetici nuovi o relativamente nuovi sul problema del fine vita. Sul resto non saprei dire. Osservo che c'è molta attenzione della società, non può non essercene nel mondo professionale. Mi sembra si sia voluto oggi, quantomeno, fare un passo indietro o di lato su una serie di tematiche, cioè non affrontarle. Probabilmente è una scelta politica che non conosco e non discuto e non mi

interessa discutere, però registro che la legge 42/99 fa una straordinaria previsione normativa attribuendo maggiore forza al codice deontologico delle professioni sanitarie.

Allora, anche per questo aspetto le norme codicistiche devono fare la propria parte. Di fatto si passo indietro sul voler, diciamo così, essere più di riferimento culturale e meno prescrittivo per la professione e oltre al passo indietro c'è soprattutto la rinuncia a quella straordinaria previsione che faceva la legge cioè di essere guida, essere uno dei tre elementi che guidano le decisioni professionali. Se uno di questi tre elementi non guida più l'esercizio professionale c'è un problema in generale, ma soprattutto vuol dire che la professione rinuncia un po' a fare la propria parte. Ho avuto modo di dire, a tal proposito, che si consegna alla irrilevanza perché non è più rilevante nell'interpretazione del campo proprio di attività di responsabilità dell'infermiere.

Che consiglio darebbe alla Federazione IPASVI dopo queste considerazioni?

Se io dovessi dare un consiglio (non richiesto) alla federazione IPASVI è quello di rivedere il codice deontologico, di ampliarlo, di fare sì che sia più completo di quanto non lo sia attualmente perché l'ho trovato sostanzialmente impoverito. È una prima stesura che necessita di ulteriori stesure.

Cosa pensa del codice deontologico presentato dall'IPASVI di Pisa?

L'IPASVI di Pisa, come le accennavo prima, ha fatto un'operazione di altro tipo, cioè ha sostanzialmente presentato una proposta, definirlo codice per me è complicato, dei materiali ampi in cui si parte da un presupposto completamente diverso da quello dei codici ordinari, cioè una deontologia del ruolo. La proposta di Pisa è molto incentrata sul ruolo, mi sembra che in un qualche modo sia anch'essa carente in alcune parti, soprattutto di quelle etiche, e mi sembra di aver capito che sia una sorta di provocazione, uno spunto per continuare a parlare di deontologia.

C'era forse bisogno della provocazione di Pisa dunque per riportare al centro della discussione la deontologia professionale?

Le ripeto, quello che mi sembra curioso è che di fatto, di deontologia, se ne stia continuando a parlare poco. Questo è un problema tutt'altro che secondario, nonostante quella che può essere un'assoluta unica provocazione proposta da un collegio provinciale.

Di deontologia se ne parla poco anche laddove viene proposta in termini fortemente innovativi e provocatori e il fatto che se ne parli poco in qualche modo può comportare delle riflessioni.

Mi faccia anche dire qualcosa sul linguaggio come l'ho sottolineato per quello della federazione IPASVI.

Prego.

Anche quello dell'IPASVI di Pisa ha un linguaggio che deve essere rivisto, diciamo che utilizza a parer mio un linguaggio che è un po' troppo extra-professionale e quindi il consiglio che posso dare per dare più forza a questa proposta è, diciamo così, di sciogliere il linguaggio, e adeguarlo di più in modo più stringente alla realtà professionale.

Ci dice due battute di chiusura sul problema dei due codici?

Dunque, sono due situazioni completamente diverse, partono da presupposti completamente diversi, il codice della federazione sembra in qualche modo improntato a non calpestare sostanzialmente i piedi a nessuno, mantenere forti equilibri con il risultato che però ho già detto, mi sembra insoddisfacente, quanto meno peggiorativo dell'attuale codice.

Il codice di Pisa si caratterizza per la sua innovatività e proprio perché ha questa carica di innovatività probabilmente abbisogna in un qualche modo di più tempo per essere metabolizzato e analizzato e capito.

POSTFAZIONE

Prima ti ignorano, poi ti deridono, poi ti combattono. Poi vinci.

Mahatma Gandhi

Qualcuno si chiederà se un dibattito così animato sul codice deontologico non sia tempo sprecato. Si potrebbe semplicemente rispondere che dibattere sull'etica e sulla deontologia non è mai tempo perso; questa è sicuramente una verità ma nel caso della professione Infermieristica c'è un'altra verità da tenere bene in considerazione, cioè che il legislatore ha dato a questo strumento la possibilità di delineare e indirizzare la professione, in qualche misura innalzando la deontologia a rango di legge. La legge 42 del '99 ha aperto una grande opportunità che sino ad oggi non è stata raccolta pienamente.

La rapida evoluzione della professione infermieristica ha creato una discrasia fra quello che è l'infermiere nella realtà, quello che è per il codice deontologico vigente, per l'università e quello che l'infermiere è per la legge. È paradossale che proprio in quest'ultima vi sia la descrizione più avanzata della professione. La ricerca spasmodica di espansione dei confini della professione non è stata accompagnata da una saturazione degli spazi conquistati, questo l'ha indebolita strutturalmente. Oggi la professione è carente di una propria identità, è evoluta, è divenuta professione intellettuale ed autonoma, ma la società fatica a collocarla e a riconoscerle l'ambito professionale di pertinenza; i cittadini hanno percepito l'evoluzione ma continuano per lo più ad identificarla con le mansioni che storicamente le appartengono o le appartenevano. Il problema maggiore è che questo smarrimento si ritrova anche all'interno della professione stessa: non siamo ancora riusciti a

compiere la transizione culturale da professione ausiliaria a professione intellettuale autonoma, rimanendo impantanati in uno stato di mezzo, di post ausiliarietà.

Se concordiamo su questo scenario non resta che chiederci che ruolo può avere la deontologia per il futuro della nostra professione. È indubbio che non potrà essere la panacea per tutti i mali che l'affliggono ma può diventare lo strumento fra gli strumenti per superare i molti nodi che formano la “questione infermieristica.”

È da questa riflessione che nasce la proposta pisana di deontologia, che non ha potuto far altro che uscire dal solco della tradizione per originare da differenti e innovativi paradigmi. Non più una deontologia che delinea l'infermiere quale strumento a servizio dell'organizzazione, ma che lo scolpisca come professionista nell'organizzazione; da qui nasce l'idea di una deontologia secondo il ruolo. La figura che ne emerge è quella di un professionista forte nel suo ruolo, forza che non può e non deve essere intesa come affermazione dell'infermiere a discapito di, ma come forza interna alla professione che rafforza i ruoli che le orbitano intorno e intorno ai quali questa orbita, in un rapporto di reciproco vantaggio e coevoluzione.

A chi è utile un Infermiere “forte”?

Prima di tutto proprio all'infermiere e alla professione che si definiscono e si realizzano in un'area di autonoma responsabilità. Da questo punto di vista la deontologia contribuisce a realizzare nel contesto quotidiano ciò che l'infermiere dovrebbe essere e a rimuovere ciò che impedisce all'infermiere di essere infermiere.

Sicuramente è utile ai cittadini che in un periodo in cui la società necessita sì della clinica ma ancor più della cura e dell'assistenza, troverebbero nell'infermiere che sia infermiere la figura che può soddisfare queste necessità. È utile ai medici che si trovano ad affrontare sfide cliniche sempre più complesse, ad aumentare il loro grado di specializzazione e che ricaveranno indubbio vantaggio nell'avere accanto a loro una figura forte in grado, in continuità con la clinica, di soddisfare i bisogni di cura e assistenza delle persone e della società. È utile all'infermieristica che, da professione giovane e per molti aspetti in cerca di identità, deve trovare il coraggio di affrancarsi, senza rinnegarla, dalla professione ausiliaria che è stata per final-

mente addivenire pienamente a quella che dovrebbe essere. È utile alla dirigenza infermieristica che la sua “forza” è direttamente proporzionale a quella del gruppo che dirigono. È utile al sistema sanitario che non può permettersi di avere professionisti che non si esprimono al meglio nel proprio ruolo.

Erra o pecca di superficialità chi vede nella nostra proposta una provocazione utile solo al dibattito, la nostra è una produzione omogenea e strutturata, è un solido scheletro al quale è possibile aggiungere tutti gli articoli di cui è probabilmente carente. Solo dopo aver delineato chi è l’infermiere e che ruolo ha è possibile stabilirne il comportamento nei confronti delle questioni etiche più difficili da affrontare. Se non viene definito l’infermiere esisteranno un numero indefinito di infermieri e la deontologia non potrà far altro che prendere atto di questo aprendo al soggettivismo, questo traspare nella proposta di rinnovo presentata dalla federazione nazionale.

L’etica è antecedente alla norma, come pretendere che a questa si ispiri? Come pretendere che vi siano inseriti termini tecnici? La tecnica progredisce con la scienza l’etica si trasforma, non necessariamente in meglio, con la società.

Poco mi intriga la rubricazione dell’articolato, ben venga il suggerimento ad usare la forma migliore.

Non concordo con chi afferma che la deontologia debba essere necessariamente scritta in un linguaggio semplice e immediatamente comprensibile se questa semplificazione porta a svuotarla di contenuto, altro è affermare che debba essere scritta nel linguaggio più fruibile possibile.

Trovo quantomeno curioso che fra tutte le idee messe sul piatto dalla proposta pisana – coevoluzione, condivisione deontologica, comunità di cura, relazione di cura, obbligo di sottoporre il proprio operato alla valutazione degli utenti (in questo abbiamo preceduto la legge di riforma della pubblica amministrazione) ecc. - i vari analisti non ne abbiano trovata una che sia una degna quantomeno di menzione, ma è anche vero che alcuna parte della nostra proposta è stata “affondata”. Da questo ne traggio due conclusioni, o non si è voluto fare lo sforzo di comprenderla, o non avendo argomenti per demolirla si è preferito ignorarla. Effimera illusione di oscurantismo, non è possibile combattere il pensiero, se valido troverà da solo, prima o poi, lo spazio per crescere.

Si discute sulla emendabilità (...toglier via le mende, le imperfezioni, i difetti...) dei codici proposti, assoggettati ad un tecnicismo che, in questo caso, non può che portare ad uno stallo: nessuna delle due proposte può ricevere emendamenti derivanti dall'altra semplicemente perché nascono da presupposti diversi. Le proposte appaiono inconciliabili se si tenta di utilizzare lo strumento errato: l'emendamento. Invito a fare lo sforzo mentale di fonderle insieme e successivamente emendare ed integrare il risultato con le proposte ricevute.

Potrà essere una grande opportunità o l'ennesima opportunità mancata.

Emiliano Carlotti

AUTORI E CURATORI

Luca Benci

Giurista, esperto di diritto sanitario e di biodiritto. Direttore dal 1998 al 2004 della *Rivista di diritto delle professioni sanitarie*. Autore di libri sul diritto sanitario e sulle professioni sanitarie e del volume *Tutela la salute*, Imprimatur, 2017.

(<http://www.lucabenci.it>)

Ivan Cavicchi

Docente all'Università Tor Vergata di Roma, esperto di politiche sanitarie insegna sociologia dell'organizzazione sanitaria, logica, filosofia della scienza e filosofia della medicina. Autore di numerose opere e del volume *La quarta riforma*, QS edizioni, 2016.

(<http://www.ivancavicchi.it>)

Emiliano Carlotti

Infermiere coordinatore, Presidente Collegio Ipasvi di Pisa.

Chiara D'angelo

Infermiera, caporedattrice della rivista on line *Infermieristicamente.it*.

Andrea Bottega

Infermiere, Segretario Nazionale Nursind

ALLEGATI

CODICE DEONTOLOGICO

Versione approvata del Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi
IPASVI con deliberazione n. 1/09 del 10.01.2009

Capo I

Articolo 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 3

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

Articolo 4

L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 5

Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione, è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

Capo II

Articolo 7

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

Articolo 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9

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

Articolo 10

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

Capo III

Articolo 11

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

Articolo 12

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

Articolo 13

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

Articolo 14

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

Articolo 15

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

Articolo 16

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

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

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

Capo IV

Articolo 19

L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 21

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati.

Articolo 22

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

Articolo 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

Articolo 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28

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

Articolo 29

L'infermiere concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito e dei familiari e lo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore. Partecipa alle iniziative per la gestione del rischio clinico

Articolo 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali

Articolo 31

L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, diagnostico-terapeutiche e sperimentali, tenuto conto dell'età e del suo grado di maturità.

Articolo 32

L'infermiere si impegna a promuovere la tutela degli assistiti che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 33

L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, mette in opera tutti i mezzi per proteggerlo, segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente

Articolo 34

L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 35

L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita all'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 36

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 37

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 38

L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40

L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi quale atto di solidarietà e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Capo V

Articolo 41

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

Articolo 42

L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 43

L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

Articolo 44

L'infermiere tutela il decoro personale ed il proprio nome. Salvaguarda il prestigio della professione ed esercita con onestà l'attività professionale.

Articolo 45

L'infermiere agisce con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

Articolo 46

L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari, nel rispetto delle indicazioni del Collegio professionale.

Capo VI

Articolo 47

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

Articolo 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Articolo 49

L'infermiere, nell'interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale.

Articolo 50

L'infermiere, a tutela della salute della persona, segnala al proprio Collegio professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

Articolo 51

L'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali si rendono garanti della qualificazione dei professionisti e della competenza da loro acquisita e sviluppata.

PRIMA STESURA CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE NOVEMBRE 2016

Presentazione Consiglio Nazionale Roma 26 novembre 2016

Capo I - I principi e i valori

1. L'infermiere è il professionista sanitario che nasce, si sviluppa ed è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici. Persegue l'ideale di servizio. È integrato nel suo tempo e si pone come agente attivo nella società a cui appartiene e in cui esercita.
2. L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito dell'assistenza, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.
3. L'infermiere cura e si prende cura, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere.
4. L'infermiere nell'agire professionale utilizza l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono.
5. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici. Promuove il ricorso alla consulenza anche al fine di contribuire all'approfondimento e alla riflessione etica.
6. L'infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove la persona assistita esprimesse e persistesse in una richiesta di attività in contrasto con i principi e i valori dell'infermiere e/o con le norme deontologiche della professione, si avvale della clausola di coscienza rendendosi garante della continuità assistenziale.

Capo II - La funzione assistenziale

7. L'infermiere tutela l'ambiente e promuove stili di vita sani anche progettando, specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività, organizzandoli e partecipando ad essi.
8. L'infermiere dà valore alla ricerca e alla sperimentazione. Progetta, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico, assistenziale e organizzativo di cui cura e diffonde i risultati.
9. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso il pensiero critico, l'educazione continua, l'esperienza, lo studio e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione.
10. L'infermiere adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori.

Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo di assistenza. Si forma e/o chiede supervisione per attività nuove o sulle quali ha limitata casistica.

11. L'infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti.

12. L'infermiere presta consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni.

13. L'infermiere riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona.

Capo III - La relazione e la comunicazione

14. L'infermiere ascolta la persona assistita, la informa e dialoga con essa per valutare, definire, qualificare e attuare la risposta curativo assistenziale e facilitarla nell'esprimere le proprie scelte.

15. L'infermiere rileva e facilita l'espressione del dolore della persona assistita durante l'intero processo di cura. Si adopera affinché la persona assistita sia libera dal dolore.

16. L'infermiere favorisce i rapporti della persona assistita con chi le è di riferimento e con la sua comunità, tenendo conto della dimensione interculturale.

17. L'infermiere conosce il progetto diagnostico e terapeutico. Dà valore all'informazione integrata multi professionale di cui cura la relativa documentazione. Si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

18. L'infermiere nell'esercizio professionale assicura e tutela la riservatezza della persona assistita e dei dati ad essa relativi durante l'intero processo di cura. Nel trattare i dati si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

19. L'infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute, purché tale mancata informazione non sia di pericolo per la persona stessa o per gli altri.

20. L'infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione o la definizione e lo sviluppo del suo progetto di vita.

21. L'infermiere che rileva privazioni o maltrattamenti sulla persona assistita, segnala le circostanze all'autorità competente e si attiva perché vi sia un rapido intervento.

22. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, tenuto conto della sua età e del suo grado di maturità.

23. L'infermiere, quando la persona assistita non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lei documentato o chiaramente espresso in precedenza.

24. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita.

25. L'infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici, si comporta con correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità.

Capo IV - Il fine vita

26. L'infermiere presta assistenza fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

27. 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 dalla persona stessa.

28. 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.

Capo V - L'organizzazione e la funzione assistenziale

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

30. L'infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.

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

32. L'infermiere pone in essere quanto necessario per proteggere la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, mantenendo inalterata la di lei libertà e dignità.

33. L'infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, si attiva per proporre soluzioni alternative e se necessario si avvale della clausola di coscienza.

Capo VI - L'infermiere e il Collegio professionale

34. L'infermiere e il Collegio professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da condizionamenti, interessi, pressioni di assistiti, familiari, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

35. L'infermiere e il Collegio professionale si adoperano per sostenere la qualità e l'appropriatezza dell'esercizio professionale infermieristico.

36. L'infermiere e il Collegio professionale segnalano le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.

37. L'infermiere e il Collegio professionale denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

38. L'infermiere e il Collegio professionale promuovono il valore e sostengono il prestigio della professione e della collettività infermieristica.

39. L'infermiere tutela il proprio nome e il decoro personale. Osserva le indicazioni del Collegio professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

40. L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza professionale 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.

Disposizioni finali

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dal Collegio professionale.

I Collegi professionali sono garanti della qualificazione dei professionisti e delle competenze da loro acquisite e sviluppate.

I Collegi professionali, recepiscono e attuano le indicazioni legislative, regolamentari e giuridiche, inerenti il loro essere enti ausiliari dello Stato.

UN NUOVO CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI

La proposta pisana

Capo I – Deontologia secondo il ruolo

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

Essa riguarda:

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

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

L'identità professionale dipende da due condizioni:

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

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

1.3 La deontologia dell'Infermiere è definita secondo il ruolo

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

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

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

Il presente codice definisce il ruolo atteso della professione infermieristica.

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

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

- ai principi morali del nostro ordinamento giuridico;
- alla legislazione che definisce la professione;

- alle norme che sovrintendono i servizi nei quali la professione opera;
- alle norme contrattuali;
- al buon senso e alla ragionevolezza;

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

Attraverso di esse il presente codice:

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

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

Prescrittività: tutto ciò che non è permesso è vietato;

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

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

Capo II – Adeguatezza e compostibilità

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

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

- trovare se necessario soluzioni ad hoc in accordo con il malato e i suoi familiari e con la comunità di riferimento con il solo vincolo di rispettare i principi che sovrintendono il proprio comportamento atteso

- rimuovere tutto ciò che gli impedisce di essere adeguato quindi a creare condizioni favorevoli alla propria adeguatezza professionale

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

2.2 L'Infermiere ha il dovere del buon senso

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

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

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

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

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

2.3.0 Compossibilità come principio per garantire il comportamento professionale atteso

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

2.3.1 Compossibilità come principio di coesistenza tra professioni

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

Per contraddizione si intende sempre un problema di incoerenza professionale.

2.3.2 Compossibilità come principio di coerenza

Il principio di compossibilità vale come obbligo dell'infermiere alla coerenza nei confronti della specificità, individualità, singolarità della persona malata e nei confronti della comunità di salute alla quale si riferisce. Il comportamento atteso non è solo quello predefinito da norme, compiti e funzioni ma è anche quello prefigurato nel punto 2.1 del presente capitolo. La compossibilità quale

coerenza alla singolarità del malato e alla specificità della comunità di appartenenza implica per l'infermiere il dovere se necessario di reinterpretare ad hoc le regole che definiscono l'appropriatezza delle sue prestazioni.

Capo III – Il malato e la comunità contraente come principi

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

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

- quale obbligo morale per le condotte professionali
 - quale dovere operativo per le proprie prassi professionali.
- Il principio del malato e della comunità coincide tanto con il dovere professionale quanto con l'obbligo morale quindi esso pone alla professione infermieristica:
- una questione di appropriatezza che di adeguatezza;
 - un problema di rispetto della dignità umana;
 - un problema di prassi coerenti alle necessità del malato e della comunità.

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

Con il termine contraente si definisce la condizione sociale e politica della persona malata e della collettività di salute, in ragione della quale viene superato il concetto di beneficiario cioè di colui che beneficia dell'assistenza infermieristica, per affermare quella di colui che in quanto titolare dei diritti di salute è come se stipulasse, ai fini della cura, un contratto sociale con la professione infermieristica.

3.3 È dovere professionale e obbligo morale dell'infermiere conoscere e comprendere la complessità del contraente

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

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

Il malato oggi non è più riducibile ad "assistito" oggi egli è un "malato contraente in cura" cioè una persona che in questa società per prendersi cura di se si avvale della

medicina e della sanità negoziandone le condizioni di fruibilità. Per questo malato la medicina e la sanità sono mezzi dei quali si avvale per la cura di se. Il dovere dell'infermiere è sostenere e supportare il malato che si prende cura di se. Si deve quindi parlare di "malato in cura" e di "relazione di cura" e andare oltre il tradizionale assistenzialismo infermieristico.

Il malato è sempre una estensione della società in cui vive sia come appartenenza ad una condizione di cittadinanza, sia come appartenenza ad un nucleo familiare nelle sue varie forme, sia come membro di una comunità. Il "malato esteso" si riferisce alle persone che hanno relazioni interpersonali con il malato, quindi i familiari ma non solo. L'infermiere ha il dovere di estendere la sua relazione di cura alle persone con le quali il malato ha relazioni interpersonali e di rapportarsi alla comunità di riferimento.

3.5 L'infermiere riconosce nella comunità un contraente

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

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

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

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

Capo IV – Il ruolo dell'infermiere

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Capo V – scopi e condizioni dell'agire professionale

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

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

5.2 L'infermiere agisce come infermiere

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

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

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

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

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

L'agire professionale dell'infermiere va inteso come parte integrante di una più grande azione di tutela sanitaria assicurata dall'insieme dei ruoli professionali e quindi dall'in-

sieme dei diversi autori del processo di tutela. Esso agisce dentro delle organizzazioni nelle quali vanno collocati i ruoli professionali e quindi dentro delle forme di cooperazione tra ruoli. L'infermiere ha il dovere di cercare e concordare quelle forme di cooperazione professionale che meglio esprimono il suo ruolo e meglio lo mettono in condizioni di assicurare i suoi comportamenti attesi.

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

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

Capo VI – La cura quale opera professionale

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

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

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

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

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

L'opera professionale coincide con l'agire professionale quale espressione finale di un ruolo e di una prassi attesa. Essa va considerata sia come complesso di atti quindi come professionalità agita nel suo complesso che come effetti o risultati conseguiti o conseguibili. L'opera professionale si basa sulla relazione di cura ed è composta da compiti

tecniche relativi alle conoscenze tecniche dell'infermiere e da impegni personali dell'infermiere cioè dalle sue sensibilità, abilità, capacità relazionali.

L'opera professionale è il risultato della cura.

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

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

Capo VII – La cooperazione tra professioni

7.1 L'infermiere riconosce come scopo fondamentale del “servizio” pluri-professionale la tutela medico-sanitaria del malato

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

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

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

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

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

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

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

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

Per integrazione invece si intende un completamento dei vari ruoli professionali mediante opportune addizioni e compensazioni che avviene in tempi e fasi differenziate.

Essa è una questione di reciproca ausiliarità tra i ruoli ed è una questione fondamentalemente cooperativa.

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

In un servizio tanto l'interazione orizzontale che l'integrazione verticale necessitano di un chiarimento preliminare dei ruoli professionali. I principali ruoli professionali coinvolti nel processo di cura sono quelli del medico, dell'infermiere, dell'OSS. Principali non vuol dire esclusivi quindi a queste professioni se ne potrebbero aggiungere delle altre. Essi corrispondono nelle loro definizioni alle loro proprie legislazioni di riferimento, legislazioni che da questo codice, in ottemperanza a quanto dichiarato nel capo I, sono assunte come vincolanti. Il governo clinico rientra nel ruolo del medico, la cura, come definita nel capo V, in quello dell'infermiere, l'assistenza in quello dell'OSS (profilo professionale conferenza Stato regioni provvedimento 27 febbraio 2001).

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

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

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

L'interdipendenza tra ruoli può essere un fattore di crescita coevolutiva per le varie professioni ma nello stesso tempo può essere un fattore che blocca per ragioni di invarianza questa crescita. Nessun ruolo può in alcun modo condizionare in negativo l'espressione dei comportamenti professionali attesi in particolare se si tratta di applicare delle leggi. Per cui nei casi in cui l'infermiere si trovasse di fronte ad un problema di invarianza dei ruoli, o i ruoli degli altri risultassero in contraddizione con il proprio, o non adeguati o armonizzati, egli ha l'obbligo morale di trovare consensualmente delle soluzioni dal momento che contraddizioni, asimmetrie, rapporti poco collaborativi, danneggiano la qualità delle tutele attese quindi il primario interesse del malato. A questo proposito l'infermiere dovrà adoperarsi nel proprio posto di lavoro per definire proposte, concordare soluzioni e se il caso aprire con l'assistenza del collegio di competenza e il concorso del sindacato, le necessarie vertenze.

Capo VIII – I rapporti con le altre professioni

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

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

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

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

- sostituire gli attuali rapporti di ausiliarità tra medici e infermieri e l'OSS con rapporti tra reciproche autonomie;
- sostituire dei semplici rapporti tra professioni basati sulla contiguità dei compiti con rapporti basati sull'interdipendenza dei ruoli sia in senso dell'interazione che nel senso dell'integrazione;
- affermare una forma di cooperazione tra l'agire professionale delle professioni come nuova forma di cooperazione tra autori.

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

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

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

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

Per impegno professionale si intende:

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

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

Al fine di favorire l'integrazione e il lavoro di equipe tutte le professioni coerentemente ai loro propri ruoli sono da considerarsi autori che agiscono per impegni professionali.

Ciò non necessita di nessuna modifica legislativa perché non è la loro definizione giuridica che viene cambiata ma solo il modo di organizzare le prassi professionali e le relazioni tra professioni.

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

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

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

- proscrittività
- buon senso
- ragionevolezza

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

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

Capo IX – L'autonomia deontologica

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

L'autonomia deontologica è la condizione fondamentale attraverso la quale la professione si auto governa e nella cui sfera di prerogative non vi è ingerenza da parte di

scopi diversi da quelli deontologicamente previsti. L'autonomia deontologica è la facoltà della professione di dare a sé stessa liberamente la propria regola.

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

L'incompatibilità è la situazione nella quale non è conveniente per il rispetto delle norme deontologiche che l'infermiere detenga a qualsiasi livello, nazionale provinciale e luoghi di lavoro, incarichi che lo potrebbero condizionare nella sua autonomia deontologica e nei suoi doveri professionali e quindi nella difesa e tutela della professione. La negazione dell'autonomia deontologica nelle sue varie forme prefigura immancabilmente una situazione di incompatibilità sulla quale il collegio ha l'obbligo di intervenire per rimuovere le contraddizioni.

Si ha negazione dell'autonomia deontologica quando:

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

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

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

L'infermiere che appalesa pubblicamente in vari modi comportamenti e linguaggi del tutto contrari alle norme etiche della sua deontologia di riferimento è incompatibile con i principi di questo codice. La federazione nazionale e i collegi hanno l'obbligo di intervenire per sanzionare le manifestazioni di indegnità deontologica. L'infermiere nel confronto di idee, nella discussione pubblica, nello svolgimento dialettico tra punti di vista diversi ha il dovere di attenersi al merito dei problemi evitando argomenti speciosi e finalizzati a screditare il proprio interlocutore.

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

Gli incarichi nei collegi provinciali e nella federazione nazionale in nessun caso possono essere senza limiti di durata. Gli incarichi "sine die" possono tradire negli infermieri che rappresentano come collegio la professione comportamenti, atteggiamenti, modi di essere che non garantiscono la piena autonomia deontologica. In nessun modo

deve prevalere l'interesse personale su quello professionale per cui dovrà essere limitato il numero dei mandati e la durata degli incarichi.

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

Capo X – La condivisione deontologica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Può sembrare una battaglia politica ma soprattutto una battaglia culturale.

Capo XI – Disposizioni finali

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

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

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

Tali norme sono vincolanti per gli infermieri ma anche per le controparti istituzionali e per tutte le forme di rappresentanza professionale. Nei loro confronti, nei casi di violazione, non sono possibili sanzioni ma valgono tutti gli strumenti di denuncia consentiti dalla legge e dai contratti.

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

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

Due proposte sul tavolo per la discussione sul nuovo codice deontologico, due punti di partenza e di arrivo completamente diversi, due visioni dell'infermieristica e dell'infermiere, due deontologie alternative.

Un confronto per un dibattito che sembra poco appassionare gli infermieri eppure, per varie ragioni, cruciale per il ruolo che la professione infermieristica può avere nel sistema salute.

Ivan Cavicchi e Luca Benci ci offrono la loro opinione sui punti di forza e sui limiti delle proposte IPASVI.