

COMMENTARIO AL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE 2009

a cura di A. Silvestro
McGraw Hill
Company
Milano 2009



di Patrizia Borsellino
Ordinario di Filosofia del diritto
Università degli Studi di Milano-Bicocca
Presidente del Comitato per l'etica di fine vita (Cef)

> Il *Codice deontologico dell'infermiere*, approvato il 17 gennaio 2009 dal Consiglio nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi, rappresenta il fondamentale testo di riferimento nel quale gli esercenti la professione infermieristica trovano definiti i criteri e i valori ai quali devono improntare, oggi, il loro lavoro quotidiano. Ma non è soltanto questo. È anche un documento meritevole di ricevere l'attenzione di chiunque sia interessato a comprendere la portata e a valutare le implicazioni di quel processo di trasformazione – in atto da alcuni decenni a questa parte, nella realtà sanitaria del nostro non meno che di altri Paesi dell'area occidentale – nel quale il ripensamento dei modelli organizzativi e assistenziali è andato, e va tuttora, di pari passo con la ridefinizione dei ruoli dei diversi soggetti coinvolti nelle relazioni di cura. Senz'altro del ruolo del paziente, non più destinatario di interventi posti in essere nel suo interesse ma unilateralmente decisi dal medico, bensì titolare di un incompressibile diritto all'informazione e alle scelte sulle cure e parte attiva nel processo decisionale clinico. Ma anche del ruolo dell'infermiere, non più operatore sanitario chiamato ad assolvere compiti rigidamente definiti da un mansionario, e in rapporto di subordinazione gerarchica rispetto al medico, bensì professionista sanitario, investito di competenze clinico-assistenziali complementari ma specifiche, e, in relazione a queste, di un'ampia gamma di interventi nella cui attuazione opera autonomamente rispetto al medico, assumendosene appieno la responsabilità, prima di tutto nei confronti dell'assistito con cui entra direttamente in relazione.

Sottolineare le sopra richiamate valenze del nuovo *Codice deontologico dell'infermiere* è importante per comprendere e

per apprezzare il *Commentario*, recentemente pubblicato a cura di Annalisa Silvestro, presidente della Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi, con contributi della stessa Silvestro, di Giannantonio Barbieri, di Ada Masucci, di Daniele Rodriguez e di Antonio G. Spagnolo.

Il volume costituisce, innanzitutto, un prezioso strumento destinato a rendere gli infermieri consapevoli del percorso difficile, ma costellato di importanti risultati, attraverso il quale la professione infermieristica ha acquisito l'identità che esce delineata dal nuovo *Codice deontologico*, e a guidarli nella corretta interpretazione dei cinquantuno articoli di cui il *Codice deontologico* si compone, favorendo la comprensione delle implicazioni che le previsioni normative, in esso contenute, hanno sull'attività di assistenza alla persona, nella quale gli infermieri sono quotidianamente impegnati. Assai utile, a quest'ultimo proposito, risulta la terza parte del volume, dedicata alla presentazione e alla discussione di alcuni casi emblematici, al centro dei quali sono delicate questioni che l'infermiere deve essere in grado di affrontare, adottando una linea d'azione eticamente adeguata: dal segreto professionale alla comunicazione della diagnosi e della prognosi, dal rispetto della volontà dell'assistito all'attenzione per i bisogni assistenziali correlati alla sua appartenenza culturale.

L'interesse del *Commentario* per una cerchia di lettori ben più ampia di quella degli esercenti la professione infermieristica si deve, però, alla presenza, negli interventi, di approfondimenti e di spunti di riflessione alla luce dei quali il *Codice* del 2009 assume la valenza di osservatorio privilegiato per affrontare questioni eticamente e giuridicamente rilevanti, che interessano l'attività sanitaria nel suo complesso e tutti gli attori che vi svolgono un ruolo.

Innanzitutto, la questione delle condizioni da porre in essere, delle strategie da adottare e degli impegni da assumere per far sì che la centralità della persona, tanto frequentemente evocata in relazione all'organizzazione e alle prassi sanitarie, non rimanga uno slogan ad effetto. Ampio rilievo è riservato nel *Commentario* al ruolo di tutela della volontà dell'assistito – anche della volontà “di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità della vita” (art. 36) – che all'infermiere è attribuito da numerosi importanti articoli del *Codice*. Non solo dagli articoli che qualificano il rispetto della libertà e della dignità, accanto al rispetto della vita e della salute (art. 3), oppure la considerazione dovuta ai valori etici, religiosi e culturali degli assistiti (art. 4) come veri e propri criteri orientatori dell'attività dell'infermiere, ma anche dagli articoli (contenuti nel Capo IV) che, investendo l'infermiere del compito di “adoperarsi affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita” (art. 23), e possa così compiere consapevolmente le sue scelte (art. 24), privano di giustificazione l'acquiescenza o, peggio, la connivenza dell'infermiere rispetto al “minimalismo informativo” al quale ancora troppi medici improntano la loro relazione col paziente.

Ne discende l'importante messaggio che l'obiettivo di un'assistenza sanitaria che ponga realmente al centro la persona può essere sì conseguito, ma solo se alla condizione necessaria, ma non sufficiente, dell'offerta di interventi di qualità, terapeuticamente appropriati rispetto alle diverse situazioni di malattia, si associa l'ulteriore, imprescindibile condizione rappresentata dalla messa in atto, nella prospettiva della collaborazione integrata multiprofessionale (art. 23), di attenzioni e di azioni sempre improntate al riconoscimento che il destinatario delle prestazioni è un soggetto al quale competono, in relazione alla sua salute, valutazioni e scelte che non possono essere ignorate dai sanitari, se non all'alto prezzo e con la pesante implicazione, di cui si devono assumere la gravosa responsabilità, di annullare la libertà e di calpestare la dignità di coloro che sono affidati alle loro cure.

Altra questione, di fondo, toccata nel volume è quella del modello organizzativo in grado di assicurare un'assistenza sanitaria patient oriented. Il commento del Capo VI del *Codice*, dedicato a definire il ruolo e le responsabilità dell'infermiere all'interno dell'organizzazione dei servizi sanitari, offre l'occasione per porre in evidenza che il sistema, nel quale l'infermiere è chiamato dal *Codice* ad assolvere impegnativi compiti non solo di garanzia dei diritti e della sicurezza degli utenti, ma anche di attivazione per compensare le eventuali carenze del sistema stesso e per consentirne il miglioramento, deve necessariamente conformarsi al modello organizzativo di un'assistenza costantemente assoggettata a controlli, che può coniugare qualità ed efficienza con il buon uso delle risorse, grazie alla previsione di un dovere diffuso, esisten-



te in capo ad ogni figura professionale, di vigilanza e di segnalazione, alle apposite istanze, di tutte le situazioni che possono compromettere la qualità dei servizi.

Infine, un'ultima questione, sulla quale è particolarmente acceso il dibattito e il confronto sul piano bioetico e su quello giuridico, quella dell'obiezione di coscienza. La questione, assai delicata per le ripercussioni che le soluzioni per essa prospettate possono avere sulla complessiva configurazione della relazione terapeutico-assistenziale, è affrontata in diversi contributi del volume, a commento dell'articolo del *Codice* in base al quale, “nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche” che non si siano risolti tentando la strada del dialogo, l'infermiere può avvalersi “della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito”, in presenza di “una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori” (art. 8). Alla clausola di coscienza si è fatto ricorso, negli ultimi tempi, per rivendicare il diritto anche di professionisti diversi dai medici, ad esempio dei farmacisti, di astenersi da determinate prestazioni (come la cosiddetta “pillola del giorno dopo”) da essi ritenute in contrasto con le loro convinzioni etiche, al di là delle specifiche situazioni (aborto, procreazione assistita e sperimentazione animale) in cui l'obiezione di coscienza è disciplinata, nel nostro Paese, dalla legge, che ne stabilisce, restrittivamente, le condizioni. Intesa in questa ampia accezione, la clausola di coscienza rischia di trasformarsi in un pericoloso strumento di limitazione del diritto alla salute, inteso come diritto di ogni individuo di accedere volontariamente a legittime prestazioni sanitarie.

Tra i motivi di apprezzamento del *Commentario* va segnalata la presa di distanza dall'interpretazione della clausola di coscienza, messa a disposizione dell'infermiere, come di una sorta di “cambiale in bianco”, che, in nome del primato della coscienza, lo autorizzi, con prese di posizione estemporanee e, magari, opportunistiche, a far sempre e comunque prevalere i suoi valori su quelli dell'assistito, negandogli prestazioni clinicamente appropriate o, al contrario, imponendogli trattamenti da lui rifiutati. Un'interpretazione, questa, da cui è opportuno mettere in guardia, diffondendo la consapevolezza che, il farla propria, significherebbe svuotare di significato quel “rispetto della persona assistita” nel quale il *Codice deontologico* del 2009 ha il fondamentale valore di riferimento.