

**aniarti**

SCENARIO

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

**XI CONGRESSO NAZIONALE**

**ANIARTI  
RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE  
INFERMIERI**

**FIRENZE, 18-20 NOVEMBRE 1992**

---

*Finito di stampare  
nel mese di novembre 1993  
presso la Tipografia Tappini - Città di Castello (PG) ☎ (075) 855.81.94*

# I BISOGNI ASSISTENZIALI IN RELAZIONE ALL'EVOLUZIONE SOCIALE ED ORGANIZZATIVA

ELIO DRIGO

Presidente Aniarti

Un saluto veramente cordiale a tutti i partecipanti all'XI Congresso Nazionale Aniarti.

Con il congresso di quest'anno l'Aniarti ha inteso offrire un contributo alla professione per creare un momento di elaborazione e di riflessione su un tema, quello della responsabilità, che sta diventando cruciale e non solo per la professione infermieristica.

Questo sarà un intervento introduttivo, un intervento di quadro generale alla tematica e prenderà in esame alcuni elementi che contribuiscono a collocare la responsabilità nel contesto più specifico degli infermieri. Faremo quindi alcune considerazioni su:

- a) la necessità di fare una lettura critica dei bisogni assistenziali;
- b) l'evoluzione sociale come fattore che determina caratteristiche e quantità dei bisogni;
- c) l'evoluzione dell'organizzazione in quanto componente decisiva per la qualità dell'assistenza;
- d) le nuove dimensioni dei bisogni e della assoluta necessità di ridisegnare costantemente le risposte ai bisogni: il nostro ruolo specifico.

I temi che questo nostro incontro intende esaminare sono di grande rilevanza per alcuni motivi che è opportuno esplicitare:

— innanzitutto perché la «responsabilità» torna ad essere un concetto-guida ed un punto di riferimento in quest'epoca di collettiva suggestione per l'exasperazione del diritto, per il «tutto facile» e per il «tutto lecito»;

— poi, perché le parole «professione» e «professionalità» stanno recuperando o devono comunque recuperare il significato originario di servizio esperto alla società ed alle persone ed un significato di fiducia che connota una relazione profonda e genuina;

— perché parlare di infermieri in questa cornice significa attribuire implicitamente a questi operatori una funzione illuminante per il contesto sociale, che deriva dall'esperienza e dalla riflessione che emerge dalla peculiarità del servizio erogato;

— infine, perché legare l'Aniarti in diretta relazione con «responsabilità», «professione» e «corpo infermieristico» in generale, significa impegnare precisamente, schierare, un esteso gruppo di appassionati in favore di una cultura dell'attenzione ai reali problemi connessi con la salute delle persone e in favore della ricerca infaticabile della loro migliore soluzione.

Il tema della responsabilità degli infermieri si collega direttamente al problema del riconoscimento interno ed esterno di «professione» per l'attività infermieristica e quindi al problema dell'autonomia; e si collega al campo dell'attività infermieristica e cioè «i bisogni» delle persone in situazione di malattia o con possibili problemi di salute.

La funzione infermieristica di assistere la persona per la sua massima autorealizzazione, soprattutto in un'ottica professionale e non esecutiva, non può limitarsi a considerare la persona assistita come un'entità a sé e la relazione di aiuto come fine a se stessa.

Oggi sempre più il concetto di «ambiente» e di «relazioni planetarie» obbligano ad interpretare il concetto di bisogno ed i contenuti dei bisogni con una visione più ampia, aperta.

I contenuti e le caratteristiche dei bisogni ad esempio, sono certamente cambiati rispetto a tempi passati. La loro diversificazione è da porre in relazione alla situazione culturale ed economica di una popolazione o di una persona.

In questo quadro problematico, affrontare il tema della responsabilità e della professionalità significa per l'infermiere essere in grado di fare una riflessione ed una lettura critica sì della singola situazione che, in quanto professionista deve trattare, ma anche una riflessione ed una lettura critica di un contesto ampio, il più ampio che le sue possibilità di comunicazione e di conoscenza gli consentono.

Questo significa estendere il concetto di salute ed il nostro modo di porci nei suoi confronti, alla comunità degli uomini ed all'ambiente del mondo, in linea con quanto già indicato dalle proposte dell'OMS nell'ambito del progetto «Salute per tutti nel 2000».

La promozione e la traduzione operativa per quanto è possibile di un'ottica di questo tipo rappresenta per gli infermieri quell'elemento di «illuminazione» per la società a cui si accennava all'inizio.

Responsabilità significherà allora, non solo implicazione personale per il singolo atto compiuto nell'assistenza alle singole persone, ma sarà anche:

- capacità di individuazione dell'evoluzione dei bisogni assistenziali di una popolazione;
- capacità di comparazione e perequazione con giustizia nella distribuzione delle risorse disponibili per la risposta ai bisogni di tutti;
- capacità di individuazione dei bisogni assistenziali indotti da politiche sanitarie o da gestioni delle strutture che hanno stravolto i loro obiettivi istituzionali;
- capacità di attivazione organizzata per la promozione di politiche sanitarie attente ai bisogni assistenziali reali e non solo agli aspetti più appariscenti o più enfatizzati magari in modo strumentale, della sanità.

## **L'evoluzione sociale**

Per la nostra riflessione considereremo gli aspetti dell'evoluziune sociale intervenuti negli ultimi decenni al fine di poter meglio focalizzare le caratteristiche e le dimensioni degli avvenimenti.

Possiamo dire di aver assistito all'evoluzione della percezione e soddisfazione dei bisogni, per cui ad una prima fase di attenzione ad una crescita economica e ad una garanzia di migliori qualità di vita in termini concreti, è seguita e si sta ancora ampliando una fase in cui si assiste ad una intensificazione ed apertura delle relazioni sociali, una nuova coscienza di mondialità e di attenzione ai problemi di giustizia non solo a livello nazionale ma anche planetario.

In questa prospettiva i problemi dell'ambiente vengono considerati sempre di più problemi che hanno diretta incidenza nella qualità della vita quotidiana.

Le responsabilità per le scelte di quei modelli di vita che implicano un impatto di alterazione ambientale, sono diventate patrimonio culturale diffuso e non solo di una élite avanzata.

C'è inoltre il consolidamento di alcune «chiarezze» ampiamente riconosciute:

— l'apprendimento dell'importanza del rispetto dei diritti delle persone nei vari ambiti e livelli di relazione sociale;

— il manifestarsi di una nuova «soggettività» sia personale che collettiva come pure delle imprese: si percepisce una nuova possibilità di incidere efficacemente nella realtà;

— le esigenze primarie delle persone e della società sono ritenute ormai irrinunciabili: emblematica a tal proposito la filosofia che ha animato la legge 833/78 di riforma sanitaria;

— le espressioni della solidarietà sociale si conformano alle più ampie accezioni dei diritti alla diversa interpretazione del ruolo sociale delle persone ed alla effettiva maggiore disponibilità di mezzi economici.

Tutto questo non è altro che la diretta esplicitazione del concetto di qualità. Qualità di prodotti, qualità di vita, qualità di relazioni.

Un'osservazione comunque deve essere fatta, visto che l'attenzione e l'interesse per la qualità presuppone significative disponibilità economiche. Tutte queste considerazioni valgono solo per la realtà occidentale del mondo che rappresenta il 20% della popolazione ed utilizza l'80% dell'energia resa disponibile, mentre il restante 80% può sperare solo nel rimanente 20% delle risorse.

La sperequazione nella distribuzione delle risorse provoca, quasi per una ineluttabile legge fisica di relazione come tra vasi comunicanti, una compensazione in termini di tensioni tra gruppi, di spostamenti di popoli, di crisi dei modelli sociali ed economici esistenti. La storia è sufficientemente conosciuta per insegnare che la chiusura, la difesa, il tentativo di interruzione

dei «vasi comunicanti», il protezionismo, non paga. Ormai è diffusa anche la convinzione effettiva più o meno sottile che solo il confronto, l'apertura individuale e collettiva può portare verso un «benessere» comune non solo in termini riduttivamente economici.

Sembra così affacciarsi un nuovo concetto ed un nuovo senso di responsabilità.

Affrontare oggi il tema della responsabilità significa necessariamente avere orizzonti molto ampi dai quali si deve poi e lo faremo, trarre le dovute conseguenze per il lavoro nel particolare del singolo e del quotidiano.

### **L'evoluzione organizzativa**

Nell'orientamento che abbiamo scelto assume rilevanza l'aspetto organizzativo della vita e della società quando questa diventa sempre più complessa.

L'organizzazione esiste in funzione del miglior utilizzo delle energie e delle risorse.

Parlare di organizzazione nel nostro contesto significa parlare del funzionamento delle strutture di servizio e quindi valutarne la reale finalizzazione.

Tutte le strutture organizzative con il moltiplicarsi ed il diversificarsi delle esigenze hanno dovuto prevedere una diversificazione funzionale per poter assicurare il raggiungimento degli obiettivi loro propri. In questa diversificazione la componente burocratica si è molto dilatata, tanto da influenzare direttamente la funzione fondamentale per cui è nata. Nonostante l'impiego di sempre maggiori risorse ed attrezzature, si ha inoltre l'impressione che la struttura burocratica non rappresenti più un servizio all'organizzazione ma bensì un ulteriore vincolo su problemi che in genere, per i servizi sono impellenti. Se inoltre pensiamo che le organizzazioni che erogano servizi sociali sono in gran parte pubbliche e che notoriamente «il pubblico» non è sinonimo di efficienza, si deduce che c'è un aumento della dispersione di risorse fino a livelli pericolosi.

Si arriva così, come sta succedendo in Italia, all'assurdo che si finisce per ridimensionare il concetto di salute e quindi una componente fondamentale di quello che avevamo chiamato «welfare state», con lo scopo di ridimensionare la necessità di risorse. Questo però non evidenzia il fatto che l'eccesso di risorse utilizzate serve il più delle volte a mantenere l'apparato burocratico anziché a mantenere il servizio sanitario.

Il Servizio Sanitario Nazionale organizzazione primaria per la tutela della salute, pur nato su un'ottima base concettuale e di cultura sociale, si scontra con la scarsa elasticità delle proprie singole strutture organizzative locali nel trasformare in prassi le indicazioni di principio.

L'«universo sanità» poi, rappresenta un mondo particolare in cui orientamenti ed indirizzi possono venir stravolti all'atto della effettiva erogazione del servizio. La razionalità tecnico-scientifica che dovrebbe essere la base es-

senziale di un'organizzazione sanitaria, viene manipolata spesso a piacimento senza considerare anche il più banale principio dell'efficienza.

Significativi sono in proposito i dati raccolti dal Tribunale del Malato con un'indagine su tutto il territorio nazionale nel 1991, sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale. È significativo anche il fatto che sia stato rilevato, in questo come in altri casi, che molte realtà funzionano non per una precisa programmazione ed integrazione delle componenti organizzative ma per un interessamento dei singoli professionisti o gruppi professionali che spingono per mutamenti di politica organizzativa che assicuri il raggiungimento del mandato istituzionale.

È evidente quindi che anche in campo organizzativo non è pensabile riuscire a raggiungere gli obiettivi se non si ricompongono tutti gli elementi dell'organizzazione stessa. La professionalità dei singoli può essere elevatissima e risultare comunque inefficace se l'organizzazione non si collega direttamente all'operatività per cui è nata.

## **I bisogni assistenziali attuali**

Facciamo riferimento alle elencazioni o scale dei bisogni di assistenza definite da Virginia Henderson e da Maslow e le poniamo in relazione con gli aspetti dell'evoluzione sociale ed organizzativa.

Sempre più gli infermieri si trovano a confrontarsi con quegli elementi della scala dei bisogni che determinano un livello più elevato della qualità della vita delle persone.

I bisogni considerati più elevati come la stima di sé, l'autorealizzazione, sempre meno vengono tralasciati dalle persone malate pur di vedersi garantiti i bisogni di base.

I bisogni «di frontiera» dell'assistenza attuale si dimensionano sulla base di problemi nuovi che l'applicazione delle scienze, delle tecnologie rese possibili dalle disponibilità di risorse, ha generato;

- il prolungamento della vita oltre limiti non immaginabili solo trent'anni fa;
- il mantenimento artificiale della vita;
- il supporto delle funzioni vitali anche nell'organismo dichiarato clinicamente morto;
- il prelievo ed il trapianto d'organo;
- la manipolazione psichica;
- la manipolazione genetica;
- altri ancora.

Da questi ambiti problematici perché assolutamente nuovi, sorgono esigenze, ansie, richieste impellenti totalmente nuove che spesso vanno scoperte, individuate perché sono nascoste nel disagio delle persone, le quali improvvi-

samente si trovano a vivere, spesso da sole, queste drammatiche situazioni.

Oltre a questi nuovi problemi sono opportunamente emersi con vigore nuovi diritti ufficialmente riconosciuti o che reclamano un sostanziale riconoscimento:

- il diritto all'informazione;
- all'autodeterminazione del malato;
- alla cura ed al ricovero;
- alla riservatezza;
- ai rapporti sociali in ospedale;
- alle cure alternative all'ospedalizzazione, ecc ...

L'avanzamento delle conoscenze è implicitamente inarrestabile. L'applicazione delle conoscenze alla costruzione della «città» e degli «strumenti» per la vita umana, ha portato l'«homo faber», l'«uomo costruttore», a condizionare l'«homo sapiens», «l'uomo che pensa», mentre si potrebbe ritenere che sia possibile solo l'inverso.

La recente reale possibilità di minacciare l'estinzione dell'uomo, la possibilità di rinviare il momento della morte, sono oggi fatti concreti che pongono seri interrogativi e costringono a rimettere in discussione il futuro, a riconsiderare i valori fondamentali e quelli secondari.

La rapidità stessa con cui questi fatti nuovi si sono verificati, ha prodotto problemi a livello di integrazione sociale ed organizzativa in sanità, per quanto ci riguarda.

Il contenuto della complessità soprattutto del ruolo delle professioni a forte implicanza sociale come l'assistenza infermieristica è rappresentato dalla necessità dell'acquisizione dell'assolutamente nuovo e dell'elaborazione di conoscenza esperta riguardo alle modalità di compensare lo squilibrio generato dal cambiamento.

Per aiutarci a comprendere l'entità dei mutamenti intervenuti in termini di esigenze potremmo provare a ridisegnare le scale dei bisogni che simbolicamente sono rappresentate con un'ampia base costituita dai bisogni fisici cosiddetti elementari, per giungere fino al vertice ristretto del bisogno di autorealizzazione.

Il nuovo criterio potrebbe essere quello di dimensionare i gradini in modo proporzionale alla crescita assoluta dell'importanza attribuita al bisogno corrispondente.

La famosa scala o piramide di Maslow, allora tenderebbe a trasformarsi in un rettangolo in cui ad una sostanziale persistenza della dimensione dei bisogni di tipo fisico corrisponda via via una progressiva dilatazione di importanza dei bisogni considerati superiori.

Questo può indicare in maniera significativa la ricerca e l'importanza attribuita all'individualità ed alla soggettività nella realtà culturale odierna.

Nei bisogni assistenziali quindi, i bisogni di tipo fisico restano sì presupposti imprescindibili, ma vengono anche percepiti come bisogni che trovano

una risposta relativamente facile con l'adozione dei mezzi disponibili. Infatti la scienza ha già ampiamente codificato le soluzioni ed i processi da applicare per risolvere molti problemi di salute di tipo fisico. Mentre mancano o sono semplicemente ignorate possibilità di soluzione, pur esistenti, di problemi legati alla relazione o all'integrazione sociale delle persone. Basti pensare alla chiusura o al sistema di relazioni di tipo «militare» che vige nelle strutture ospedaliere.

Questa nuova ottica più attenta a tutti gli aspetti della persona comporta un notevole aumento della complessità sia nella qualità della richiesta di assistenza come pure della risposta da erogare.

Esaminando l'aspetto che ci riguarda al fine dell'evoluzione della risposta assistenziale, possiamo ancora osservare che la sua complessità risiede sia nelle componenti di tipo tecnico sia negli aspetti di tipo relazionale di integrazione del malato/società e con la struttura organizzata. In questo ambito la risposta del professionista infermiere deve essere connotata dalla responsabilità.

## **Conclusioni**

Si giunge infine a dover trarre delle conclusioni ed a fissare dei punti di riferimento almeno per una riflessione sistematica.

Le idee-forza sulle quali incentriamo oggi la nostra attenzione sono le idee di «evoluzione», di «bisogni assistenziali» e di «responsabilità».

*Evoluzione.* È l'idea che sta permeando qualsiasi ambito della vita e delle cose. È la certezza dell'incertezza, ma anche la sicurezza della ricerca e della tensione al meglio.

Ci stiamo convincendo che il cambiamento è più reale del presente. L'accettazione di questa generalizzata dinamica comporta la necessità implicita dell'apertura, del confronto, della critica positiva, dell'accettazione del limite, dello scambio, della costante possibilità di alternative. La chiusura e l'isolamento sono banditi.

Tutto questo non è di poco conto anche per il nostro lavoro di assistenza alle persone e lo scoprirlo rappresenta un grandissimo vantaggio, certo un impegno, ma un indubbio vantaggio.

Non abbiamo certezze codificate in assoluto se lavoriamo con delle persone e non con dei pezzi di un prodotto.

Solo l'impiego individuale dell'intelligenza, delle relazioni e della professionalità può garantire risultati apprezzabili da un servizio di assistenza. E qui la certezza e la responsabilità non possono risiedere in un elenco di azioni consentite o non consentite o in un decalogo preconfezionato. La certezza siamo noi come professionisti-persone.

*I bisogni assistenziali.* Le trasformazioni dell'organizzazione sociale, della disponibilità di risorse, delle persone, delle attrezzature disponibili hanno trasformato la sanità.

Particolarmente, ma non solo per i malati di area critica, l'assistenza ha implicato enormi mutazioni non più assolutamente compensabili da una formazione infermieristica e da normative di esercizio professionale che risalgono all'epoca in cui l'evoluzione per come la viviamo oggi non era nemmeno prevedibile. Inoltre anche le normative che determinano l'organizzazione in cui gli infermieri operano, nella sostanza ignorano la consistenza, i contenuti e la portata sul risultato della prestazione sanitaria, dell'assistenza infermieristica.

Gli infermieri oggi chiedono se ne dica per motivi di basso interesse, stanno di fatto, dando risposte a bisogni molto più dilatati e complessi di quanto si vorrebbe far credere. E' necessario ed è giusto che queste risposte siano date con le migliori modalità oggi rese possibili solo che questo sia voluto, e che si scelga politicamente in questa direzione anziché in altre.

*Responsabilità.* È la risposta etica alla scelta di garantire un servizio alle persone in una situazione complessa qual'è quella della relazione di tipo sanitario.

Riflettendo sulla responsabilità, è stato molto istruttivo negli ultimi tempi fare una lettura critica delle cronache. Si è visto con molta chiarezza dove ha portato il nostro paese il fatto di subire o di condividere la cultura generalizzata del pubblico disimpegno, il lasciare che altri facciano per noi, il non andare contro corrente quando ne siamo convinti. Certo non bastano queste cose per farci pensare che tutto sia irrimediabilmente finito; anzi! in questa situazione sono sorte figure e soggetti collettivi portatori di novità e trasparenza. L'insieme delle vicende ci insegna come la strada della responsabilità sia l'unica in grado di garantire all'uomo un'evoluzione in senso positivo.

La strada dell'evoluzione è dunque già percorsa, probabilmente da molti di più di quanti possiamo pensare.

In quanto infermieri dobbiamo uscire dai limiti angusti ed assolutamente inadeguati delle certezze che certezze non sono, dalle regole che altri possono fissare per noi. Dobbiamo lanciarcì nell'avventura estremamente impegnativa, ma anche l'unica possibile e carica di significato, della responsabilità professionale personale, saperla costruire e gestire.

Non deve spaventarci l'impegno o la portata del compito che ci assumiamo, perchè, come si diceva, non siamo soli!

### **Bibliografia**

- AA.VV., *Il Leonardo, l'era delle scoperte*; supplemento a *La Repubblica* 4 aprile 1992.  
 AA.VV., *Un modello professionale per l'assistenza infermieristica*; Atti del Convegno promosso dalla S.U.D.I. - Milano, 2-3 ottobre 1987.

- CASTELLANO C., *L'azienda ospedale*; in *La Repubblica* 10 novembre 1992, p.10.  
Censis, *24° rapporto sulla situazione sociale del paese 1990*; F. Angeli Ed. 1990.  
Censis, *25° rapporto sulla situazione sociale del paese 1991*; F. Angeli Ed. 1991.  
Censis. *La severità applicata*; in *Censis Note e Commenti* Anno XXVIII n. 3-4 marzo-aprile 1992.
- COSTA G., DE MARTINO S., *Management pubblico*; ETAS Libri 1985.
- ILLICH I., *Per una storia dei bisogni*; Mondadori Ed. 1981.
- JONAS H., *Il principio responsabilità*, Einaudi Ed. Torino 1990.
- MACIOCCO G., *Giustizia, salute, sviluppo*; in *CUAMM Notizie - Salute e Sviluppo* Padova n. 1-2/92.
- MANCA E.; *Ora è più difficile aiutare quei 9 milioni di poveri*; in *L'Unità* 26 ottobre 1992, p. 7.
- Movimento Federativo Democratico - Tribunale del Malato, *Rapporto sullo stato dei diritti dei cittadini nel Servizio Sanitario Nazionale*; Il Pensiero Scientifico Ed. 1992.
- O.M.S.; *Gli obiettivi della salute per tutti*, C.I.S.I. Centro Italiano Studi e Indagini, Roma 1986.
- ROPER N. ET AL., *Elementi di nursing*; Il Pensiero Scientifico Ed. Roma 1983.
- VELOTTI S., *Noi e i poveri*; in *L'Unità* 19 ottobre 1992, p. II-libri.



# IMPLICAZIONI LEGALI DEL CONCETTO DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE IN AMBITO SANITARIO

Prof. ZAULI  
Medico legale

La medicina legale si occupa sempre di più del problema della responsabilità professionale e tutto il fenomeno ha origine da motivi che sono sotto gli occhi di tutti.

La Medicina è diventata un fenomeno abbastanza impersonale e non vi è più rapporto diretto con l'utente.

Le scoperte scientifiche traggono in campo sempre questioni più complicate che meritano uno studio ed un approfondimento di studio e di aggiornamento, che comportano fatica e non sempre sono seguite con la dovuta diligenza.

Gli strumenti sofisticati che vengono portati all'uso di tutti gli operatori sanitari, comportano un aumento della responsabilità.

Quindi aumenta ed ingigantisce sempre di più un fenomeno che fino a pochi anni fa era rimasto nel dimenticatoio e lasciava pensare che la «medicina» fosse qualche cosa di abbastanza sereno, sicuro e pacifico; concetto che non è più nella mentalità dei cittadini.

Il gigantismo organizzativo necessario e non rinunciabile, a sua volta crea delle relazioni interpersonali nell'ambito delle quali si diversificano differenti momenti di responsabilità. Non ultimo, vi è un'esigenza di portare il personale sanitario di livello infermieristico, ad assumere la capacità di rispondere a dei bisogni diversi e superiori.

Tutto questo ha contribuito a far aumentare il contenzioso giudiziario e sui giornali si legge di processi nei confronti di strutture sanitarie e di medici.

Dobbiamo dunque dire che questo incrementare dei processi nei confronti dei medici e degli operatori sanitari, ci fa pensare che la «medicina» sia scaduta? I medici di oggi non sono certo peggiori di quelli di una volta e così gli infermieri. La realtà è piuttosto un'altra: sono i malati che sono migliorati, nel senso che non sono più così disponibili, come sono sempre stati, ma sono diventati più «impazienti», hanno acquisito diritti, si sono emancipati e vogliono sempre più emanciparsi dallo stato di soggezione nei confronti degli operatori delle strutture sanitarie. Fino a pochi anni fa era impensabile che un malato non se ne stesse nel letto e se pur capace di deambulare se ne andasse in giro per le corsie. Oggi nei bar degli ospedali ci si trova spesso fianco a fianco dei malati che vanno avanti e indietro. Credo che questo sia un segno di emancipazione, anche se crea notevoli disagi e difficoltà nel siste-

ma organizzativo, che vanno però affrontati in un contesto che tenga conto dei diritti del malato.

Occorre inquadrare in via preliminare e chiedersi perché l'atto medico, che di per sé si sostanzia nell'attuazione di alcune situazioni che sono assolutamente illecite, sia ritenuto lecito e possa essere fatto e da millenni venga fatto. Lo spogliare una persona, il trafiggerla con un ago, fare una laparotomia, costituiscono di per sé elementi che dovrebbero essere sanzionati. I giuristi si sono occupati da tempo di questo problema ed hanno dato varie risposte con teorie più o meno condivise, che erano adeguate ai tempi in cui venivano espresse. Si è parlato di motivi di particolare valore morale, di consuetudine, di disposizioni di legge sul diritto e dovere di curare. Tutte queste teorie non hanno però retto alla critica attuale della dottrina giuridica in continuo dibattito ed elaborazione, nell'ambito della quale i giuristi tendono a rafforzare tutte quelle linee di pensiero che favoriscono l'emergere della personalità del malato e non il suo soccombere nei confronti dell'intervento del medico. D'altra parte, a supporto di queste linee di dottrina si deve rilevare che l'articolo 32 della Costituzione dice appunto che nessuno può essere sottoposto a trattamento medico-chirurgico se non con il suo consenso. La legge dice che i trattamenti sanitari sono di norma volontari e sono obbligatori soltanto in alcune situazioni. Senza dubbio l'atto medico è reso lecito dall'acconsentimento del paziente al di là del quale non vi è liceità e per cui si può essere perseguiti legalmente. Non è così nel nostro paese, ma in altri ordinamenti giuridici, l'amputazione di un arto, ad esempio, con gangrena ad una persona senza il suo consenso, sarebbe considerata una lesione personale.

Dobbiamo soffermarci su ciò in cui si sostanzia l'atto medico. Possiamo dire che quando si provoca una ferita, certamente si produce un peggioramento dello stato anteriore (quando la ferita non c'è); la cicatrice è il segno di questo peggioramento. In ambito sanitario, quando si provoca una ferita, la previsione e la sostanza delle cose è che alla fine del processo il risultato è un miglioramento. Quando il malato si dovesse trovare in situazione di peggioramento conseguente all'atto sanitario, allora verrebbe messa in discussione la responsabilità del medico e dell'operatore sanitario che hanno operato. Così «l'assenza del fatto tipico», così viene chiamata questa teoria, è quella che rende lecita l'attività del medico e dell'operatore sanitario. La nostra attività contribuisce a migliorare la situazione patologica a differenza di quello che si verifica nei ferimenti comuni. Anche l'uso dei farmaci potrebbe essere paragonato ad uno stato di intossicazione; la differenza sta nel fatto che con l'assunzione dei farmaci si produce un sostanziale miglioramento, mentre con l'intossicazione un peggioramento.

Altri atti medici non comportano direttamente un apparente miglioramento della situazione: pensiamo allo spogliare una persona per fare una visita medica, ad esempio. La visita non porta un immediato miglioramento, tanto più se non porta ad una conclusione diagnostica concreta; si potrebbe pensare ad un attentato alla libertà della persona. Non essendoci miglioramento, in

definitiva la teoria citata non copre tutte le possibilità, e quindi occorre un altro elemento: il consenso. È necessaria un'integrazione di «fatto tipico» e consenso.

Ma, se sono necessari i due elementi, «fatto tipico» e consenso, come faremo ad operare, specialmente in area critica, nei confronti di quelle persone che non sono in grado di dare il consenso? Saranno perciò tutti illeciti gli atti compiuti verso persone incoscienti? In questo caso si ricorre alla norma codificata. L'articolo 42 del Codice Penale (CP) consente di operare «in stato di necessità». Lo stato di necessità si applica quando non è disponibile la coscienza dell'avente diritto per il consenso ed è assente il «fatto tipico».

Quando si opera al di là di queste situazioni, ci si viene a trovare a dover rispondere di quello che si è fatto, perché così facendo si sono lesi, se si sono lesi, alcuni beni che la legge tutela, quali ad esempio: la libertà della persona, che è l'oggetto delle attività sanitarie; la riservatezza del malato; il valore economico delle persone. Tutti questi sono beni tutelati da parte della legge, alcuni con tutela penale, altri con tutela amministrativa.

I beni di tutela penale sono:

- la libertà, per la cui limitazione il diritto codificato prevede la violenza privata (art. 610 CP);
- l'integrità fisica, a fronte della quale il diritto prevede il reato di lesioni personali;
- la vita, a fronte della quale il diritto prevede il reato di omicidio colposo, in quanto si tratta di reato professionale;
- il cadavere: il bene tutelato in questo caso è la pietà. Vi è un articolo che prevede il vilipendio o l'uso illegittimo di cadavere (quest'ultimo non è possibile nelle strutture sanitarie).

I beni di tutela civile sono evidentemente i beni economici; in questo caso il bene sarà l'assistito stesso qualora ritenga di essere stato danneggiato nel proprio corpo e nella propria condizione morale, nella propria persona o personalità; potrà allora richiedere un risarcimento in sede civile per quelli che sono i danni che gli si sono provocati. Il fatto poi avrà una connotazione diversa a seconda che ci si trovi in una situazione contrattuale o extra contrattuale, cioè se gli operatori sanitari si siano curati di stendere con il paziente un vero e proprio atto di consenso scritto, oppure ci si sia affidati a quella situazione che viene generalmente chiamata «consenso implicito». Il fatto di andare da un medico o di rivolgersi ad un infermiere per chiedere una prestazione che questo possa fare, significa esplicitamente, al di là di quelle che possono essere le parole, che si richiede una protezione e questo non richiede una formale sottoscrizione. Però se si prospetta ad una persona di sottoporsi ad una procedura più complessa, pericolosa, e dolorosa, è evidente che a questa persona bisogna esporre fino in fondo quella che è la situazione al fine

di ottenerne il consenso; questo avrà tanto maggiore valore giuridico utilizzabile quanto più sarà formalizzato come atto vero e proprio di assenso.

Vi è un altro bene tutelato: l'efficienza dei servizi, di cui non si tiene moltissimo conto, al punto che lo Stato lo tutela in via amministrativa e a fronte di un'inosservanza vi sono delle pene che a volte potremmo considerare di tipo morale come la censura, e a volte la decurtazione dello stipendio o la sospensione dal posto di lavoro.

Un altro bene tutelato che può sembrare di tipo amministrativo, mentre in realtà è di tutela penalistica perché è un bene che riguarda la pubblica amministrazione, è quello della professione sanitaria. Chi è sprovvisto del titolo di infermiere professionale non può fare tutte quelle attività che sono previste dal «mansionario»: il fatto comporterebbe sul piano penalistico il reato di abuso di professione sanitaria. Lo stesso reato viene messo in discussione tutte le volte che gli infermieri professionali si trovano a svolgere delle mansioni che sono proprie dei medici e questo creerà maggiori problemi là dove la situazione organizzativa attribuirà agli infermieri mansioni che vanno al di là delle loro competenze. Vi è in discussione il decreto già codificato sull'emergenza sanitaria che prevede l'affidamento agli infermieri di responsabilità di tipo organizzativo secondo un protocollo che dovrà essere definito dai medici responsabili delle strutture di emergenza; nell'ambito di queste stesse strutture sorgeranno poi di norma, dei conflitti di competenze e di responsabilità che non verranno alla luce se non in caso di disguidi.

Ovviamente il medico può compiere tutta una serie di altri reati di cui ovviamente non abbiamo interesse oggi a parlare. È più opportuno discutere invece dei reati specifici di tipo professionale come quelli della mancata osservanza di alcune norme di legge poco conosciute. Ad esempio gli infermieri potrebbero essere tenuti alla redazione del referto, che è quell'atto che si deve all'autorità giudiziaria e che di solito viene fatto dai medici. La legge però non specifica che debbano essere i medici a fare referto, ma parla di professionisti sanitari e quindi anche infermieri.

Parliamo ora dell'errore professionale, cioè di qualcosa di sbagliato che si verifica nell'esercizio della professione sanitaria in ordine al quale si possono verificare dei danni. Si deve dire subito che errore professionale non equivale a responsabilità professionale. Può capitare che si vada incontro ad errori per mancate conoscenze o per conoscenze ancora non acquisite, ad esempio gli errori compiuti per l'incompatibilità trasfusionale prima della scoperta del fattore Rh. Permangono invece errori dovuti ad erronee valutazioni di aspetti prettamente sanitari derivanti da varie situazioni che configurano la cosiddetta colpa.

La responsabilità professionale nasce tutte le volte che un errore è legato ad una colpa professionale.

Ma che cos'è la colpa? qual è il concetto giuridico?

La colpa può didascalicamente essere divisa in colpa specifica e colpa generica.

La colpa specifica è la mancata osservazione di leggi e regolamenti specifici (ad es. una vaccinazione obbligatoria per legge, non eseguita).

La colpa generica è la provocazione di una situazione classificabile come errore, per negligenza, per imprudenza o imperizia. Per imperizia si intende il non saper fare le cose che si devono fare; per imprudenza, l'avventurarsi a fare delle cose che non si sanno fare (vorrei spendere due parole per dire che l'aver visto o aiutato a fare certi atti, non deve far ritenere di essere in grado di saperli fare: sarebbe incorrere in un'imprudenza). La negligenza è un'azione fatta senza la dovuta diligenza ed attenzione nel considerare tutte le possibili difficoltà. La giurisprudenza indica che la negligenza di per sé anche se lieve va sempre censurata ed è stata sempre punita. Per l'imperizia invece è diverso: ai medici ed infermieri non viene richiesto di agire con il massimo di conoscenze al momento esistenti, ma è richiesto di agire con la cultura, la competenza e conoscenza dei fenomeni mediamente richiedibili alla generalità degli operatori. Per l'imprudenza valgono le stesse considerazioni fatte per la negligenza: i magistrati, i tribunali ed i pretori non accettano che vi sia una condizione di imprudenza, un modo di fare che non comporti una necessaria esperienza, e l'avventurarsi in campi non noti.

Con quali criteri o regole si valutano gli errori che provocano lesioni personali o l'omicidio? Innanzitutto c'è la «regola tecnica» che consiste nel riesame del caso per cercare di capire se in quella situazione l'operatore si è comportato secondo quelli che sono i canoni tecnici da utilizzare in quel determinato caso. Altro elemento è quello della «media preparazione», cioè la preparazione che mediamente un operatore deve avere; se le situazioni sono di particolare delicatezza e difficoltà richiamano la responsabilità solo se si tratti di colpa grave e non solo di colpa lieve. Ci sono poi le «circostanze obiettive», che consistono nella possibilità per l'operatore di fornire prove di aver eseguito quella tecnica e le altre «circostanze obiettive e soggettive» che afferiscono allo sfondo in cui il fatto si è svolto. Allora occorrerà andare a valutare in concreto se le condizioni nelle quali l'operatore sanitario si è trovato ad agire erano quelle idonee per fare quello che è stato fatto nel caso esaminato; il magistrato deve rilevare tutti gli aspetti di particolare rilievo situazionale.

Tutto questo che si riferisce alla situazione penalistica ha riflessi anche a livello civilistico, nel cui ambito si devono però considerare alcune particolari situazioni; parlavamo in precedenza di responsabilità in campo civile e dell'obbligo di risarcire un danno provocato, una menomazione, la morte, ecc.. Certamente queste situazioni richiedono un beneficio economico ristoratore del danno che il malato ha subito sul piano morale e personale. Allora diventa diversa la posizione in cui ci si pone a seconda che l'operatore che ha commesso il fatto si trovi in situazione di impegno di tipo contrattuale o extracontrattuale, e cioè se il malato sia stato adeguatamente informato e sapeva di quello che doveva subire. Diverso è quindi il caso del malato sottoposto a qualche trattamento senza sapere quello che deve subire. In questo ultimo

caso si risponde per la colpa lieve se non vi è situazione contrattuale con lenimento del danno. Se invece la situazione è contrattuale, si risponde solo nei casi di colpa grave, ma il dubbio rimane ancora per i casi in cui l'operazione comporti particolari difficoltà. Quindi per la categoria degli operatori professionali difficilmente si può portare in discussione il fatto di rispondere civilmente solo per colpa grave anche se si ha il consenso del malato.

# LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE INFERMIERISTICA: RIFERIMENTI LEGISLATIVI ED EVOLUZIONE SOCIALE

LICIA GIULIANA SEMA

Capo dei Servizi Sanitari Ausiliari - Ospedale «Santorio» - Trieste

Una professione secondo il sociologo Mock è una attività altamente qualificata, che ha un suo ruolo indipendente e le cui caratteristiche sono quelle di:

- 1) essere una combinazione di competenze, integrità morale ed abilità in un campo specifico;
- 2) rendere un servizio all'individuo e alla società nel senso di utilizzare le conoscenze ed il comportamento ai fini e nell'interesse del cliente più che nell'interesse proprio;
- 3) essere per principio una struttura orizzontale.

La responsabilità è il dovere del professionista di rispondere delle proprie azioni e di farsi carico delle conseguenze che ne derivano. La responsabilità professionale infermieristica è prima di tutto morale, ma è anche civile, penale e disciplinare.

Vent'anni fa Rosetta Brignone, introduceva nel nostro paese il termine «nursing» teorizzando l'inadeguatezza del termine Italiano «assistenza infermieristica» ed auspicando non l'adozione del termine inglese, come poi invece è avvenuto, ma la consapevolezza matura della categoria degli ambiti e della responsabilità della propria professione, obiettivo tutt'oggi non raggiunto.

Con questo termine Rosetta Brignone voleva intendere «una responsabilità globale, nei confronti del paziente e della famiglia, che comprende la prestazione delle cure infermieristiche, la promozione della salute, compresa l'educazione sanitaria, la prevenzione delle malattie, l'identificazione, mediante l'osservazione dei bisogni delle persone e dei gruppi e la prestazione di misure atte ad assisterle non solo sul piano fisico, ma anche psicologico, etico e sociale, in ambito ospedaliero ed extraospedaliero».

Obiettivo di questa relazione è di individuare quali strumenti la legislazione ha messo a disposizione degli infermieri per erogare assistenza con connotazioni di piena professionalità e responsabilità e quali siano le cause che hanno portato ad una così vasta sottovalutazione dell'importanza delle attività infermieristiche ai fini degli atti curativi rivolti al paziente/utente da non aver mai formalizzato la cartella infermieristica come documento di pari valore anche sul piano legale, della cartella clinica.

I servizi infermieristici sono stati tradizionalmente considerati come puro ausilio manuale del medico.

Fino alla fine della prima guerra mondiale gli ospedali pubblici e privati si reggevano su criteri caritativi, restando essenzialmente un'istituzione filantropica mirante a far fronte alle esigenze di chi non poteva farsi curare a casa propria. Le condizioni erano precarie: sovraffollamento, sporcizia, mancanza di personale, ma l'opinione corrente era che comunque si trattava di istituzioni che servivano a gente sprovvista di tutto e che pertanto era già abbastanza quello che offrivano.

In tali condizioni bastavano poche persone: pochi medici per rapide visite e tutt'al più per esperimenti e poco personale infermieristico, mosso da fini umanitari e religiosi, ma per niente preparato.

Già dall'inizio del secolo c'erano stati notevoli cambiamenti nell'assistenza infermieristica senza però arrivare ad una vera professionalizzazione delle infermiere che si sono venute a trovare in sospeso tra i medici nei confronti dei quali era difficile affermare certe responsabilità come proprie e le vecchie infermiere, soprattutto religiose, per le quali la formazione tecnica era un elemento di rottura difficilmente tollerabile.

Un'interessante analisi delle contraddizioni nei tipi di immagine relativi alle infermiere è stata svolta da Devereux e Weiner; essi partono dalla considerazione che nel periodo cruciale dello sviluppo della professione infermieristica individuato negli anni dal 1860 al 1930, su di essa pesassero dei pregiudizi:

1) che curare gli ammalati fosse qualcosa di molto simile a seguire un bambino e ciò era visto come rispodere ad una inclinazione naturale della donna;

2) che femminilità ed amore per i minuti ma pesanti lavori manuali fossero sinonimi e che le donne fossero particolarmente liete di farli per chi ha bisogno di aiuto;

3) infine che le donne fossero meno capaci di iniziativa degli uomini e quindi fossero bisognose di guida.

Di tale impostazione che si traduceva nella tendenza ad assegnare alle infermiere e poi anche agli infermieri lavori ancillari ed a sottoporli ad una rigida disciplina gerarchica, la professione ancora oggi non si è liberata del tutto.

La prima legge organica è il *Regio Decreto del 27 luglio 1934 n. 1265* dove negli artt. dal 99 al 102 si fissano le modalità di vigilanza sull'esercizio delle professioni sanitarie così dette ausiliarie, nonché le condizioni di esercizio, le modalità di registrazione del titolo professionale abilitante e le sanzioni amministrative penali relative all'esercizio abusivo di professione.

I programmi di insegnamento per le Scuole Convitto Professionali emanati con Decreto del Ministro dell'Interno il *30 settembre 1938* prevedono l'insegnamento della responsabilità morale, civile e penale dell'infermiera.

*La Legge 1098 del 1940* (19 luglio) disciplina le professioni sanitarie ausi-

liarie infermieristiche e di igiene sociale. Sempre nel 1940 il *Regio Decreto 1310 del 2 maggio* definisce il primo mansionario per le infermiere professionali e i generici prevedendo tra le attribuzioni di indole amministrativa e organizzativa anche quelle disciplinari nell'ambito del reparto dove sono adibiti.

Tutte queste leggi coerenti con la concezione subalterna della professione infermieristica e la situazione sociale di coloro che accedevano agli ospedali consentono e facilitano l'impostazione autoritaria dell'organizzazione del lavoro e l'esplicazione riduttiva della professionalità infermieristica.

Non si creda che nei paesi Anglosassoni le cose andassero molto diversamente. Negli Stati Uniti le infermiere cominciano ad essere inserite negli ospedali in modo massiccio dopo la grande depressione; nasce da qui la ricerca generalizzata su tutti gli aspetti dell'assistenza infermieristica. Scrive Virginia Henderson «per la prima volta l'infermiera professionale era in grado di lavorare regolarmente a fianco dei medici nella ricerca clinica e per la prima volta ugualmente le era data l'opportunità di mettere alla prova sistematicamente con i malati i metodi tradizionali di assistenza e di studiarne di nuovi».

È solo dopo la seconda guerra mondiale che gli ospedali cambiano faccia: l'esplosione demografica, l'urbanizzazione, il diffondersi del benessere a larghi strati della popolazione, l'adozione di misure atte a garantire l'assistenza medica a tutti, sono l'elemento decisivo per cui si può dire che le funzioni che l'ospedale e servizi sanitari in genere sono chiamati a compiere non hanno più niente a che vedere con quelle svolte nel passato.

Nel 1954, con la *legge 1049* vengono istituiti i collegi delle infermiere professionali, assistenti sanitarie, vigilatrici d'infanzia; l'iscrizione all'albo è uno degli elementi caratterizzanti la professione.

Negli anni 1968 e 1969 le leggi delegate rappresentano la prima riforma sanitaria organica dopo quella del 1934, in particolare il *DPR 128 del 27 marzo 1969* che fissa l'ordinamento interno degli ospedali; l'art. 8 prevede la presenza costante nell'arco delle 24 ore di un'infermiera professionale; implicito riconoscimento dell'importanza attribuita a questa figura, le cui responsabilità sono delineate all'art. 41, assieme a quelle della capo sala, e dell'infermiere professionale specializzato.

All'art. 44 sono previste le responsabilità delle capo servizi sanitari ausiliari; per tutte le figure infermieristiche, eccetto per il direttore e vice direttore della scuola, la legge del 1968 punta l'accento su una ben definita dipendenza gerarchica: l'espressione «alle dirette dipendenze di ...» precede le attribuzioni di responsabilità.

Solo nel 1974, *14 marzo*, il *DPR 225* pur mantenendo le attività infermieristiche sostanzialmente in larga parte subordinate al medico individua ambiti di intervento specifici con precise responsabilità (non più disciplinari nei confronti dei parenti) significative (le attività di ricerca previste dal 225) ed introduce anche il concetto di pianificazione dell'assistenza.

La professione purtroppo non coglie appieno le poche prospettive favorevoli che il *DPR 225* presenta (ad es. sarebbe l'occasione per l'introduzione

del piano di nursing) ma punta piuttosto l'accento sui molti aspetti negativi.

*Il DPR 225* è innovativo anche per l'attribuzione agli infermieri di alcune mansioni delegate vedi l'esecuzione di endovenose e di fleboclisi che non sarà senza conseguenze quando la carenza di personale infermieristico si farà progressivamente sempre più grave.

A partire dagli anni '70, anche per effetto delle leggi delegate, la Sanità in generale ed all'interno di questa gli ospedali in particolare, cominciano ad assorbire risorse finanziarie sempre maggiori senza che si avverta nella professione infermieristica la responsabilità della razionalizzazione dell'uso.

Il concetto di pianificazione dell'assistenza, strategico sia dal punto di vista culturale che dell'efficienza del servizio infermieristico, non decolla, resta all'interno del settore formativo, contribuendo a quella dicotomia tra teoria e prassi di cui tutti, operatori e utenti, portano le amare conseguenze.

Il problema dei costi economici dell'assistenza infermieristica continua ad essere estraneo alle responsabilità professionali anche da parte di operatori che hanno dirette responsabilità gestionali, come i capo sala ed i capo servizi.

Nessuna voce autorevole all'interno della professione individua gli infermieri come indicatori di spesa, nè richiama alla responsabilità professionale rispetto alle conseguenze economiche del proprio operare.

Nel 1978 la legge 833 del 23 dicembre 1978 istitutiva del Sistema Sanitario Nazionale garantisce a tutti i cittadini prevenzione, cura e riabilitazione. Il DPR 761 del 20 dicembre 1979, Stato giuridico delle ULSS, inserisce gli infermieri professionali nel ruolo sanitario come operatori iscritti ai rispettivi albi professionali.

Nel 1983 il DPR 348 del 25 giugno 1983 (contratto di lavoro) introduce i concetti di valutazione della qualità e di produttività. Gli art. 6 e 59 finalizzati all'organizzazione del lavoro in funzione di una maggiore efficienza ed alla valutazione della qualità delle prestazioni, trovano un assai modesto riscontro nella elaborazione tecnica e nella pratica professionale.

Nel 1984 il DPR 821 del 7 settembre 1984 «attribuzioni del personale non medico addetto ai presidi, servizi e uffici delle USL amplia gli ambiti delle attività inerenti alla tutela della salute di competenza e di responsabilità degli infermieri». Agli artt. 20/21 viene posta una particolare enfasi sulla responsabilità di curare la propria formazione professionale. L'art. 19 prevede per l'operatore professionale dirigente la responsabilità delle direttive ed istruzioni impartite, nonché dei risultati raggiunti.

È la prima volta che si parla di risultati e non più di attività. A partire dal 1984 il legislatore, con chiaro intento di cercare di razionalizzare la spesa sempre più insostenibile, comincia a puntare sulla cultura della qualità.

Prendendo lo spunto dagli obiettivi 31 e 38 individuati dall'ufficio Europeo dell'OMS per attuare il progetto di Alma Ata «Salute per tutti negli anni 2000», che prevedono l'introduzione nei servizi sanitari entro il 1990 di sistemi atti a garantire la qualità dell'assistenza, il contratto di lavoro del 1987

DPR 270 del 20 maggio 1987 all'art. 119 istituisce le commissioni professionali per la promozione della qualità tecnico-scientifica delle prestazioni.

Presenti nelle commissioni, almeno secondo il legislatore a livello di ospedale, di USL, di regione e nazionale, gli infermieri non vedono ancora riconosciuta esplicitamente la loro responsabilità professionale nella valutazione e promozione della qualità.

È nel 1988 che il decreto del Ministro della Sanità del 13 settembre 1988 sulla determinazione degli Standards del personale ospedaliero, all'art. 4, comma 1, paragrafo c, attribuisce agli operatori professionali dirigenti, inseriti nelle direzioni sanitarie, la responsabilità della programmazione, organizzazione, coordinamento dei servizi infermieristici, del controllo della qualità e della promozione e coordinamento della formazione permanente del personale infermieristico.

L'innovazione rispetto alla dipendenza gerarchica prevista nell'art. 44 del DPR 128 del 1969 è sostanziale sia per quanto riguarda dipendenza gerarchica, che per le attribuzioni di responsabilità professionale; per quanto riguarda la responsabilità nella gestione della qualità delle prestazioni di tutto il personale infermieristico, ancorché non finalizzata è purtuttavia implicita.

Il contratto di lavoro del 1990 DPR 384 del 22 novembre 1990 all'art. 69 amplia gli indirizzi già delineati all'art. 119 del DPR 27, prevedendo la responsabilità degli infermieri non solo nella formazione della qualità tecnico-scientifica delle prestazioni, ma anche nella verifica e la revisione, ove necessario, della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie. Si approfondisce sempre di più la responsabilità infermieristica nelle attività di formazione e di valutazione di altro personale, in particolare per quanto previsto dal decreto del Ministero della Sanità del 26 luglio 1991 n. 295 relativo alla «Regolamentazione dei corsi di qualificazione per l'accesso al profilo professionale di OTA».

La disanima della legislazione relativa alla responsabilità professionale degli infermieri invita a riflettere su come essa sia molto più ampia di quanto noi di norma intendiamo e quindi la esplichiamo.

In generale il momento politico viene separato dal momento tecnico/organizzativo; viceversa i bisogni che emergono dal contesto ambientale, dalla cultura e dal sistema di valori vigenti, si esprimono nel sistema dei diritti come scelte politiche ed obiettivi che vanno perseguiti.

Agli organi tecnici, ovvero agli operatori, attraverso atti e procedure autonome spetta il compito di dare risposta ai diritti da tutelare e successivamente di valutare gli esiti ed i risultati ottenuti.

Concludo dicendo che spetta agli infermieri rivendicare appieno le responsabilità che la legge già attribuisce, in caso contrario si continuerà a mantenere la nostra professione in quella condizione che è stata chiamata «la condanna alla drudgery» e che compendia tutti i vari tentativi di mantenere gli infermieri in una posizione subordinata, il che in ultima analisi, porta alla divisione sociale del lavoro.



# RESPONSABILITÀ, AUTONOMIA E PROFESSIONALITÀ INFERMIERISTICA

A. LOLLI

I.I.D. USL 75/VI - MILANO

La parola chiave delle relazioni presentate in questa giornata di apertura del corso, come è apparso chiaramente, è *responsabilità*.

Questo concetto è stato quindi approfondito secondo diverse ottiche.

L'obiettivo che mi pongo nella mia relazione è quello di proporre un'altra — l'ottica sociologica — al fine di ampliare l'analisi della professionalità infermieristica dotandoci di una vasta gamma di strumenti conoscitivi.

Ho scelto l'ottica sociologica riferendomi in particolare ad una branca di studi — la sociologia delle professioni — che nel corso degli anni ha analizzato il fenomeno delle professioni, inteso come aspetto tipicamente legato alla cultura occidentale.

A mio parere questo è l'ambito disciplinare che può maggiormente aiutarci nell'analizzare il concetto di responsabilità in relazione a quello di autonomia e di professionalità.

Scegliendo come riferimento teorico gli studi di alcuni sociologi statunitensi, vi propongo quindi una sintesi delle riflessioni su tali concetti, declinandoli, poi, nel nostro ambito specifico (1).

Iniziamo perciò da quello più importante e significativo: la professione. Definire questo concetto risulta indispensabile per poter proseguire la riflessione.

Ogni professione quindi anche la professione infermieristica, può essere definita come gruppo organizzato di persone che hanno conseguito il medesimo titolo di studio abilitante all'esercizio professionale.

Ogni gruppo professionale svolgendo la sua attività, per noi l'assistenza infermieristica, presta un servizio a vantaggio della collettività in quanto risponde a specifici bisogni della persona.

Per poter svolgere questa attività l'infermiere, durante il suo iter formativo deve acquisire conoscenze specifiche e metodi di lavoro (disciplina infermieristica), che lo rendono competente nello svolgimento di tale opera, cioè pienamente capace di orientarsi in un determinato ambito operativo nel rispetto dei valori deontologici che il gruppo ha definito (competenza tecnica esclusiva).

Solo a queste condizioni il professionista, l'infermiere può esprimere la sua professionalità, intesa come la capacità di svolgere la propria attività basandosi sul proprio corpo di conoscenze e nel rispetto del codice deontologico (2).

Lo Stato riconosce l'importanza di ogni attività professionale per il benessere della comunità e quindi impone, ai fini dell'esercizio, il superamento di un esame di Stato per il conseguimento del titolo e l'iscrizione all'Albo professionale.

Attraverso ciò lo Stato si fa garante della professionalità di ogni singolo professionista in quanto sulla sua opera è difficile realizzare un controllo sociale, dato che il cliente non è in grado di giudicarla compiutamente.

Solo attraverso questa premessa si possono introdurre i concetti di autonomia e responsabilità.

Infatti l'autonomia decisionale ed operativa del professionista si fonda sulla sua competenza esclusiva, sviluppata durante la formazione.

Essa gli consente una valutazione, una comprensione dei problemi complessi, appartenenti al suo ambito disciplinare, che nessun altro può condurre.

Occorreva quindi presentare questo aspetto per poter introdurre quello inerente l'autonomia professionale che rende il professionista giuridicamente indipendente e autorizzato a procedere, nel suo campo, secondo giudizio proprio.

L'infermiere sviluppa una competenza esclusiva nell'ambito dell'assistenza infermieristica quindi la sua autonomia decisionale ed operativa si esprimerà in tale contesto senza ingerenza alcuna di persone non appartenenti alla professione.

L'autonomia del professionista è naturalmente vincolata all'osservanza di una serie di norme deontologiche implicanti norme giuridiche e vincolanti, comuni a tutti coloro che svolgono quella data attività.

Se il professionista può perciò decidere autonomamente come gestire la sua attività, in altri termini quale prestazione erogare, come e quando erogarla, è ovvio che questo comporti l'assunzione di una personale responsabilità.

È una «responsabilità di natura professionale della quale può essere chiamato a rispondere direttamente in giudizio di fronte a terzi» (3).

In altri termini il professionista, in quanto consapevole e autonomo nel proprio agire, ne risponde in prima persona, diviene così suscettibile di giudizio e di sanzione morale e giuridica.

Conclusa la sintesi su questi aspetti teorici, quale è la sfida per la nostra professione?

A mio avviso, proprio perché questi concetti sono strettamente correlati, occorre risalire a monte e riflettere insieme su ciò che li origina ricollegandoci alla premessa sociologica iniziale.

L'assistenza infermieristica, intesa come l'attività professionale svolta dal nostro gruppo professionale, risponde ad una serie di necessità della persona e della collettività.

Come possono essere quindi definite queste necessità sulle quali si fonda la ragion d'essere della nostra attività?

Per poter rispondere a tale domanda utilizzerò il Modello teorico delle «prestazioni infermieristiche» elaborato dalla S.U.D.I. dell'Università degli studi di Milano (4).

Attraverso tale modello è possibile, a mio parere, individuare una completa concezione della specificità della nostra attività e quindi declinare i contenuti fin qui presentati.

La professione infermieristica risponde a precisi bisogni di assistenza infermieristica. Sono bisogni che la persona esprime in particolari condizioni fisiche o psichiche, di salute o malattia.

Esprimendo, direttamente o indirettamente tali bisogni la persona manifesta l'esigenza di ricevere una forma di sostegno personalizzata, caratterizzata dalla professionalità dell'infermiere.

In base al Modello proposto i bisogni di assistenza infermieristica individuati sono:

- il bisogno di respirare;
- il bisogno di alimentarsi e idratarsi;
- il bisogno di igiene;
- il bisogno di mobilitazione;
- il bisogno di riposo e sonno;
- il bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria;
- il bisogno di un ambiente sicuro;
- il bisogno di sviluppare una corretta interazione nella comunicazione;
- il bisogno di procedure terapeutiche;
- il bisogno di procedure diagnostiche.

L'infermiere risponde a questi bisogni con prestazioni specifiche attraverso le quali dimostra la sua competenza tecnica esclusiva, basta sulla sua Disciplina e sul Codice deontologico.

L'assistenza infermieristica si compone di tali prestazioni ed è questo il nostro specifico contributo alla tutela della salute e della collettività.

Le prestazioni infermieristiche sono così definite:

- assicurare la respirazione;
- assicurare l'alimentazione e l'idratazione;
- assicurare l'eliminazione intestinale e urinaria;
- assicurare l'igiene;
- assicurare la mobilitazione;
- assicurare il riposo e il sonno;
- assicurare la funzione cardiocircolatoria;
- assicurare un ambiente sicuro;
- sviluppare una corretta interazione nella comunicazione;
- applicare le procedure terapeutiche;
- eseguire le procedure diagnostiche.

Nell'erogare queste prestazioni l'infermiere ha una piena autonomia e quindi una precisa responsabilità in quanto:

— per le prime nove decide sull'azione più adeguata per soddisfare il bisogno espresso dalla persona assistita, come realizzarla e quando realizzarla;

— per le ultime due prestazioni decide sulla modalità attraverso le quali eseguire le procedure diagnostiche e terapeutiche.

In conclusione ritengo che la nostra professione finalmente si sia appropriata dei concetti di professionalità, autonomia e responsabilità non più in modo astratto, ma in termini concreti attraverso l'elaborazione di questo Modello qui brevemente presentato.

A mio parere è una conquista fondamentale, non la si legga perciò solo in termini teorici e astratti.

Può consentire al nostro gruppo professionale di possedere un linguaggio comune, elemento indispensabile per elaborare e condividere progetti di sviluppo per l'intera nostra professione.

### **Bibliografia**

1. PRANDSTRALLER G., *La sociologia delle professioni*, Città nuova, Firenze, 1980.
2. *Un modello professionale per l'assistenza infermieristica*, a cura di M. CANTARELLI, atti del Convegno promosso dalla Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università degli studi di Milano, 1987, p. 21.
3. COSSETA A.B., *Professioni sanitarie infermieristiche e tecniche*, USES, Firenze, 1983, p. 9.
4. *Un modello professionale per l'assistenza infermieristica*, opera citata, p. 35.

## *DIBATTITO*



18 novembre 1992 - Mattino

**D.:** DANIELA (Pistoia) - Riprendo il filone degli aspetti garantisti della legge a cui accennava il professor Zauli, e vorrei fare una puntualizzazione parlando di defibrillazioni e di manovre-limite. Quanto a queste manovre credo che dobbiamo renderci conto ed essere consapevoli del fatto che queste cose avvengono e possono avvenire solo in strutture protette dove il medico è in guardia attiva. Quindi sotto l'aspetto del garantismo, non capisco perché ci si debba ancora dilungare su questo argomento. Se queste cose succedessero nel terzo mondo, potrei capire la condizione d'urgenza, ma qui siamo in Italia dove di solito la massima quota di situazioni-limite avviene in condizione protetta in area critica che di per sé deve garantirsi.

**D.:** RAFFIN (Pordenone) - A Pordenone, dopo l'istituzione del 118, abbiamo una realtà diversa rispetto a quella che la collega illustrava. A noi è capitato che ci siamo trovati in strada con determinate problematiche e purtroppo le abbiamo dovute risolvere. È andata bene. Questa è comunque un'esperienza diversa appunto, che credo significativa per qualcuno.

**D.:** FONTANA (Trento) - La mia domanda è per il dottor Zauli ed esula da quanto si è trattato fino a questo momento: io ho dei problemi per quanto riguarda il recupero intraoperatorio del sangue e le reinfusioni. Volevo sapere se ci sono delle tutele per gli infermieri professionali che operano in queste situazioni, perché soprattutto nella fase del risveglio del malato, questa operazione è completamente delegata a noi. In particolare il problema si pone sulla possibilità di sviluppo di sepsi determinate dal fatto che il circuito, contrariamente a quanto dichiarano le ditte fornitrici, in realtà non è un circuito chiuso ed in seguito a dei problemi di trasferimento di sacche di reinfusione; volevo sapere se ci sono delle novità normative su questo argomento.

**R.:** ZAULI - Riguardo alla domanda relativa alla defibrillazione, credo ha già trovato risposta nell'intervento della signora che è intervenuta in seguito, la signora Raffin. In effetti, ci possono essere delle situazioni in cui, l'agire ad esempio su un'ambulanza che sia provvista di defibrillatore, ma che non abbia il medico a bordo e in cui ci sia un infermiere da solo, può presentarsi la situazione strana e rara. A mio avviso non è che con l'aumentare dell'organizzazione il fatto abbia meno incisività, perché anche se aumenta l'organizzazione, per quanto ci siano molti medici, i medici saranno sempre i meno disponibili. Resta comunque il fatto che questo problema di far uscire l'ambulanza con o senza il medico a bordo, rappresenta da molto tempo e tuttora un elemento di dibattito continuo e tale sarà ancora per il futuro.

Per quanto riguarda l'altra domanda, se si provoca un danno per le trasfusioni che vengono effettuate in modo non adeguato, cioè se il recupero del sangue non viene effettuato a regola d'arte, il discorso è molto complicato perché vengono messe in discussione tutte le responsabilità di quelli che producono e distribuiscono i presidi che si adoperano. Difficilmente l'infermiere potrebbe venire chiamato in causa perché le istruzioni per l'uso sono abbastanza semplici. Se ci fosse però lo scambio di una sacca, allora certamente un errore materiale di questo genere sarebbe censurato e sarebbe a carico dell'infermiere. Ricordo che il campo trasfusionistico è uno di quelli nei quali vi è una delle maggiori quantità di errori che avvengono al 90% per scambio di etichette o di flaconi, per errori di non idonea valutazione di cose semplicissime. Quindi la responsabilità può esservi se si tratta di errori materiali; responsabilità può esservi se non si sono seguite alla lettera quelle che sono le istruzioni date; responsabilità può non esservi se il materiale non è idoneo. A questo punto viene messa in discussione la responsabilità di chi ha fatto l'acquisto delle sacche senza verificarne l'uso, della ditta che ha fornito le sacche, di una amministrazione che ha comperato queste sacche su indicazione di un responsabile o di un suo deputato, avendo affidato la scelta a persona non idonea; quindi vi può essere responsabilità anche dell'amministrazione.

**D.:** Voce ? Vorrei essere un po' provocatorio. Ci troviamo in questa situazione: in una mano teniamo il codice penale, nell'altra mano il mansionario, nella terza mano il defibrillatore; un intervento abbastanza difficile. Crediamo e vogliamo porci in questa ottica: nella quarta mano abbiamo un cervello. Vorremmo essere messi in condizione di adoperarlo per recepire nuove conoscenze e una professionalità migliore onde gestire meglio il nostro intervento.

**R.:** LOLLI - Condivido pienamente il suo intervento. Forse mi ripeto un po' anche in rapporto a quello che dirò oggi pomeriggio. Allora, competenza, autonomia e responsabilità a fronte di che cosa? di conoscenze! E da un lato c'è il mansionario. Sul mansionario stiamo discutendo moltissimo. Abbiamo iniziato a discutere in modo puntuale e preciso nell'86, ed è una discussione che va avanti e deve arricchirsi di contenuti teorici e di esperienze e dobbiamo andare avanti. L'Aniarti si è sempre impegnata in questo senso. Dobbiamo portare un contributo ricco sia di teorie che di esperienze ed è quindi indispensabile che facciamo insieme questo percorso.

## *TAVOLA ROTONDA*

LA REGOLAMENTAZIONE DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE  
SECONDO LA NORMATIVA VIGENTE: VINCOLI, OPPORTUNITÀ  
ED IPOTESI DI CAMBIAMENTO PER L'INFERMIERE DEL FUTURO



## Angela Lolli

La tensione della professione infermieristica verso una sua completa legittimazione sia ufficiale che istituzionale trova nella legislazione vigente e nella regolamentazione opportunità e soprattutto vincoli. In particolare vorrei porre l'attenzione sul nostro mansionario, cioè sul DPR 225 del '74, nel quale sono definite le mansioni dell'infermiere professionale, per evidenziare sia i vincoli che le opportunità in questa logica. Per fare degli esempi, l'articolo primo, comma a) non ha trovato a mio avviso un riscontro concreto nella realtà, anche se definisce tra le nostre attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo la possibilità di programmare i nostri piani di lavoro e successivamente attuarli limitandoci ad una semplice presentazione ai superiori. Questa è a mio avviso, un'opportunità che il nostro gruppo professionale non ha pienamente sfruttato. E credo che non l'ha pienamente sfruttato perché tutto il resto di questa normativa vede sottesa ad essa una logica analitica che standardizza rigidamente l'attività infermieristica sottolineandone quindi l'aspetto esecutivo. Difatti per definizione un mansionario, nella sua accezione originale rappresenta lo strumento principe con cui le organizzazioni rigide e gerarchicamente centralizzate standardizzano i comportamenti degli operatori definendo nel dettaglio le procedure e gli atti da compiere. Questa non può essere la logica che guida le attività di un professionista. Infatti il professionista per definizione non è orientato al «fare», ma è responsabilizzato sulle prestazioni e sui risultati che deve e può raggiungere. In altri termini il professionista finalizza la sua attività all'individualizzazione del bisogno della persona assistita e quindi modula la sua risposta al bisogno sempre diverso e quindi personalizzandola. Al termine della sua giornata quindi il professionista non si chiede se ha rispettato il suo piano di lavoro, ma se ha soddisfatto oppure no il bisogno che la persona assistita gli ha manifestato attraverso le tante azioni svolte; quindi un orientamento ai risultati e non solamente al fare o alle azioni da compiere. In questo senso si dice che il professionista è orientato ai risultati dei quali si assume la responsabilità. Questa riflessione fa già parte del nostro patrimonio culturale; da anni ne stiamo discutendo. L'Aniarti nella fattispecie, è stata l'organizzazione professionale che a mio avviso, ha maggiormente divulgato con i suoi congressi e con la sua rivista queste riflessioni. Esse sono scaturite da un lavoro promosso da alcuni Collegi e che vide poi la collaborazione di oltre 40 Collegi provinciali, della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano, dell'Aniarti stessa, del Coordinamento Caposala e del CeRGAS dell'Università «Bocconi» intorno agli anni '86 e '87. Da questa collaborazione, unica per la sua forte partecipazione nella storia infermieristica italiana, si ebbero molti frutti. Innanzitutto il documento che scaturì da questi lavori, che vide una fortissima partecipazione infermieristica, è stato successivamente proposto alla Fe-

derazione Nazionale dei Collegi con l'obiettivo di orientare, una volta condiviso nell'insieme del gruppo professionale, la stesura di una nuova regolamentazione della professione infermieristica che superasse il mansionario. Nell'ambito della Scuola Universitaria si diede poi l'avvio allo studio di un modello teorico italiano che tenesse conto della nostra cultura, in grado di costituire un valido riferimento per i nostri colleghi sia nell'ambito formativo che nell'ambito organizzativo.

Quali prospettive per il futuro? Continuare su questa strada sicuramente intrapresa da tempo, in quanto la discussione è già vivace ed avviata da anni, per non farci trovare impreparati di fronte alle diverse opportunità, consapevoli comunque che questo impegno non è finalizzato solamente allo status della nostra professione, ma è soprattutto finalizzato a promuovere e migliorare il servizio alla persona assistita.

### **Gamba (Avvocato)**

Sono stato chiamato per intervenire sulla normativa giuridica attuale in materia di sanità, con particolare riferimento agli aspetti di responsabilità giuridica, che possono insorgere nella categoria professionale degli infermieri. Mi riallaccio naturalmente a tutto quello che è stato detto negli interventi della mattinata e cercherei di puntualizzare qualche aspetto che, per ragioni di tempo, non è stato analizzato e di fare un discorso generale sulle fonti dell'ordinamento giuridico-sanitario.

La normativa in materia sanitaria è un ambito abbastanza oscuro e complesso. Facciamo un'osservazione di carattere generale: quando noi parliamo di norme che riguardano gli infermieri, purtroppo siamo in presenza di una estrema frammentazione. Stamattina è stato fatto un accuratissimo elenco di norme, al quale mi richiamo ed è necessario fare una distinzione tra le norme operative, o «di azione» e le norme «di relazione». Spiego. Per l'individuazione dei profili di responsabilità giuridica è indispensabile andare ad individuare soltanto quelle norme specifiche che parlano di diritti e di doveri degli operatori sanitari, perché sono soltanto queste le norme che danno una misura di responsabilità. Quando si parla di responsabilità ci si richiama sempre ad un referente; quindi responsabilità nei confronti di qualche cosa. Innanzitutto va sgombrato il campo nei confronti di tutte quelle responsabilità di tipo etico, morale o religioso, cioè di tipo verticale. La responsabilità giuridica è una responsabilità che si caratterizza per la orizzontalità, cioè una responsabilità nei confronti del contesto sociale in cui si opera. Riferendoci a questo tipo di responsabilità giuridica, così come è prevista nelle norme di relazione, cioè quelle che si caratterizzano per avere un'alta portata etico-giuridica che indicano quali sono i diritti e quali sono i doveri, la normativa non è così copiosa e quella che c'è molto spesso riguarda strutture che non sono specificamente quella sanitaria. Sostanzialmente ci dobbiamo riferire al

Testo Unico che è il Regolamento sull'impiego civile dello Stato n. 3 del '57, abbastanza datato, ad un DPR che ha codificato lo stato giuridico dei dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), il 761/79 e poi una norma molto tecnica che è l'ordinamento ospedaliero e una norma molto importante, di cui si parla abbastanza poco, che è la Legge-quadro sul pubblico impiego dove si prevedono tutta una serie di diritti, doveri ed una serie di responsabilità. Infine c'è la copiosissima normativa, sempre più entrante nel merito, della contrattazione collettiva, che molto spesso entra nel campo della responsabilità e può quindi costituire fonte di indicazioni. Manca una peculiarità: non esistono norme che pongano ordine; sono delle norme che forniscono delle indicazioni specifiche dentro alle quali è molto difficile orientarsi.

Per fare un po' di chiarezza rivedrei alcune fonti del diritto sanitario, cioè dei luoghi semantici dove si possono trovare indicazioni utili per la responsabilità professionale.

È necessario esplicitare la natura delle varie fonti. È indispensabile distinguere la differenza che c'è tra un codice deontologico, un codice di diritti fondamentali e il codice penale e la costituzione e il DPR che prevede il mansionario; queste sono tutte fonti che sono di livello gerarchico differente, che stanno in interrelazione fra di loro.

Le fonti che più di frequente vengono citate sono le Carte, in particolare la Carta internazionale dei diritti dell'uomo. La caratteristica di questo tipo di fonti è un'estrema generalità. La Carta internazionale dei diritti dell'uomo è un atto di informazione dell'ONU. La caratteristica di questo atto è di essere un testo unico ricognitivo, cioè fa propri tutta una serie di sub-atti internazionali che sono: la Dichiarazione internazionale dei diritti dell'uomo del '48, il Patto internazionale sui diritti civili e politici, il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali. È importante dire quindi che non è un atto nuovo.

In queste carte sono sanciti dei diritti fundamentalissimi, come la vita, la libertà, il pensiero, l'imparzialità giudiziaria e il buon andamento della pubblica amministrazione. Occorre subito rilevare che la protezione accordata all'individuo da tali norme è scarsa, indiretta e spesso inefficace. Le ragioni di ciò sono molteplici e complesse, ma è possibile cercare anche se brevemente, di comprendere le ragioni principali del fenomeno denunciato. Innanzitutto dobbiamo premettere che ci sono due tipi di norme internazionali: quelle che organizzano la vita degli Stati e le relazioni degli Stati tra loro e poi quelle norme che vanno a regolare direttamente le posizioni giuridiche dei singoli individui e sono quelle che interessano noi in questo momento. Le Carte rientrano sotto questa fattispecie.

Nello stato attuale del diritto internazionale la protezione dell'interesse degli individui singoli, ancorché internazionalmente rilevante, salvo casi sporadici, non viene accordata da patti internazionali indirizzati direttamente agli individui, bensì viene accordata da norme indirizzate allo Stato di cui gli individui sono «sudditi». È un problema concettuale molto significativo quello

di considerare direttamente l'individuo come soggetto internazionale, oppure rimettersi in gran parte alla buona volontà dei singoli Stati di fare propri i desiderata dei trattati internazionali, come avviene nella realtà. Anche nei pochi casi di ricorso diretto del suddito alle corti internazionali, poche sono le sanzioni e di difficile attuazione pratica. Senza considerare la scarsissima informazione che alcuni Stati tra cui quello italiano, fanno ai cittadini su questi strumenti. C'è un problema di tutela giurisdizionale nei confronti di una lesione di un diritto degli utenti; l'accesso infatti alle corti internazionali è un accesso estremamente impraticato per ragioni economiche (è carissimo) e perché i soggetti delle norme internazionali sono gli Stati; non si parla ad esempio di USL. È controverso che si possa impugnare di fronte ad una Corte di giustizia europea un atto posto in essere da una USL o da un ente che non sia lo Stato.

Un'altra categoria di fonti giuridiche è quella dei codici deontologici. I codici deontologici non sono le Carte. La più grossa differenza sta nel fatto che i codici deontologici sono delle «autolimitazioni» da parte di una categoria, mentre le Carte sono delle norme eteroposte, cioè avviene che un organismo sovrastatale dà delle limitazioni agli Stati. Sia nelle Carte che nei codici deontologici c'è una fortissima ambiguità di fondo. Queste grandi proclamazioni di principio a livello internazionale o di categoria possiedono in realtà sempre intrinsecamente un'ambiguità praticamente ineliminabile. Queste proclamazioni contengono tutte delle norme che si possono definire minimali e di buonsenso. Il fatto che ormai da due secoli, cioè dalle prime Carte proclamate dalla rivoluzione francese si avverta continuamente il bisogno di riaffermare i principi in parola, testimonia di fatto l'ipocrisia congenita dei nostri sistemi giuridici e sociali, i quali evidentemente hanno in se stessi i meccanismi che provocano le violazioni di questi principi e allo stesso tempo, fanno solenni proclamazioni attestanti il ripudio morale di tali violazioni.

Alcuni esempi di stravolgimento di questi nobili principi. Basta pensare ai fatti bellici di questi anni. Tutte le Carte ripudiano la guerra come mezzo di risoluzione dei conflitti (ricordiamo le recenti polemiche per la Guerra del Golfo); in particolare poi a Parigi il 12 novembre '90 l'Europa ha firmato una nuova Carta in cui viene bandita per sempre la guerra come mezzo di risoluzione dei conflitti.

Per venire allo specifico campo sanitario, si pensi alla contraddizione tra il notevole impegno profuso al livello istituzionale nel campo della cura clinica e chirurgica di chi è già malato e la scarsissima attenzione che viene data alla prevenzione dei fattori patogeni. Tutto evidentemente nell'ambito di una lettura assai riduttiva del diritto alla salute, altro grande principio sempre ribadito in tutte le Carte fondamentali.

Ed ancora si pensi allo stridente contrasto tra le scarse risorse istituzionali assegnate alla ricerca e la contraddittorietà di quest'ultima indirizzata prevalentemente ai settori a più alta redditività economica. Ricerca che, secondo i principi, dovrebbe essere messa a disposizione della collettività, ma

che nella realtà economica e giuridica è inquinata dalla segretezza necessaria ai fini della brevettabilità. A fronte di questo abbiamo poi i grandi impegni finanziari in settori che poco o nulla hanno a che vedere con la tutela dei diritti della persona.

Quindi le Carte dei principi si basano sostanzialmente su di un concetto falsato di base che è stato definito «illusione di origine illuministica». Secondo questo concetto, la sola produzione di norme scritte è in sé sufficiente ad imporre il rispetto delle medesime e a qualificarle come obblighi e doveri. In realtà ogni giorno è dato a tutti di vedere che tali norme necessitano, ai fini del loro rispetto, della esistenza di precise ed efficaci sanzioni e di organi preposti alla pronta e sistematica applicazione di tali sanzioni. Questa affermazione assume un significato più pregnante nel presente contesto, quando si ponga mente alla problematica concernente l'efficacia dei codici deontologici dei vari profili professionali non solo sanitari. È evidente che in difetto di un preciso sistema sanzionatorio ed applicativo, tali codici non si prestano nemmeno ad una approfondita valutazione dei loro contenuti, consistendo in qualche cosa che assomiglia ad un bonario elenco di buoni propositi.

Altro è naturalmente il valore che può avere il codice come misura della responsabilità quando ad esempio, un reato, però previsto altrove come nel codice penale, prevede come elemento soggettivo indispensabile perché si possa verificare un'ipotesi di responsabilità, la presenza della colpa professionale. Qui certo il codice può avere una rilevanza anche se molto indiretta, nel senso che la non ottemperanza di norme che uno avrebbe potuto e dovuto conoscere, sicuramente è un indice di responsabilità professionale. Ma questa è una tutela molto indiretta; le sanzioni previste dai codici deontologici sono sostanzialmente la sospensione o la radiazione dall'albo, che però è una sanzione che per varie ragioni che qui non stiamo ad indagare, viene poco applicata.

Quindi l'onnicomprendività delle Carte dei principi porta con sé inevitabilmente un altro carattere, quello della genericità dei principi medesimi. Gli esempi di tale genericità sono infiniti, basti per tutti il principio di uguaglianza formale contenuto nella prima Carta fondamentale francese del 1789. In quasi tutte le costituzioni del mondo e nelle Carte fondamentali internazionali è riportato pressoché nella stessa formulazione. Tale circostanza non ha impedito e non impedisce tuttora ad alcun ordinamento di interpretare ed applicare il concetto di uguaglianza degli individui in mille opinabilissimi modi diversi. Questa problematica si connette in parte con quella precedentemente proposta. Infatti i principi contenuti nelle Carte fondamentali necessitano perlopiù di essere concretizzati ai fini della loro applicazione, in specifiche norme di attuazione.

È di facile intuizione allora che uno svuotamento di tali principi può essere attuato almeno in tre modi. Cioè il principio c'è, però concretamente in fase di attuazione, esiste una serie di regolamenti e di norme più specifiche di settore per cui il principio viene lentamente svuotato. Questo meccanismo avviene in tre modi:

— omettendo l'emanazione di norme di attuazione; questo ad esempio è successo in tema di trasparenza per la legge sugli atti della pubblica amministrazione che coinvolge anche il settore sanitario. Questa legge è stata bloccata ed è ancora in parte bloccata perché non si facevano e non si fanno i regolamenti di attuazione che prevedono le modalità di accesso alle pratiche amministrative. Anche il decreto sull'istituzione del «118» risponde in parte a questo tipo di critica; anche lì c'è una «deregulation», nel senso che ci si rimanda a dei protocolli che in realtà non ci sono ancora. Questo è un modo di svuotare i grossi principi che vengono sanciti a livello generale ed astratto;

— altro modo: emanare norme che in concreto tradiscono tali principi; questa è un'ambiguità di fondo di tantissime leggi di settore. Ci si richiama a principi fundamentalissimi della Costituzione, delle Carte ONU ed altre e poi in concreto si vanno ad emanare delle norme che sono esattamente in contrasto con i principi stessi enunciati;

— il terzo modo, che è il più diffuso è quello di privare di adeguate sanzioni e sistemi di controllo le norme applicative. Si fanno cioè le norme applicative ma mancano o non vengono attuate le sanzioni in caso di inottemperanze. È quindi impossibile parlare di responsabilità in senso tecnico-giuridico se poi non c'è un sistema sanzionatorio che rende concreta questa responsabilità. Un esempio per tutti: gli enormi problemi applicativi della riforma sanitaria. Prolificano fenomeni di inefficienza, lassismo, corruzione, interessi privati e corporativi, assenza di controlli. Questi fenomeni praticamente quotidiani contrastano con i motivi ispiratori della riforma sanitaria. La 833 è una legge uniformata a principi assai evoluti: la medicina gratuita per tutti, controllo e gestione sociale dell'attività curativa attraverso organi amministrativi locali di tipo elettivo, integrazione delle funzioni di cura e prevenzione sul territorio nell'ambito dei compiti dei presidi locali, eccetera.

Volendo sintetizzare quanto fin qui osservato possiamo dire che è tuttora viva l'illusione illuministica di voler giuridicizzare ogni norma ed ogni regola pretendendo di vincolare per ciò solo i soggetti preposti all'applicazione delle leggi e delle parti tenute al loro rispetto. Quest'utopia cozza ogni giorno con l'affermarsi di interessi politici e di categoria che di fatto, sono incompatibili con tali regole ma dispongono della forza necessaria per limitare od impedire l'applicazione delle regole stesse. Tale possibilità di inficiare i principi è tanto più ampia, quanto più alto è il livello da cui promanano le proclamazioni in parola e quanto più significativi sono i principi in esse contenuti.

A riprova di questa genericità di principi continuamente proclamati e poi inattuati ecco che spunta la Carta dei diritti dei malati, come fonte normativa, anche se di importanza concreta estremamente minimale.

Una volta esaminati sia pure sommariamente, i caratteri delle Carte e dei codici deontologici, resta forse più facile spiegare un fenomeno molto significativo. Come mai, ci si potrebbe chiedere, nonostante l'esistenza di una Carta internazionale dei diritti dell'uomo e la successiva elaborazione di codi-

ci deontologici spunta la Carta dei diritti dei malati? Salta agli occhi in questa Carta, il contrasto tra la proclamazione di sommi principi ed il carattere rivendicatorio della Carta stessa.

Il problema di fondo è che le carte ed i codici sanciscono principi etici e morali della cui concreta attuabilità abbiamo già parlato, ma prescindono dovutamente, perché sono leggi generali astratte, dai problemi concreti della strutturazione reale regolamentata dei servizi. La Carta dei diritti dei malati invece, ha un carattere più concreto, frutto della quotidiana esperienza del malato, e quindi tutti i principi proclamati vengono in qualche modo ridisegnati, attualizzati e dipanati in una dettagliata casistica di diritti visti in quanto diritti negati. In questa Carta vi sono delle peculiarità anche semiologiche; si usano spesso termini propri più che dell'etica o della morale, termini del diritto e della sociologia finalmente. Si parla di un'organizzazione di base e quindi di efficienza, di sportelli, quindi termini molto concreti e molto operativi. Si parla di denunciare. Emerge dunque chiaramente, per rispondere al quesito iniziale, che non siamo certamente in presenza di una duplicazione di Carte già esistenti, né dell'amorosa eco dei codici deontologici. La Carta del malato riempie spazi lasciati aperti invece da altri documenti. Su questo problema degli spazi lasciati aperti e riempiti poi dalle prassi, dalle consuetudini e dai protocolli, sarebbe interessante ritornare.

Il problema concreto della legislazione che riguarda il vostro settore professionale parte da un presupposto di fondo che non va dimenticato. Esaminando la legislazione che riguarda gli infermieri ci si rende conto che voi siete in un apparato gerarchicamente fortemente strutturato, quindi in un apparato burocratico. Questo certamente stride con quello che invece si richiede dalla vostra professionalità; c'è questa continua altalena tra spirito di servizio, senso del dovere, del servizio sociale, dell'intervento in un problema che è di pubblica necessità e dall'altra parte siete inseriti in una struttura gerarchica e burocratica.

Questa rigida struttura gerarchica è quella che dà i problemi maggiori. È evidente come sia necessario nell'attuale situazione dare spazio al lavoro d'équipe; è necessario ricercare quali siano le pezze normative di appoggio per giustificare una modalità di lavoro che non sia verticalmente strutturato, ma che risponda a quelle esigenze di interrelazione tra le varie professionalità ormai ritenuta imprescindibile.

In realtà gli spazi normativi sono veramente pochi perché l'idea di fondo che domina il Testo Unico sull'impiego civile dello Stato e i rapporti gerarchici, il dovere di subordinazione, le sanzioni disciplinari, sono fortemente improntate a questa gerarchicità.

Allora come fare? Per fortuna la legge presenta sempre il fianco a delle interpretazioni che possono andare in un senso magari difforme rispetto a quelle che vengono sistematicamente adottate. Norma vuol dire squadra, quindi c'è un'apertura da una parte. Spesso è così, rimangono cioè degli spazi di azione. È vero ad esempio che nel Testo Unico sull'impiego civile dello Stato

si parla dell'insubordinazione, però nello stesso Testo Unico si parla anche di una norma di cui nessuno fa cenno, di un dovere di osservazione critica e di collaborazione. Quindi l'idea del lavoro d'équipe in qualche misura rientra in questa norma di diritto-dovere di partecipare. L'omissione di queste osservazioni critiche potrebbe addirittura essere fatta oggetto di un procedimento disciplinare nel caso non venissero attuate osservazioni opportune. Questo è un esempio importante.

Poi ci sono delle altre problematiche relative al lavoro d'équipe che sorgono da situazioni particolari. Tutto il problema delle competenze delegate, degli ordini di servizio, quando e come poter difendersi da un ordine che sembra illegittimo? Quando si ha la netta sensazione di comportarsi al di fuori del diritto, come fare per rientrare nel diritto? E ci si deve poi rientrare sempre oppure ci sono delle discriminanti? È insomma il problema di trovare degli spazi che però comportano un ulteriore incremento di responsabilità. Se io decido di sottopormi ad una valutazione da parte di un giudice è chiaro che questo comporta dei sacrifici. Infatti, nella gerarchia delle fonti i DPR sono sicuramente subordinati alla Costituzione e alle leggi generali. Allora se un mansionario vi dà delle indicazioni operative e avete l'impressione che questo mansionario non stia così tanto nelle fonti superiori, in questi principi sacrosanti e generalissimi che continuano a ribadirci, allora ci sono degli spazi per sottoporsi ad un vaglio sull'esistenza o meno della propria responsabilità. Possiamo chiamare questo, obiezione di coscienza, dovere civile, coraggio civile o in altre forme, ma la sostanza è chiara. È chiaro però che tutto questo bisogna volerlo perché il diritto, contrariamente al suo nome è obliquo. Cioè il diritto, quando si parla di reato e di responsabilità ad esempio per l'omicidio, non dice, «non devi uccidere» come se fosse un comandamento, ma semplicemente «chi uccide viene punito con...»; è una grossa obliquità del diritto. Il diritto non dice che se io commetto un omicidio in stato di necessità quell'omicidio non è reato; il reato c'è, solo che ne può venir esclusa la punibilità. In qualche modo dal punto di vista etico la macchia di aver commesso un reato rimane; quindi c'è una grossa ambiguità. C'è la discriminante dello stato di necessità che però esiste. Quindi utilizzando nel giusto modo questo stato di necessità, anche controllando i casi giudiziari reali, molto spesso la vostra figura rimane quasi indenne da un addebito di responsabilità.

Dal punto di vista della responsabilità all'interno del lavoro d'équipe c'è un altro problema che credo vale la pena di ricordare. Il tema della responsabilità civile. In particolare la tutela assicuratoria della responsabilità civile. Spesso la pubblica amministrazione stipula delle assicurazioni di responsabilità civile a favore del dipendente. Questa è un'esclusione di responsabilità civile solo perché la responsabilità penale non è mai esclusa. Questo è un principio di «favour» nei confronti dell'utente, nel senso che si dà atto che in alcuni casi è difficile individuare il nesso causale tra il comportamento di un operatore sanitario ed un atto lesivo, senza aspettare le more e i tempi che sono generalmente molto lunghi interviene allora l'assicurazione obbliga-

toria. Così come c'è una responsabilità «solidale» da parte dell'amministrazione, per cui, sempre per un principio di «favour», paga la pubblica amministrazione, salvo poi eventualmente il diritto di rivalsa nel caso risultasse colpevole il dipendente. Questi interventi sono stati visti come un temperamento alla cosiddetta «overdeterrence», cioè a quella eccessiva responsabilizzazione del personale sanitario, che funziona un po' come da contraltare a quell'altro atteggiamento paternalistico che viene riscontrato nelle strutture pubbliche. Quindi da una parte c'è la struttura gerarchica avvolgente, coprente, la teoria dei panni sporchi che si lavano in casa, dall'altra questo pericolo di responsabilità incrociate penali, civili amministrative che comunque incombe. Ma non tutti i magistrati conoscono così bene i problemi delle strutture sanitarie e l'emergenza che c'è e quindi è un problema da tenere presente. In alcuni casi il legislatore interviene per evitare la «overdeterrence» da una parte e dall'altra parte per garantire un risarcimento indennizzatorio.

Un altro tipo di intervento è la legge che prevede l'indennizzo a favore dei soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni ecc. ; è una legge recente del febbraio del '92. Qui si prevede un indennizzo sia per gli utenti che subiscano delle lesioni, delle infermità in seguito alle vaccinazioni obbligatorie, sia per gli operatori sanitari che contraggono l'infezione da HIV (è la prima volta che se ne parla) in occasione e durante il servizio e che da questa infezione (sembra una battuta questa affermazione) abbiano riportato danni permanenti all'integrità psicofisica. Questo indennizzo prescinde assolutamente da quella forma di indennizzo da responsabilità civile e di risarcimento dei danni di cui abbiamo già parlato. Questo è un indennizzo «a fortiori», cioè che prescinde da ogni dimostrazione di responsabilità di qualche tipo. Questo perché a volte si verificano dei danni anche nel compimento di atti leciti, danni che devono essere in qualche modo indennizzati. Potremmo chiamare questo un intervento di sicurezza sociale.

Il campo sarebbe ancora ampio, ma lascio spazio al dibattito.

#### **A. Silvestro**

Anche questo intervento ci offre molti spunti di dibattito. Siamo partiti dalla puntualizzazione fatta dalla collega Lolli su quello che per noi è il mansionario. Poi siamo stati riportati dal dottor Gamba ad un contesto un po' più ampio perché comunque quando noi consideriamo il nostro mansionario non possiamo prescindere da tutta una serie di riferimenti ampi, a codici, a Carte, a norme nazionali ed internazionali, nell'ambito delle quali noi dobbiamo analizzare anche le norme che più specificamente ci riguardano; questo perché altrimenti rischiamo di focalizzare l'attenzione solo su una parte di quello che significa responsabilità giuridica. Importante credo, tenere in considerazione tra i vari spunti, la genericità dei principi che prescinde da quelli che sono invece i problemi strutturali con i quali noi ci confrontiamo

tutti i giorni nel nostro lavoro. Per cui sappiamo benissimo che cosa questo significa. Ancora ci è stato indicato un altro percorso: provare a valutare quanto il lavoro d'équipe e quindi l'utilizzo di strumenti che vengono elaborati in équipe possa aiutarci ad andare oltre a quella che è la strutturazione così specifica del mansionario.

### **Licia Giuliana Sema**

Di fronte alla lettura della legislazione, al professionista si pongono due modi di pensare:

— primo: «se il legislatore l'avesse voluto l'avrebbe detto». Si legge sic et simpliciter il testo di legge e si attua in una posizione corretta ancorché riduttiva le prestazioni a cui si è tenuti;

— un altro modo poi, a mio giudizio molto più professionale ed anche molto più strategico per una professione in crescita come la nostra, è quella di ricercare tutte le potenzialità che gli articoli di legge presentano.

Lolli ha parlato della pianificazione dell'assistenza non certamente ampliata, attuata ed interiorizzata nel modo che ci si sarebbe potuto aspettare da una professione come la nostra.

Un altro aspetto che potrebbe sembrare minimale del mansionario: il controllo delle pulizie. Il controllo delle pulizie, detto così, può significare una mansione, una funzione avvilente e degradante del nostro lavoro. Ma considerate solo gli spazi che offre il controllo delle pulizie se noi applichiamo questo alla valutazione delle prestazioni e magari delle ditte in appalto. Ecco che questo piccolo articoletto di legge, vissuto magari non positivamente dalla professione, anche se noi, vecchie infermiere, siamo addestrate a pulire molto bene alcuni materiali ed apparecchi, perché si diceva che chi sa pulire sa anche controllare se le pulizie sono fatte bene, questo articolo ci consente di tenere in considerazione elementi non da poco. Pensate ad un operatore formato, cosciente, che si pone in atteggiamento professionale rispetto agli ambiti del suo operato, che dice: «io voglio presidiare le pulizie». Egli individuerà dei criteri, elementi che permettono di dire se le cose sono fatte bene o sono fatte male; magari si ispira al capitolato d'appalto e sistematicamente li rileva nel suo servizio o se è un operatore professionale dirigente, invita i suoi collaboratori caposala e infermieri professionali a rilevarli in tutto l'ospedale. Quando si raccolgono 100, 200, 1.000 questionari predisposti con metodologia scientifica, non esiste più alcuna resistenza che tenga. Non sono io che dico che la pulizia è insufficiente, io, responsabile degli aspetti assistenziali ed alberghieri per legge, ma dimostro un fatto, dati alla mano, traducendo la talvolta vana e poco pregnante espressione verbale, nella pesante e significativa dimostrazione numerica. Il peso e la forza del numero rispetto alla bellezza della parola. Questo è un piccolo esempio di come un aspetto di legge si traduca in uno strumento di qualificazione professionale.

Secondo elemento che considererò brevemente: il tema delle ricerche sui tempi e le tecniche dell'assistenza. Noi sappiamo bene che il settore sanitario è un settore ad alta intensità d'uso della risorsa umana. Si sa che la gestione del personale è la chiave di volta dell'intero sistema. Si sa che l'infermiere professionale è responsabile di coordinare la sua équipe, la capo sala gli operatori del suo servizio, la caposervizio gli operatori dell'intero ospedale. La legge prevede che noi programmiamo, gestiamo, organizziamo la principale risorsa dell'intero sistema sanitario nazionale. Evidentemente questo è un momento di responsabilità altamente professionale, che traducendosi nel massimo impegno di spesa del servizio sanitario, deve trovare risposte professionalmente adeguate. E qual'è la risposta professionalmente adeguata? È la risposta del professionista che si fa carico dei problemi che emergono nel paese, che conosce la legislazione che lo riguarda, che la legge con senso critico, dialettico, propositivo e strategico e mette in essere tutte le sue capacità e potenzialità per una risposta che emerge dai bisogni del paese. Perché colleghi, il nostro referente è il cittadino italiano. Io rispondo al mio direttore sanitario, come voi ai vostri primari, alle caposala eccetera, ma la risposta deve essere data ai bisogni della popolazione.

Oltre a questo accennerò soltanto ad un aspetto che non abbiamo ancora trattato. L'aspetto della gestione monca dei Servizi infermieristici. Nessuna professione che sia una professione viene gestita, guidata, organizzata da altre professioni. E in previsione, noi siamo nell'imminenza di perdere anche la gestione delle scuole.

Quindi ecco momenti di grave riflessione che la nostra professione deve tener presenti altrimenti i nuovi infermieri ai quali oggi l'Aniarti offre questi contenuti così pregnanti e significativi, verranno formati in funzione di un'altra professione.

## DIBATTITO

### A. Silvestro

Credo di poter affermare che i tre relatori hanno evidenziato l'ampia panoramica nella quale ci possiamo muovere per il dibattito. Siamo partiti dal mansionario per fare un'analisi più ampia di tutta la strutturazione normativa e scendere di nuovo al mansionario per andare poi a considerare quali comunque sono gli aspetti della normativa vigente che noi non abbiamo saputo o voluto leggere con tutte le opportunità che venivano date. Ci sono molti temi da dibattere ed approfondire. Il riferimento alla realtà quotidiana dei reparti credo sia uno stimolo importante per suscitare il confronto. Il dibattito è aperto.

**D.:** GAMBERONI. Vorrei porre una domanda all'avvocato sul tema del rapporto tra responsabilità e delega. Se si dice che il professionista ha una competenza tecnica esclusiva, questo come sta in rapporto con la delega. Cioè se io ho una competenza esclusiva, come posso delegare qualcosa che è esclusivo mio, perché in questo caso non è più esclusivo. Questo mentre è chiaro per il personale medico, infatti si diceva la terapia non si delega se non in casi particolari. Rispetto al personale infermieristico, questo come si può studiare perché se noi notiamo che diciamo che siamo professionisti perché abbiamo una competenza tecnica esclusiva e poi ci sono le leggi sull'operatore tecnico addetto all'assistenza eccetera e tutto quello che consegue, che dà alcune fette della nostra competenza infermieristica ad altri. Questo come lo possiamo giocare? Perché molta della nostra professione credo che si giochi anche su questi aspetti che non sono molto conosciuti dagli infermieri.

Anche il discorso di responsabilità organizzativa, nell'ambito della legislazione vigente, come lo possiamo collocare? È vero che si parla di lavoro di gruppo, ma abbiamo ancora una matrice gerarchica dell'organizzazione e quindi la responsabilità organizzativa che diventa responsabilità diffusa, se non vado errato, come si colloca nella matrice gerarchica dell'organizzazione?

**R.:** GAMBA. La domanda tocca un punto estremamente controverso. Posso dare solo una risposta di diritto positivo, cioè in base a quello che esiste nella legislazione, posto che manca una disciplina che definisca le competenze professionali specifiche e posto che tutti desideriamo che il legislatore intervenga con dei protocolli che non siano settoriali, non siano lasciati all'iniziativa dei vari enti, ma dei protocolli generali validi su tutto il territorio nazionale (che tengano presenti naturalmente le varie differenze).

Per rispondere alla prima domanda sulle competenze delegate, possiamo affermare che delegare una competenza propria è sicuramente un illecito sia per chi delega, sia per chi pone in essere la delega. Per le deleghe poi non vengono seguiti i canoni procedurali come per l'ordine di servizio ad esempio; il più spesso queste deleghe vengono fatte al telefono o correndo nei corridoi. Il problema operativo è come tutelarsi di fronte a questa vicenda. Su questo la legge purtroppo è molto chiara. Il Testo Unico dell'impiego civile dice da una parte che c'è un dovere di obbedienza. Dall'altra il codice penale all'art. 51 pone come scriminante l'esercizio di un dovere o l'ottemperanza ad un ordine. Questo ha un valore che va temperato con quella che è la procedura dell'ordine di servizio. Si dice anche che l'ordine rifiutato perché ritenuto illegittimo, quando è ribadito in forma scritta deve essere eseguito. C'è una serie di «però» che sono sottovalutati.

Intanto bisogna fare una netta distinzione se questo ordine sia illegittimo da un punto di vista civile o amministrativo oppure c'è illegittimità penale. Nel primo caso vale quello che dice il Testo Unico e cioè, che una competenza illegittimamente delegata, in base al diritto positivo, se l'ordine è illegittimo per una norma civile, quando venga ribadito con i crismi, va eseguito. Però

c'è un diritto di rimostranza. Il Testo Unico prevede il diritto-dovere di rimostranza, per cui se si esegue un ordine illegittimo senza fare la rimostranza si è passibili di responsabilità. Per cui la rimostranza va fatta.

Quando invece l'ordine è illegittimo da un punto di vista penalistico come ad esempio l'esercizio abusivo di professione che è un reato previsto dal codice penale? L'art. 51 del codice penale però non ha solo il comma conosciuto, ma ne ha un altro meno conosciuto, che dice che, e cito: «l'esercizio di un diritto o l'adempimento di un dovere imposto da una norma giuridica o da un ordine legittimo della pubblica autorità esclude la punibilità. Se un fatto costituente reato viene commesso per ordine dell'autorità, del reato risponde il pubblico ufficiale che ha dato l'ordine. Risponde del reato altresì chi ha eseguito l'ordine, salvo che per errore di fatto abbia ritenuto di obbedire ad un ordine legittimo». Sostanzialmente questo significa che se uno esegue dopo aver ricevuto un ordine scritto, un comportamento che costituisce reato come una competenza delegata in violazione delle norme che prevedono l'abuso di professione, è corresponsabile dell'eventuale reato. La disciplina qui è chiara. C'è però lo stato di necessità o lo stato di forza maggiore, che sicuramente vale come scriminante. Quali sono gli spazi per una autodifesa in queste situazioni? Se c'è lo stato di necessità lo spazio c'è, è un rischio, ma ci sono delle norme che impongono un intervento in stato di necessità per l'incarico di pubblico servizio in particolare.

Diversamente che fare se non c'è lo stato di necessità, ma mi sembra importante intervenire per risolvere una situazione? Il mansionario è un DPR; ci sono delle norme di fonte superiore e da ultimo la costituzione, ma anche la Riforma sanitaria che prevede il diritto alla salute. Non sarebbe il caso di porsi il problema della legittimità di questo mansionario così come è impostato? Uno certo non può farsi la legge da solo, però può sottoporsi ad un giudizio nel quale venga sollevata la questione di costituzionalità, che non è poi così drammatico. Ci sono dei movimenti politici e culturali che lo fanno sistematicamente e che non aspettano che di essere incriminati per sollevare il problema. Questa può essere una via, che tra l'altro sta prendendo piede, per risolvere situazioni che una legge troppo stretta non riesce a risolvere.

Sulla responsabilità organizzativa ed il lavoro di équipe. Sul diritto positivo Lei ha ragione.

Oggi con questa struttura organizzativa gerarchica, gli unici limiti di collaborazione in senso verticale sono appunto il dovere di rimostranza, il diritto di fare osservazioni critiche e dall'altra parte c'è il dovere di obbedire agli ordini impartiti dall'autorità. La legge non dice di più. Il rapporto è effettivamente gerarchico. Che cosa si potrebbe pensare che il legislatore si metta a fare «de jure condendo»? Ad esempio, dare spazio all'idea di contratto sanitario. Questa è una rivoluzione copernicana, cioè modificare la struttura gerarchica del servizio sanitario, che ha come ultimo anello quell'atto amministrativo con cui l'ammalato viene introdotto nella struttura sanitaria. Contro i quali atti amministrativi normalmente gli strumenti di tutela non sono quel-

li del diritto civile ma i ricorsi amministrativi. Una struttura organizzata ha quindi i suoi schematismi rigidi, che vanno seguiti anche per le forme di tutela.

L'idea del contratto sanitario viene considerata normalmente per quanto riguarda le garanzie del malato ma il movimento creato su questa tematica ha portato a considerare l'ingresso del malato in ospedale non come un atto amministrativo ma come un vero «contratto sanitario» per cui il cittadino paga per delle prestazioni e si sottopone, concorda, un trattamento sanitario. Questo ha delle implicazioni enormi dal punto di vista della rescindibilità del contratto, della responsabilità, della manifestazione del consenso (altro che consenso presunto!).

**D.: BELLI (Genova).** L'avvocato Gamba e la collega Sema hanno affermato che se noi avessimo maggiore coscienza delle leggi esistenti saremmo in grado anche di ottenere maggiori risultati. Ci sono delle cose che sono nate al di sopra di quello che può essere considerato lo scenario sociale reale, come ad esempio, le attuazioni mai avvenute di leggi internazionali pur ratificate da parte dello Stato italiano di legislazioni sulla formazione infermieristica che ci avrebbero fatto fare dei notevoli progressi.

Poi, che una professione sia riconosciuta per il fatto di avere un'iscrizione all'albo, per avere l'autonomia per lo specifico, eccetera, siamo ancora qui a discutere di autonomia.

Sul piano formativo, con l'inizio dei corsi all'università, stiamo correndo un serio pericolo per il fatto che ci siano solo medici a formare i nuovi infermieri, che rischiano di essere fatti diventare funzionali al lavoro del medico. Virginia Henderson nel '60 ha scritto che l'obbedire agli ordini del medico rappresenta solo un malvezzo e non ha supporto scientifico; pertanto non ha senso questa dipendenza, mentre ha senso la creazione di un rapporto non gerarchico ma funzionale con le altre professioni. Questo però si realizza attraverso il passaggio all'università. Resta il problema di far stare gli infermieri e non i medici all'università.

**D.: Voce (?).** Per quanto riguarda la responsabilità e l'abolizione del mansionario, se guardiamo la realtà della struttura sanitaria pubblica dove la maggioranza di noi opera, vediamo che l'infermiere presso l'opinione pubblica non gode della stima che si meriterebbe. Questo credo dipenda anche dal fatto che il mansionario limita la sua professionalità. Ci sono alcuni che trincerandosi dietro il mansionario non fanno quello che sarebbero in grado di fare e dovrebbero fare. In altre parole, secondo me il mansionario copre i furbi ed indirettamente colpisce tutti. Se non c'è l'autonomia è anche perché alcuni infermieri si fanno scudo del mansionario. Togliamolo il mansionario! Non saremo vincolati a determinate prassi che comunque ogni giorno scavalchiamo a destra e a manca!

**R.: LOLLÌ.** L'abolizione del mansionario è certo un grosso problema. Dal

punto di vista teorico nessun professionista ha un mansionario, perché ciò che deve fare e come lo deve fare in una determinata situazione glielo dice la sua conoscenza ed il suo indirizzo deontologico. L'esempio portato anche da studiosi dell'organizzazione è quello del medico in sala operatoria. In sala operatoria due medici, l'anestesista ed il chirurgo, non hanno il mansionario, ma ognuno di loro sa che cosa deve fare e come lo deve fare perché gliel'ha detto la sua formazione ed il suo indirizzo deontologico. Questo è un primo punto fermo. Nulla vieta che strategicamente il gruppo infermieristico italiano chieda di fare dei passi intermedi per arrivare a questo punto. Ma quanto accennato è la base essenziale di partenza.

**D.:** D'ADDIO (Firenze). Non ho domande in particolare da fare, ma solo una riflessione. Spesso nelle nostre discussioni si pongono situazioni in un modo molto estremistico e sembrerebbe di dover rispondere che il giusto è un modo oppure un altro. Le risposte in base alle leggi sembrano indicare chi sbaglia e chi fa bene. Ma chiediamoci: nella realtà, e questo evidenzia anche il grosso limite del mansionario, esiste sempre il bianco e il nero? Nella realtà le mille sfumature del grigio che sono la nostra realtà professionale di tutti i giorni, dove le mettiamo e chi ce le copre? Questa infermiera che non ha eseguito la sieroprofilassi secondo la consuetudine del reparto, ha fatto bene o ha fatto male? Forse nessuna delle due cose, perché se si parla di lavoro di gruppo, se si è un team, un'équipe che lavora assieme allora ci sarà una sinergia che non è la semplice somma di quello che faccio io più quello che fa l'altro. È un integrarsi che comporta anche il reciproco, non dico controllo, ma una verifica reciproca di quello che comunque fa parte di un piano di cure generali. Quindi non vedo tanto un problema di suddivisione di compiti parcellizzati. È più questione di distribuire gli interventi anche se è ovvio che per alcune cose c'è pertinenza esclusiva di una certa professionalità. Occorre tener presente poi che esistono situazioni complesse e la possibilità di utilizzare i protocolli. Il mansionario in un quadro così è qualcosa da abolire perché le prescrizioni forse le elenca e ce le può coprire, ma le funzioni che comprendono ben altro nel loro espletamento, chi ce le copre? Chi ce le riconosce con un mansionario così stretto?

**D.:** STANGANELLO (Palmi). Il mio è un intervento per ringraziare i relatori e tutti quelli che hanno reso viva questa giornata. Se da una parte andiamo a casa ancora con tanti dubbi sul concetto di responsabilità, dall'altra c'è da dire che abbiamo finalmente capito che vogliamo essere dei professionisti che si pongono nell'ottica della salvaguardia dello Stato sociale, inteso come servizio reso a tutta la collettività. Abbiamo anche capito che ci sono altre cose da fare prima ancora di individuare le responsabilità. Le relazioni del collega Drigo e di altri hanno evidenziato che è aumentata la quantità di infermieri che hanno capito l'importanza di individuare con chiarezza il quadro concettuale sulla cui base l'infermiere si deve muovere ed operare. Inoltre

si è evidenziato che la professione non può progredire se rimane divisa in tanti frammenti, se i protocolli non sono inseriti in un corpo unico di conoscenze scientifiche per tutta la professione infermieristica italiana. Di tutto questo, io infermiere della Calabria, sono contento perché vuol dire che c'è bisogno di tutti, di tutta la sanità al completo, del Nord e del Sud.

**D.:** BONINI (Firenze). Una richiesta di precisazione al dottor Gamba. Credo di non aver capito bene: se c'è un permesso scritto un infermiere può fare quasi tutto? Se di routine c'è scritto che l'infermiere può fare una sieroprofilassi o altre terapie, la può fare? E se il paziente muore oppure ha una reazione allergica, che cosa succede? Grazie.

**R.:** GAMBA. Non è esattamente così. Non è che se c'è una prescrizione scritta non ci sia più alcun problema. La prescrizione scritta potrebbe risolvere dei problemi dal punto di vista della responsabilità indennizzatoria nel caso in cui ci fossero delle conseguenze alla integrità psicofisica. Questo anche perché ci sono due articoli del Codice Civile, che in questo senso sono molto chiari; l'articolo 2049 «Responsabilità dei padroni e dei committenti», che è un articolo che riguarda l'ambito privato, ma che si applica anche nel pubblico impiego. Su tale base «i padroni ed i committenti sono responsabili per i danni arrecati dal danno illecito provocato da loro domestici o commessi (abbiate pazienza se qui parliamo di categorie un po' diverse, ma si applica anche alla vostra) nell'esercizio delle incombenze a cui sono adibiti». Questo vale per le responsabilità extracontrattuali.

Per le responsabilità contrattuali invece, ovvero l'articolo 1228, «Responsabilità per fatto degli ausiliari, ... Salvo diversa volontà delle parti, il debitore che nell'adempimento dell'obbligazione si vale dell'opera di terzi, risponde anche dei fatti dolosi e colposi di costoro». Quindi una copertura da questo punto di vista c'è.

Dal punto di vista penalistico, per le ragioni di cui abbiamo parlato, non solo se ci fosse un ordine scritto non andrebbe indenne da responsabilità penali, ma ci potrebbero essere delle responsabilità penali per eventuali conseguenze dannose; ma non solo: c'è anche una responsabilità penale immediata che è quella di non aver esercitato il diritto di rimostranza, di non essersi rifiutato con tutte le forze di commettere un reato, perché di reato si tratta, di non avere, in quanto incaricato di pubblico servizio, avvisato l'autorità giudiziaria del fatto che stava per commettersi o che si era commesso un reato. Quindi non è che se ci fosse stato qualche cosa di scritto l'infermiera sarebbe andata completamente esente da qualsiasi responsabilità. Tanto più che nel caso citato, dal punto di vista penalistico, non mi pare fosse stato prospettato lo stato di necessità o altra scriminante.

# RUOLO FORMALE E SOSTANZIALE DELL'INFERMIERE; QUALE LO SCOSTAMENTO

ANGELA BRANDI

Dirigente dell'assistenza infermieristica - Ministero della Sanità

## Premessa

Parlare del ruolo professionale centrando l'attenzione sugli aspetti formali che ne definiscono la natura e le caratteristiche di esercizio e sulle modalità con le quali, nella realtà, esso viene esercitato, significa:

a) interrogarsi sulla natura e sul modo di dover essere infermieri nella società e nelle istituzioni (perché siamo, chi siamo);

b) individuare le dimensioni reali dell'essere infermiere nelle istituzioni e nella società (come siamo).

Se superiamo il livello di teorizzazione del primo aspetto del problema che ci porterebbe a dover verificare se le conoscenze e le capacità tecniche del professionista infermiere sono, oggi, coerenti con la natura e le dimensioni dei bisogni sanitari, dando per acquisito che il processo di formazione abbia sviluppato nell'infermiere il senso dell'identità professionale come presupposto indispensabile alla attuazione del ruolo specifico che la società riconosce, parlare di ruolo formale e ruolo sostanziale significa riuscire a tradurre in elementi visibili, misurabili e valutabili la professionalità.

La connotazione professionale del ruolo infermieristico è la risultante del rapporto tra i seguenti elementi:

- a) il possesso di conoscenze e di capacità tecniche;
- b) adeguate a risolvere problemi assistenziali e di tutela;
- c) di persone che hanno bisogni di natura sanitaria;
- d) verificate attraverso un esame di Stato che abilita;
- e) all'espletamento di determinate funzioni e al compimento di attività professionale;
- f) specificate in appositi documenti formali;
- g) in regime di attività riservata e con autonomia di giudizio.

È quest'ultimo elemento a caratterizzare, nella sostanza, la professionalità dell'operatore. Esso rappresenta la modalità di esercizio del ruolo formale e quindi di attuazione delle funzioni assegnate al professionista sulla base delle competenze e delle conoscenze che gli vengono riconosciute. Rappresenta, in sintesi, il «come siamo e come operiamo» e il «che cosa facciamo», ed è l'analisi e la descrizione di questa variabile che ci consente di delineare l'aspetto sostanziale del ruolo professionale.

Non ritengo necessario soffermarmi sulla definizione del ruolo e della funzione specifica dell'infermiere trovandomi in un contesto professionale al-

l'interno del quale, ormai da anni, si è consolidato un fortissimo senso di appartenenza e dell'identità professionale.

Vorrei invece sottolineare che, quanto di seguito dirò in merito ai contenuti della professionalità infermieristica, ha come riferimento l'attuale sistema di regolamentazione del ruolo e delle attività professionali e un modello organizzativo dell'assistenza basato sulla divisione del lavoro in rapporto alle risorse disponibili e al tempo lavorativo di ciascun operatore.

I risultati della ricerca rappresentano una esemplificazione di quale sia il modo di lavorare dell'infermiere in ospedale e consentono di fare alcune riflessioni su come sia possibile, da protagonisti piuttosto che da spettatori, modificare una condizione di lavoro a dir poco deprofessionalizzante.

### **Infermiere in ospedale: dalla teoria alla realtà. Il contesto di riferimento**

Lo studio è stato condotto da un gruppo di infermieri ed è stato progettato allo scopo di migliorare l'organizzazione del lavoro infermieristico in ospedale agendo soprattutto sui criteri di impiego delle risorse disponibili. Infatti si ipotizzava che il personale infermieristico assegnato ai reparti di degenza non fosse utilizzato in modo adeguato e che, di conseguenza, si verificasse un notevole spreco delle risorse disponibili.

L'indagine è stata condotta in un ospedale pubblico ed ha interessato la totalità degli infermieri professionali assegnati ad un reparto di ortopedia e traumatologia di 42 posti letto.

L'analisi del lavoro è stata preceduta dall'analisi della struttura al fine di identificare quali e quante variabili intervenivano a determinare, dall'esterno, il modello organizzativo dell'assistenza.

Lo studio è stato progettato in modo tale da fornire risposta ai seguenti quesiti:

- 1) quali sono le attività svolte dal personale infermieristico?
- 2) qual è il carico specifico per ciascuna delle attività svolte?
- 3) come sono distribuite le attività nei turni di servizio e nelle modalità di turno?
- 4) in quale misura il personale infermieristico svolge attività non corrispondenti al proprio livello di competenza?

La ricerca non era quindi finalizzata a valutare la qualità delle prestazioni né a determinare i tempi di espletamento.

La rilevazione dei dati è stata preceduta dalla partecipazione del gruppo ad un corso di aggiornamento-addestramento sull'analisi del lavoro.

### **Strumenti e metodologia**

Il metodo utilizzato è l'analisi del lavoro.

L'unità di analisi è rappresentata dalle singole mansioni svolte dal personale infermieristico nelle 24 ore.

La mansione rappresenta il livello di scomposizione massima delle attività.

I dati sono stati raccolti tramite questionario autocompilato.

La rilevazione è stata condotta per 25 giorni consecutivi e, attraverso osservazioni e registrazioni a campione effettuate dall'infermiere responsabile della ricerca, è stata effettuata una verifica contestuale dall'attendibilità dei dati. Ogni rilevazione è stata identificata con un codice numerico al fine di consentire una elaborazione automatica dei dati.

Il criterio di validità e significatività statistica dei dati è rappresentato dal numero di osservazioni rilevate.

La totalità delle rilevazioni (pari a n. 727) definisce l'ampiezza del campione e, quindi, i margini di interferenza (e cioè di trasferibilità) dei risultati alla popolazione di riferimento (infermieri professionali che operano nei reparti di degenza ospedalieri appartenenti alla classe delle specialità di base: chirurgia generale, medicina generale, ortopedia e traumatologia, ostetricia e ginecologia).

In base al criterio della esclusione per ripetizione è stato definito un campione finale di 545 osservazioni.

Per facilitare l'elaborazione dei dati e per consentirne anche una analisi tipologica e qualitativa, le singole mansioni sono state raggruppate e distribuite tra le seguenti 7 classi di attività individuate sulla base di criteri specifici assunti a priori:

- 1) assistenza diretta specificata in assistenza diretta di base, tecnico-specialistica e comunicazione col paziente;
- 2) assistenza diretta o di supporto;
- 3) attività amministrativo-burocratiche;
- 4) attività alberghiere;
- 5) attività al di fuori del reparto;
- 6) altre.

La settima categoria è rappresentata dall'inattività.

I criteri di assegnazione delle mansioni alle singole classi di attività sono stati individuati dal gruppo di ricerca nella fase di elaborazione del protocollo di studio.

## **I risultati**

In relazione all'oggetto del mio intervento ritengo importante soffermarmi soltanto su alcuni risultati della ricerca rinviando, per una più approfondita conoscenza del metodo utilizzato e del rapporto finale, alla pubblicazione riportata in nota (\*).

Mi preme infatti condividere con voi alcune fondamentali riflessioni.

Che l'infermiere espleti a pieno o soltanto in parte il ruolo che gli viene riconosciuto in un contesto altamente strutturato qual è l'ospedale, è dimostrabile anzitutto determinando il livello di specificità delle attività da lui

---

(\*) BRANDI A., *L'organizzazione del lavoro infermieristico in ospedale - L'analisi del lavoro*, Rosini editrice, Firenze, 1992.

svolte sulla base delle competenze assegnategli formalmente. Questo consente di individuare l'esistenza di una eventuale area di sovrapposizione tra ruoli e professionalità diverse partendo dal presupposto che, il segno più tangibile della scarsa identità di ruolo all'interno di un sistema di relazione tra ruoli diversi, è la presenza di una proiezione costante e duratura della operatività individuale e di gruppo verso ruoli e tipologie di attività non proprie. Ai fini dell'affermazione e del riconoscimento del proprio ruolo, la condizione professionale dell'infermiere cambierà di poco se questa proiezione è verso l'alto (espletamento di mansioni superiori) piuttosto che verso il basso (espletamento di mansioni inferiori).

La ricerca ha dimostrato quanto sia labile ed inconsistente il confine che delimita l'ambito delle competenze infermieristiche in ospedale e quanto sia distante il ruolo sostanziale dell'infermiere da quello che la stessa istituzione di fatto gli riconosce nel momento in cui ricorre alla sua specifica professionalità.

Applicando alle singole rilevazioni il criterio della responsabilità diretta e della competenza specifica, il 35,2% delle mansioni svolte dall'infermiere nelle 24 ore è risultato trasferibile ad altri operatori. Il tasso di specificità è stato quindi valutato nell'ordine del 64% (fig. 1).

Del totale delle mansioni improprie, il 70% è risultato essere trasferibile al personale ausiliario e, più precisamente, il 63% rientra nelle competenze dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (O.T.A.) mentre il 7,3% è trasferibile all'ausiliario specializzato.

Il 14,7% delle mansioni definite improprie risulta essere di competenza del medico, 11,5% della capo sala (fig. 2).

In relazione all'unità di tempo ed all'articolazione dei turni di servizio effettuati, il 45,8% delle mansioni non specifiche viene espletato dagli infermieri in servizio al mattino, il 39,1% dal personale in servizio al pomeriggio ed il 15,1% durante il turno di notte (fig. 3).

In riferimento alle tipologie di attività, le mansioni improprie sono risultate essere classificabili come attività di assistenza diretta per il 39,5%, come assistenza indiretta per il 34,9% e per il 9,9% come attività di tipo amministrativo-burocratiche. A significare un cambiamento sostanziale nella gestione della struttura alberghiera in ospedale sta il fatto che soltanto il 3,6% delle mansioni improprie afferisce alla classe delle attività domestico-alberghiere. Di contro, nel 6,3% dei casi, l'infermiere è utilizzato in attività che lo allontanano dal reparto e, quindi, dal paziente (fig. 4).

Il fatto di aver individuato una così alta percentuale di mansioni afferenti alla competenza dell'O.T.A. ha indotto il gruppo ad individuare le tipologie di attività nelle quali questi poteva essere impiegato come parte integrante dell'équipe infermieristica. Su un totale di mansioni a lui trasferibili pari al 63% delle mansioni improprie, il 44,2% afferisce ad attività di assistenza diretta di base (fig. 5).

Nella pubblicazione sopra detta è riportata la descrizione analitica delle mansioni eseguibili dall'O.T.A. sia autonomamente che in rapporto di dipendenza operativa dall'infermiere professionale.

**Conclusioni: verso il ruolo ideale**

Se la rappresentazione sociale dell'infermiere come professionista è la risultante del rapporto tra l'aspetto formale del ruolo e quello che l'infermiere nella pratica presenta di sé, potremmo concludere che il cammino da fare per diventare ciò che da anni diciamo di poter essere è ancora tanto lungo. A ciò si aggiunge il fatto che, il riconoscimento e la piena legittimazione sociale del ruolo e della professione non può realizzarsi se l'infermiere testimonia l'esistenza di più modi, l'uno diverso dall'altro, di essere professionista.

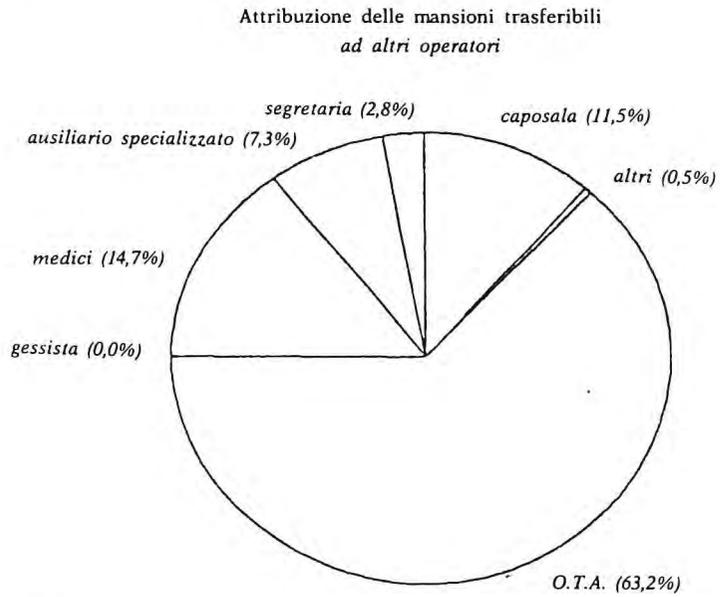
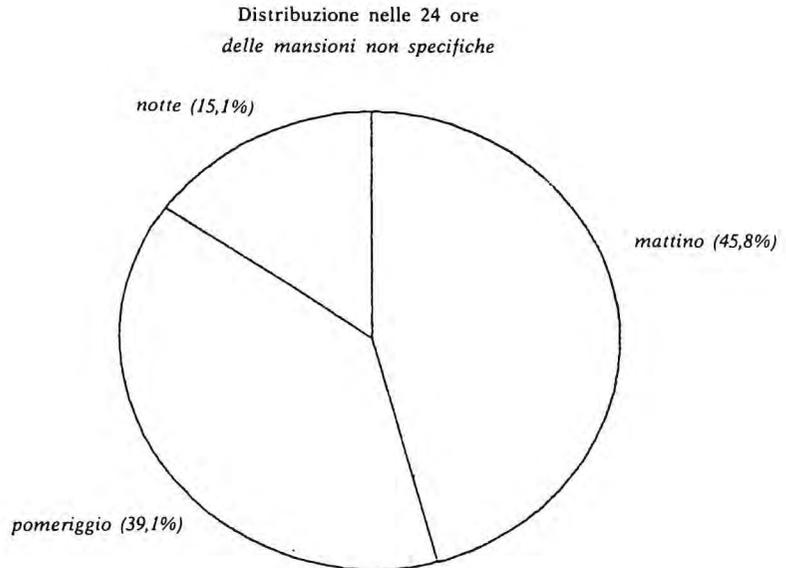
Lavorare in terapia intensiva piuttosto che in geriatria assume un significato profondamente diverso per lo stesso infermiere. E questo dimostra che, da un punto di vista sostanziale, non è la natura della propria funzione né il sistema di valori che soggiace alla scelta professionale a determinare i contenuti della professionalità infermieristica. È invece il modo di porsi e sentirsi nei confronti dell'organizzazione (da tecnico ed esperto piuttosto che da semplice infermiere di corsia) e la natura dei compiti assegnati a determinare lo scarto tra il ruolo formale e quello sostanziale.

Con tali premesse è normale attendersi che il coinvolgimento dell'infermiere nei processi decisionali a livello istituzionale non divenga una prassi, almeno fino a quando ciò continuerà ad essere il segno tangibile del riconoscimento di situazioni meritevoli a livello individuale.

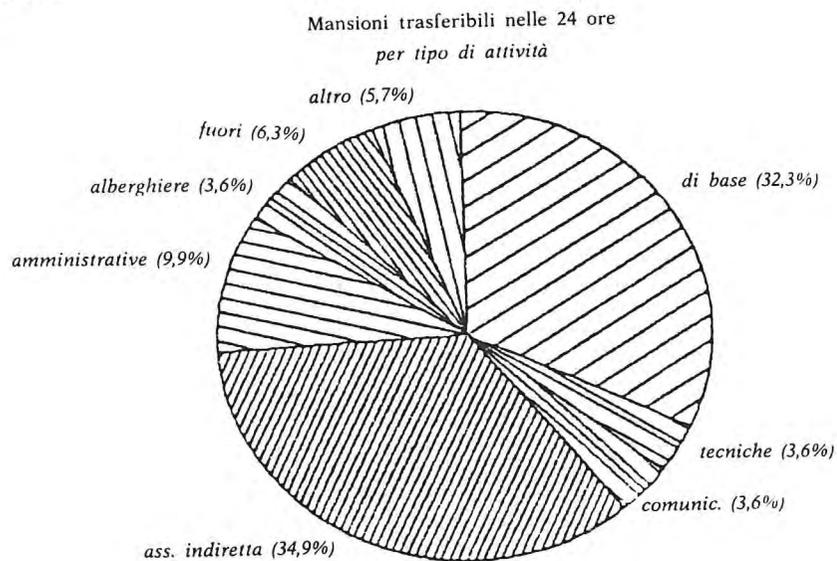
Lo scarto esistente tra il ruolo ascritto e quello espletato diventa col tempo un alibi, il più difficile da abbattere, per quanti sostengono di poter sostituire con qualunque altro operatore il professionista infermiere dal momento che la professionalità che dimostra di avere è la semplice sommatoria di tanti saper fare.

A ciascuno di noi rimane pertanto la responsabilità di modificare questo pericoloso atteggiamento dimostrando, nei fatti oltre che con le affermazioni di principio, che la professionalità dell'infermiere è anche ma non soltanto ciò che si vede fare. Il ruolo sostanziale può quindi diventare quello ideale purché l'infermiere testimoni, nella pratica, l'esistenza di una relazione tra componenti cognitive e comportamentali così specifiche che soltanto lui, poiché infermiere, può trasmettere e sviluppare.

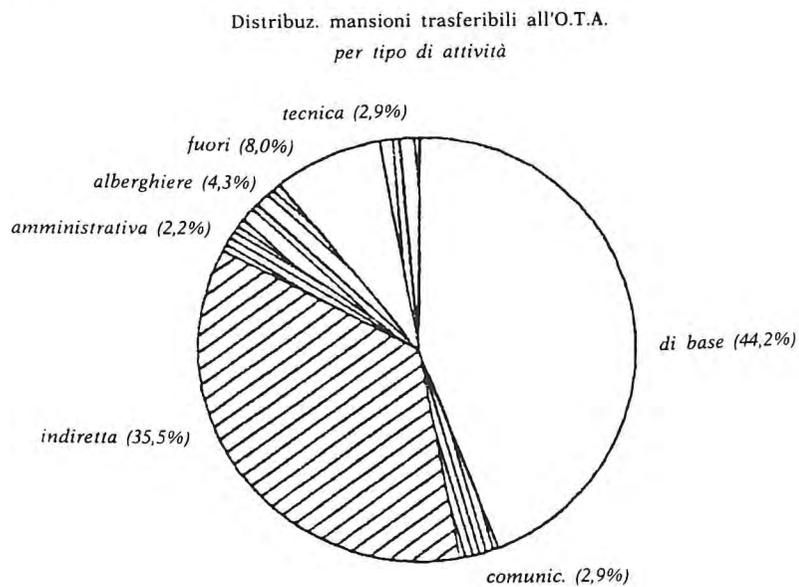
**Figura 1**

**Figura 2****Figura 3**

**Figura 4**



**Figura 5**





# FORMAZIONE INFERMIERISTICA E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

ADRIANA DALPONTE

I.I.D. - Direttore Ufficio Aggiornamento U.S.L. C.5 - Trento

## 1. La formazione infermieristica e il concetto di responsabilità professionale.

Mai come in questi ultimi anni si è parlato di formazione infermieristica; il dibattito sulla riforma della formazione e la proposta della laurea in scienze infermieristiche ha coinvolto oltre che gli infermieri, tutte le forze politiche e istituzionali. Le teorie, i concetti e i modelli del lavoro infermieristico attualmente proposti stanno assumendo dignità di «scienze infermieristiche». Tutto questo significa che l'infermiere oggi sta dimostrando alla collettività la propria autonomia e quindi l'assunzione di responsabilità professionale propria.

Perché formazione e responsabilità professionale? Quali sono gli ambienti di connessione?

Non è facile dare una risposta in quanto è difficile disgiungere il concetto di formazione da quello di apprendimento e quindi assunzione di un comportamento stabile nel tempo.

Indubbiamente non si può parlare di responsabilità se non è chiaro il modello professionale di riferimento; il punto di partenza quindi è quello relativo all'area delle conoscenze.

Vediamo quindi quali sono i presupposti più significativi per un'assunzione di responsabilità dell'infermiere in area intensiva.

1) Per essere responsabile occorre *conoscere*:

- lo specifico infermieristico e quindi «soddisfare i bisogni fondamentali della persona, nel miglior modo possibile»;
- gli ambiti di responsabilità propri dell'infermiere;
- cosa vogliono i cittadini e le istituzioni sanitarie dall'infermiere;
- le patologie specifiche dell'area intensiva segni e sintomi che fanno precludere una situazione di emergenza.

2) Per essere responsabili occorre aver chiaro cosa si *deve fare e come fare*.

Diventa rilevante rispetto a questo punto, l'aspetto organizzativo dei servizi sanitari. Per sapere cosa si deve fare, la circolarità e la qualità delle informazioni sono il punto di partenza per l'infermiere. Anche il come fare non

può essere lasciato solo alla discrezione dell'infermiere, tanto più nell'area intensiva dove operano numerosi operatori.

Occorre che le regole organizzative siano chiare e coerenti al ruolo infermieristico e quindi è importante che vengano definiti:

- i criteri nella divisione del lavoro,
- gli standard assistenziali e i protocolli.

È importante che venga riconosciuto uno spazio *decisionale* nella programmazione dell'assistenza ed essere in grado di attuare tutti gli interventi assistenziali specifici al quadro patologico ed ai bisogni di base del paziente.

3) Essere responsabili significa saper valutare i risultati dell'assistenza e il proprio operato.

Rispondere della qualità assistenziale significa sapere quali sono le attese del cittadino e delle istituzioni e mettere in atto tutti gli strumenti per la valutazione quali: il metodo per la valutazione e revisione della qualità, il confronto interdisciplinare, piani di lavoro e di assistenza.

### **La responsabilità dell'infermiere in relazione alla norma**

L'infermiere ha delle responsabilità giuridiche, penali, amministrative e civili.

Di solito quando si parla di norma la lettura è prevalentemente negativa, prevale il peso del castigo rispetto al dovere di una prestazione di qualità.

Un approccio più positivo invece è quando si fa riferimento alla deontologia, all'etica professionale ed all'agire secondo coscienza in quanto queste regole sono più vicine allo specifico infermieristico e fanno leva sulla responsabilità soggettiva e senso morale.

I doveri dell'infermiere sono prevalentemente legati all'area di autonomia e il soddisfacimento dei bisogni fondamentali della persona, nel miglior modo possibile è il campo autonomo dell'infermiere.

Ma spesso l'autonomia è vista con altri significati; a volte è più uno «slogan» che una reale espressione operativa, in qualche caso è vista come bisogno di operare senza regole o vincoli organizzativi. L'autonomia per l'infermiere deve essere un bisogno di *libertà* e quindi occorre sviluppare la libertà!

Assumersi responsabilità vuol dire quindi avere libertà di pensiero e di operatività, dipende quindi di quanta libertà ho per decidere. Significa agire con criticità e non in subordinazione, vuol dire dibattito e confronto continuo ma vuol dire anche agire secondo coscienza. Allora la coscienza va svegliata, orientata e per questo significa un confronto continuo e grande professionalità.

A volte agire «secondo coscienza» significa assumersi la responsabilità di agire contro le istituzioni, ma se è per una causa giusta vuol dire aver contri-

buito a produrre un cambiamento di mentalità e creare più libertà.

Esempio: l'infermiere quando si trova di fronte al medico che gli ordina di praticare un cocktail dice: «non me la sento» può rischiare anche il licenziamento ma sicuramente ha contribuito a cambiare una MENTALITÀ.

Rispetto a tutto questo la formazione permanente ha un ruolo importante. Non fare un cocktail significa sapere che cosa è, perchè viene fatto e tutto questo non è sempre facile.

La formazione vista a vari livelli può essere lo strumento base accanto ai modelli organizzativi per supportare il professionista nell'elaborare modelli comportamentali coerenti al ruolo ed alla responsabilità professionale.

### **Ruolo della formazione permanente**

La formazione permanente è l'insieme di attività finalizzate al continuo adeguamento delle conoscenze e capacità operative del personale infermieristico rispetto al progredire della scienza e della tecnologia e alle esigenze di salute della *comunità locale*.

Assumersi delle responsabilità professionali significa prima di tutto avere una competenza professionale che si acquisisce sia sul campo ma anche e soprattutto con l'aggiornamento continuo.

Il sistema formazione è costituito da alcuni elementi di base che interagiscono e si influenzano a vicenda e possono essere identificati come:

a) il processo formativo costituito dall'individuazione del fabbisogno, degli obiettivi e della progettazione, realizzazione e verifica dell'intervento formativo;

b) il formatore inteso in modo estensivo a tutti coloro che gestiscono in prima persona il processo formativo;

c) il cliente/utente e cioè il soggetto che fruisce dell'azione formativa.

Vediamo ora dove può agire la formazione permanente partendo dalle tre aree del sapere legate alla responsabilità professionale precedentemente individuate.

#### **1) Responsabilità significa conoscere**

La formazione può agire a tre livelli.

##### *I livello*

Attraverso una formazione a livello di USL o regione dove vengono date le conoscenze relative allo specifico professionale, alle aree della responsabilità, delle patologie specifiche dell'area intensiva.

##### *II livello*

Attivando corsi di aggiornamento a livello di reparto per rispondere alle

esigenze specifiche dell'U.O. e individuare criteri comuni per la definizione della priorità e degli standard assistenziali.

### III livello

L'aggiornamento può inoltre essere attivato attraverso lo studio individuale di riviste professionali e socio-culturali e l'impegno nell'elaborazione ed applicazione delle nuove conoscenze nella prassi.

#### 2) *Responsabilità significa saper cosa fare e come fare*

Rispetto a quest'area l'intervento formativo è in grande interazione con quello organizzativo.

La formazione ha il compito di dare logiche e modelli organizzativi per consentire al professionista di lavorare al meglio, ma l'introduzione di modelli di riorganizzazione del lavoro dipende dalla volontà delle direzioni sanitarie ed amministrative e dall'impegno degli operatori.

#### 3) *Responsabilità significa sapere valutare*

Anche rispetto a questo punto la formazione deve agire su tutti e tre i livelli.

A livello di USL o Regioni attivando corsi di aggiornamento sulla metodologia e glossario della valutazione e revisione della qualità; tornando agli infermieri abilità nella progettazione e gestione di piani di lavoro e di assistenza.

A livello di reparto attivando interventi V.R.Q. nell'area di assistenza e incontri interdisciplinari per definire regole relative alla distribuzione del lavoro e ai processi di lavoro a maggior complessità o eterogeneità di comportamenti.

Da parte del singolo significa monitorare il proprio operato, valutarlo e qualora necessiti riprogettarlo.

Formazione continua quindi significa una formazione integrata con le istituzioni e gli utenti, significa qualità ed eticità nella docenza e soprattutto coinvolgimento e attivazione dei soggetti nella traduzione dei contenuti in prassi.

### Bibliografia

- C. CORTESE, A. FEDRIGATTI, *Etica infermieristica*, Edizioni Sorbona Milano 1985.
- C. VIAFORA, *Etica infermieristica*, Edizioni Ambrosiana 1990.
- S. SPINSANTI, *Documenti di deontologia e etica medica*, Edizioni Paoline 1985.
- G. DAVANZO, *Etica sanitaria*, Editrice Ancora Milano 1987.
- S. SPINSANTI, *Guarire tutto l'uomo*, Edizioni Paoline 1985.
- M. BRUSCAGLIONI, *La gestione dei processi nella formazione degli adulti*, Collana AIF Edizioni Franco Angeli 1991.
- D. FORTI, *Orizzonte formazione*, Collana AIF Edizioni Franco Angeli 1991.
- B. MAGGI, *La formazione: concezioni a confronto*, ETAS Libri 1991.
- H. MINTZBERG, *La progettazione dell'organizzazione aziendale*, Il Mulino Bologna 1990.
- R. VACCANI, *La sanità incompiuta*, NIS Roma 1991.

# ASSISTENZA E RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: MECCANISMI E STRUMENTI DI INTEGRAZIONE

ANNALISA SILVESTRO

I.I.D. - Settore Formazione e Aggiornamento USL 7 «Udinese»  
Direttrice Corso di Specializzazione per Infermieri di Area Critica - UDINE

Un cordialissimo saluto a tutti i numerosi congressisti ed i più vivi complimenti alle colleghe per le interessanti relazioni presentate.

Da queste relazioni possono essere tratti numerosi e importanti spunti di discussione e dibattito che spero di ampliare anche con i contenuti della mia relazione.

Con la relazione che vi presento, cercherò di analizzare quanto strumenti e meccanismi di integrazione influenzano l'efficacia del processo assistenziale e quanto facilitano l'assunzione delle relative responsabilità professionali.

Per entrare nel merito del problema ritengo utile evidenziare:

- perché è importante parlare di integrazione,
  - come individuare gli strumenti di integrazione organizzativa utili a garantire efficacia al processo assistenziale,
  - come l'uso di strumenti di integrazione favorisce l'implementazione del processo assistenziale e l'assunzione delle responsabilità professionali.
- Perché, quindi, è importante parlare di integrazione.

Qualche tempo fa la conoscenza riusciva ad essere interdisciplinare.

Non si era ancora verificato l'impulso forte verso l'analisi, la settorializzazione e la specializzazione, che hanno reso così difficile, al giorno d'oggi, il ricondurre i saperi ad unità.

I saperi infatti si sono distanziati l'uno dall'altro e, in questo modo, sono riusciti ad acquisire esperienze ed informazioni estremamente preziose per la vita pratica degli uomini.

Ma di contro, rischiano di perdere parte dei significati più profondi e le motivazioni più valide della coscienza morale e del loro scopo ultimo.

Inevitabilmente, quindi, si ripresenta con prepotenza il bisogno di una nuova interdisciplinarietà e la necessità di riconsiderare l'unità del sapere per riportare al centro del pensiero l'uomo e l'etica della responsabilità nei suoi confronti.

Queste considerazioni, che hanno una valenza generale, assumono un significato ancora più profondo se collegate alla funzione assistenziale nell'ambito dell'organizzazione e alla responsabilizzazione sui risultati dell'«essi cura» di qualcuno.

Qualsiasi organizzazione e quindi anche un'organizzazione sanitaria, si scontra con il problema della divisione del lavoro.

Specializzazione, settorializzazione e parcellizzazione, inevitabilmente, aumentano il rischio di frantumazione organizzativa, di perdita dell'obiettivo primario, che nel nostro caso è la tutela della salute.

Si può giungere a perseguire obiettivi particolaristici che sono indipendenti se non addirittura contrari a quelli istituzionali delle organizzazioni in cui operiamo.

Ecco quindi perché è importante parlare di integrazione e di strumenti di integrazione organizzativa.

Una scarsa integrazione e quindi un'insufficiente fusione di sapere, di risorse umane e materiali, di prestazioni professionali, di obiettivi e risultati, è spesso causa di inefficienza, ritardi, malcontento e demotivazione da parte del personale.

Questo comporta inefficacia, diminuzione della qualità dei risultati, deviazione dagli obiettivi finali, scarsa presa sociale dell'organizzazione, conseguente diminuzione del consenso e dello status di coloro che vi lavorano.

Integrazione dunque, come risposta ad un bisogno e ad un impulso costruttivo per il raggiungimento dell'obiettivo primario del mandato organizzativo, per noi, la tutela della salute, con il mantenimento del consenso sociale.

Per individuare gli strumenti più idonei all'integrazione organizzativa e quindi all'efficacia del processo assistenziale, bisognerà analizzare attentamente, oltre agli *obiettivi* e al *contesto* in cui l'organizzazione è inserita anche la sua *complessità* globale.

Va sottolineato che più l'organizzazione è complessa, maggiore sarà la sua differenziazione e quindi la necessità di integrazione.

Per definire il livello di complessità organizzativa e scegliere gli strumenti di integrazione più idonei a garantire il raggiungimento del mandato istituzionale, si possono utilizzare degli appositi indicatori, tra i quali i più comunemente usati sono:

- il livello di incertezza che il sistema organizzativo deve presidiare,
- il livello di interdipendenza nella produzione di beni e servizi,
- il decentramento di discrezionalità decisoria richiesto per la produzione di beni e servizi,
- la dimensione del sistema organizzativo.

La *contemporanea e rilevante presenza* di più indicatori, quantifica la complessità organizzativa che sarà bassa, media o alta e di conseguenza facilita la scelta dei relativi meccanismi e strumenti di integrazione.

Il processo organizzativo e quello assistenziale sono strettamente interconnessi.

È innegabile che ciò che avviene nella componente organizzativa ricade sulla componente assistenziale e viceversa; quindi, l'integrazione organizzativa si ripercuote sulla qualità del processo assistenziale.

Sulla base di questo assioma, potremmo provare ad utilizzare gli indica-

tori di complessità organizzativa anche per definire la complessità del processo assistenziale.

Proviamo ad analizzare gli indicatori di complessità organizzativa rispecchiandoli ed interelandoli con la componente assistenziale.

### **Incertezza**

*Nell'organizzazione* l'incertezza è data dall'imprevedibilità o dall'elevato numero di variabili non completamente presidiabili che entrano ed escono dal sistema organizzativo. In entrata abbiamo le risorse materiali, l'evoluzione tecnologica e la sua rapida obsolescenza, la cultura dell'utenza e conseguente domanda di prestazioni sanitario assistenziali, la quantità e professionalità degli operatori, il cambiamento di norme, regolamenti ecc ... In uscita dal sistema organizzativo la quantità e la qualità di indagini cliniche, diagnostiche, di prestazioni professionali, della cultura e della educazione sanitaria, la domanda indotta, lo sviluppo organizzativo, l'immagine ecc ...

*Nell'assistenza* l'incertezza è conseguente alla bassa prevedibilità dell'evoluzione clinico assistenziale, alla difficoltà del processo decisionario necessario alle prestazioni, all'aleatorietà della presenza delle risorse indispensabili per rispondere ai bisogni emersi o evidenziati. Pensiamo ad un evento di criticità vitale; alla possibile insufficienza di dati a disposizione, alla difficoltà nel definire il mix decisionario più efficace o l'azione o la procedura prioritaria, l'ambito di responsabilità specifica ecc ...

### **Interdipendenza**

*Nell'organizzazione* l'interdipendenza è data dall'inevitabilità di un costante interscambio tra le componenti del sistema organizzativo per raggiungere l'obiettivo posto con efficacia ed efficienza. Ad esempio la garanzia della sequenzialità dei turni di lavoro, i rapporti e le relazioni tra reparti e servizi sia intra che extraospedalieri, i rapporti tra questi e l'Amministrazione, la Direzione sanitaria, la Direzione infermieristica, l'Ufficio approvvigionamenti ecc ...).

*Nell'assistenza* l'interdipendenza è data dalla continua e dinamica relazione intra ed inter professionale necessaria per rispondere ai bisogni assistenziali ed organizzativi in situazione programmata o d'urgenza-emergenza. Ad esempio l'interconnessione tra la specificità operativa del personale medico, infermieristico, tecnico sanitario, amministrativo ed esecutivo nell'ambito del proprio o di altri servizi per costruire il processo assistenziale.

### **Discrezionalità decisoria**

*Nell'organizzazione* la discrezionalità decisoria è conseguente alla possibilità che ogni membro del sistema ha, sulla base del proprio ruolo, di decide-

re formalmente o informalmente se fare, quando fare e soprattutto come fare le attività previste. La discrezionalità decisoria è insopprimibile, soprattutto nelle organizzazioni che costruiscono servizi personalizzati, come ad esempio le organizzazioni sanitarie. In queste organizzazioni, infatti, la discrezionalità non viene delegata solo per garantire qualità di risultato, ma è intrinseca nel tipo di beni e servizi erogati e nel tipo di processo produttivo esistente. E questo si evidenzia nella definizione del metodo operativo, nella individuazione della tipologia dei membri dell'équipe sulla base della valutazione del carico e qualità delle prestazioni, sull'utilizzo alternativo degli spazi fisici, nella revisione del sistema informativo, del processo di mobilità, del sistema premi e sanzioni ecc ...).

*Nell'assistenza* la discrezionalità decisoria è parte integrante dell'autonomia che ogni professionista dovrebbe avere, ma che di fatto comunque ha, nel definire quale livello di risultato vuole raggiungere; nel valutare, sulla base della propria specificità disciplinare, il mix decisivo e la temporalità necessaria per garantire il raggiungimento del mandato assistenziale od organizzativo. Desidero sottolineare che la discrezionalità decisoria, che esiste a tutti i livelli professionali, e che è la base per costruire un intervento personalizzato e attento alla qualità di vita all'utente, è ben diversa dall'arbitrarismo.

### **Dimensione**

*Nell'organizzazione* questo indicatore, che è l'ultimo considerato, preso da solo, non è un attendibile misuratore della complessità organizzativa; infatti può essere molto più complessa un'organizzazione piccola ma con alta incertezza, interdipendenza e discrezionalità, di una organizzazione di grandi dimensioni ma con poca incertezza, interdipendenza e discrezionalità. È comunque indubbio, che maggiori sono le dimensioni di un'organizzazione, maggiore sarà il numero di operatori e di ruoli funzionali da presidiare. Questo indicatore, di fatto, unito ad altri potenzia il livello di complessità dell'intera organizzazione.

*Nell'assistenza* va ribadito quanto detto per la parte organizzativa, sottolineando che maggiore è il numero di ammalati che un infermiere deve assistere, maggiore sarà la difficoltà nel garantire, a tutti, i livelli di risultato predefiniti.

Credo che per nessuno di noi sia difficile quantificare il livello di complessità organizzativa ed assistenziale con cui quotidianamente ci confrontiamo; è evidente che operiamo in sistemi organizzativi che presentano una complessità medio alta o addirittura alta.

Basta pensare alle strutture o alle situazioni assistenziali che rientrano nel sistema organizzativo «Area Critica».

L'Area Critica è infatti intesa non solo come l'insieme delle strutture di tipo intensivo ma anche come l'insieme delle situazioni che vedono una persona in condizioni di criticità vitale; cosa che può verificarsi in una terapia intensiva ma anche in un reparto di base, piuttosto che a domicilio o sulla strada.

Quali dunque i meccanismi e gli strumenti di integrazione più congruenti per garantire:

— il mandato assistenziale nell'ambito di un sistema organizzativo con complessità alta?

— l'assunzione consapevole e concordata delle proprie responsabilità professionali?

I riscontri bibliografici e l'esperienza maturata suggeriscono l'utilizzo di strumenti di integrazione aggiuntivi a quelli comunemente utilizzati per gestire la complessità bassa e media, che sono relativamente gerarchia e procedure e le funzioni integranti ed i ruoli di coordinamento.

È opportuno, infatti, orientarsi verso gli strumenti integrativi tipici della gestione diffusa che sono i meccanismi collegiali di coordinamento, la direzione per obiettivi-piani-programmi.

Con questi strumenti, infatti, è possibile monitorare fenomeni operativi che altrimenti sfuggirebbero al controllo valutativo delle singole professionalità o delle diverse funzioni con ripercussioni distorcenti sul processo assistenziale.

La direzione per obiettivi, piani e programmi è, però, una scelta integrativa che presuppone e determina un cambiamento globale e forte di tutta la cultura organizzativa esistente nel sistema considerato.

Si tratta infatti di spostare l'attenzione di tutti, quindi del vertice e della base, dal controllo degli atti e dei processi organizzativi al controllo dei risultati rispetto alle risorse date, utilizzando costantemente e diffusamente, la metodologia di piano e programma fino ad arrivare alla pianificazione strategica.

Credo che considerando la realtà delle nostre strutture sanitarie, la direzione per obiettivi sia uno strumento integrativo futuribile perché non è ancora profondamente diffusa la tensione verso l'etica della responsabilità e verso la democrazia gestionale.

Esistono ancora troppe sacche di sudditanza, corporativismo e megalomania di potere.

È fattibile invece l'utilizzo dei meccanismi collegiali di coordinamento.

Rientrano nei meccanismi collegiali di coordinamento l'insieme di tutte le modalità di lavoro in gruppo o le riunioni che si pongono l'obiettivo di coordinare ambiti di lavoro.

Con questi meccanismi, la *responsabilità integrativa* necessaria a raggiungere il mandato assistenziale, viene raccolta da tutti i membri che partecipano ai lavori di gruppo o alle riunioni.

A questi ultimi viene delegata l'individuazione e la definizione:

- degli obiettivi da raggiungere rispetto al mandato assistenziale,
- della modalità con cui valutare i risultati raggiunti,
- della modalità con cui verificare gli indici di scostamento tra obiettivi e risultati.

In molti servizi e reparti dell'Area Critica si comincia a sentire forte l'esigenza di lavorare utilizzando questi meccanismi ed in specifico lo strumento integrativo «protocollo assistenziale» che definisce obiettivi, area di competenza specifica all'interno dell'équipe, livelli di risultato assistenziale e ambito di responsabilità personale.

Il protocollo, infatti, è un modello formalizzato del comportamento professionale che strutturando linee guida di riferimento, orienta, facilita e controlla/valuta l'insieme delle azioni poste in essere, per soddisfare/compensare un bisogno assistenziale o un problema organizzativo comune a più pazienti, che sono inseriti nella stessa unità operativa o coinvolti nella stessa situazione assistenziale.

I protocolli, che seguono la logica del piano di lavoro, sono tendenzialmente flessibili, lasciano spazio all'autonomia ed alla creatività dell'operatore, vengono elaborati collegialmente con incontri sistematici, su basi scientifiche ed esperienziali e responsabilizzano il gruppo che li ha elaborati e che li utilizza.

Il gruppo di lavoro elaborando protocolli:

- definisce l'obiettivo organizzativo e/o assistenziale che vuole raggiungere;
- traccia il percorso «tipo» del processo di lavoro su cui poi il singolo professionista (nel nostro caso l'infermiere) potrà costruire piani di assistenza personalizzati ed attivare le eventuali procedure stabilite;
- definisce l'area di specificità disciplinare;
- definisce l'ambito di responsabilità specifica e ne facilita l'assunzione;
- individua le risorse di base, umane e materiali, necessarie al processo di lavoro;
- favorisce il controllo progressivo del processo di lavoro e delle risorse utilizzate per concretizzarlo;
- si pone in una logica di costante ascolto della dinamicità organizzativa ed assistenziale al fine di rivedere, sulla base dei nuovi bisogni emersi, i protocolli già in uso.

L'utilizzazione di questo strumento di integrazione organizzativa e assistenziale, favorisce:

- la memoria storica del gruppo;
- la verifica sulle performances e sulle risorse utilizzate;
- l'autoformazione e l'individuazione del bisogno formativo;

- la responsabilizzazione personale e di gruppo;
- l'attenzione ai risultati da perseguire e raggiungere;
- l'attenzione alla dinamicità organizzativa ed assistenziale;
- la qualità del lavoro.

Mi sembra evidente che utilizzando uno strumento integrativo così impostato e congruente alla complessità organizzativa ed assistenziale o comunque strumenti similari, diventa più facile definire ed assumere con serenità non solo la responsabilità sulle singole azioni svolte, ma anche sull'intero processo di assistenza e sui risultati da conseguire.

Attraverso un confronto costruttivo, tutto viene definito, valutato e concordato collegialmente con attenzione al contesto logistico, alle competenze ed abilità di ogni membro dell'équipe multiprofessionale e con conseguente valorizzazione della professionalità e specificità di ogni membro dell'équipe di lavoro.

In questo modo diventa anche possibile cominciare a porre le basi per formalizzare competenze già acquisite e utilizzate, definendo un range di nuova responsabilizzazione, basata sul riconoscimento delle abilità e dei modelli cognitivi posseduti.

Non va inoltre dimenticato che in questo modo si creano le premesse per quel cambiamento culturale di tutta l'organizzazione che favorirà la richiesta e la costruzione di una direzione per obiettivi.

Nell'avviarmi alla conclusione una sottolineatura; spesso si usa il termine protocollo per descrivere un elenco di cose da fare in rigida sequenzialità.

Questo avviene frequentemente in campo medico e tipico esempio ne sono i «protocolli diagnostici» e i «protocolli terapeutici».

L'elenco di cose da fare in rigida sequenzialità non è un protocollo ma una procedura.

La procedura è uno strumento integrativo tipico delle organizzazioni a basso livello di complessità e in cui è sufficiente una gestione gerarchicamente accentrata per ottenere buoni risultati di lavoro.

La procedura non lascia alcuno spazio alla discrezionalità decisoria, crea dipendenza, deresponsabilizzazione e, nelle situazioni ad alta complessità assistenziale o organizzativa, come sono le nostre strutture, oltre a poter addirittura paralizzare l'attività del gruppo e del singolo, non garantisce personalizzazione dell'intervento e quindi qualità globale dei risultati.

Alle volte agli infermieri vengono passati protocolli che loro non hanno contribuito ad elaborare, ma a cui devono comunque attenersi per fare assistenza.

Una simile cosa è prevista anche nel D.P.R. 27 marzo 92 n. 76 «Atto di indirizzo e coordinamento delle attività delle Regioni e P.A. di Trento e di Bolzano in materia di emergenza sanitaria», dove si dice che l'infermiere opererà sulla base di protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

Mi pare evidente che usando questo termine non si intenda parlare di

uno strumento di integrazione organizzativa ed assistenziale che sposta l'attenzione sui risultati anzichè sull'esecuzione di compiti.

Credo proprio si parli di uno strumento il cui significato sotteso sia quello di rigida esecutività di ordini impartiti da altri.

A questi «altri» si può senza dubbio rimproverare scarsa capacità di analisi della complessità organizzativa, scarsa capacità di individuare efficaci strumenti di integrazione, mancato riconoscimento della competenza e professionalità infermieristica, scarsa attenzione agli obiettivi e alla qualità dei risultati assistenziali da raggiungere.

### **Bibliografia**

- LOLLI A - LUSIGNANI M. - SILVESTRO A., *Strumenti per lo sviluppo della professionalità infermieristica: le prestazioni, i protocolli, gli standards*, Atti del convegno «Un modello professionale per l'assistenza infermieristica» Scuola Universitaria Discipline Infermieristiche, Milano 1987.
- DRIGO E. - SILVESTRO A., *Protocolli e standards, un orientamento per il futuro*, Scenario: il nursing della sopravvivenza, n. 1, 1988.
- AIF - Associazione Italiana Formatori, *Professione formazione*, Franco Angeli Editore, Milano 1990.
- VACCANI R., *La sanità incompiuta*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991.
- SILVESTRO A., *Le prestazioni, i protocolli, gli standards infermieristici*, Congresso regionale Aniarti di Lombardia, Friuli Venezia Giulia ed interregionale Umbria, Marche, Toscana, anno 1990.
- SILVESTRO A., *Complessità organizzativo assistenziale; l'importanza di un efficace sistema informativo*, «Sabati con l'Aniarti» Lombardia 1992.
- SILVESTRO A., *Organizzazione - Assistenza e i protocolli assistenziali*, Seminario sull'emergenza sanitaria, Collegio IPASVI Belluno, ottobre 1992.

## *DIBATTITO*



**Drigo E.**

Gli interventi di questa mattina ci hanno portato, partendo dal nostro quotidiano, a riflettere sull'importanza di considerare gli aspetti di natura politica o economica del nostro lavoro. I dati presentati sulla situazione della professione rappresentano una provocazione ed un fondamento scientifico per un chiarimento degli ambiti di intervento dell'assistenza infermieristica.

Parlando della formazione infermieristica abbiamo esaminato i presupposti di conoscenza e di organizzazione che possono rendere incisiva la responsabilità nella realtà operativa, sapendo valutare i risultati del lavoro. Ci può essere una notevole differenza tra il considerare in maniera negativa piuttosto che in maniera positiva le norme che attualmente ci regolamentano. Importante è stato il richiamo al concetto di criticità e di libertà nell'interpretazione sia della nostra formazione che dell'esercizio della nostra professione; libertà che non è una condizione automatica ma una conquista che la professione deve perseguire.

Infine, l'esame del rapporto tra responsabilità professionale e meccanismi di integrazione ha evidenziato quanto questi contribuiscano all'efficacia del processo assistenziale e quanto facilitino anche l'assunzione della responsabilità. Integrazione quindi come attenzione e focalizzazione della responsabilità professionale sui risultati assistenziali.

**D.: BIGLIERI, Genova.** Vorrei esprimere una perplessità su un punto della relazione di Dalponte. Sono infermiera da due anni e può darsi che pecchi un po' di ingenuità, ma vorrei ricordare che, riprendendo l'esempio degli obiettori di coscienza citato da Dalponte, quando la legge si stava discutendo, chi ha lottato personalmente per la sua approvazione era supportato da una grande quantità di movimenti se non addirittura da partiti politici. Mi domando se gli infermieri non abbiano il coraggio di giocarsi personalmente per il fatto che non sentono alle spalle strutture che li appoggino in modo consistente. Vorrei qui invitare i Collegi IP.AS.VI ad essere un po' più presenti nel quotidiano e non solo con la riunione annuale. Abbiamo bisogno di loro anche nella vita normale della corsia.

Vorrei fare una domanda anche alla collega Brandi e chiederle se nel lavoro che ci ha presentato abbiano previsto o stiano cercando soluzioni al problema dei ruoli o mansioni che si interscambiano, oppure se il loro è stato soltanto uno studio per evidenziare il problema.

**R.: A. DALPONTE.** - Ho fatto l'esempio degli obiettori anche come provocazione riguardo al concetto di libertà che volevo passare. Libertà come momen-

to di attivazione collettiva a ribellarci a tutto quello che oggi intorno a noi condiziona l'espressione di una libertà professionale. Per parlare di quali siano poi gli strumenti, le forze sociali che ci possono aiutare, allora indubbiamente credo che l'impegno politico della professione debba esserci, perché se prescindiamo da questo contesto politico tante cose diventano difficili se non impossibili. Indubbiamente il Collegio ha questo ruolo, ma qui c'è D'Avella e lascio a lei la risposta più circostanziata su questo punto. A me comunque sembra importante il problema dei comitati etici. In Belgio sono stati gli infermieri ad imporre i comitati etici in ospedale proprio quando hanno incominciato a ribellarsi ad eseguire terapie sulle quali non erano d'accordo. Dobbiamo assolutamente imporre questi comitati che sono previsti per legge e che non siano i comitati per le pubblicazioni scientifiche sui giornali internazionali o solo sulla ricerca; perché siano i comitati che ci stanno accanto e che nel momento in cui abbiamo il problema ci aiutino a trovare una proposta ed una soluzione.

A mio parere questa è formazione permanente, perché parlare di etica nel momento in cui non c'è l'impatto emotivo e non c'è il problema, è più un momento intellettuale che operativo. Ma è quando ho il problema che devo avere qualcuno che mi supporta e mi fornisce una logica per la soluzione. Questo mi pare può darci una risposta in un'ottica di responsabilità e di libertà.

**R.: BRANDI.** - Quello che ha costituito il corpo centrale della ricerca e cioè la conoscenza attraverso dati di realtà e quindi valutabili e quantificabili di quello che succedeva in quei reparti in termini di organizzazione del lavoro, era il presupposto da cui il gruppo di infermieri aveva deciso di non poter prescindere per poter creare consenso, non solo nominale ma nei fatti, per quello che era il modello organizzativo a cui miravamo.

L'obiettivo era migliorare l'organizzazione del lavoro. L'orientamento era già all'inizio quello di passare dall'organizzazione classica che tutti conosciamo, inizialmente ad una organizzazione per settori. Ma si è deciso di partire da una conoscenza del reale dell'organizzazione del lavoro per poter dimostrare la correttezza e la validità delle nostre scelte perché c'era questo bisogno.

Spesso ci troviamo nella impossibilità di dimostrare la validità delle cose che sosteniamo e quindi di fatto, i risultati della ricerca hanno consentito di avviare innanzitutto dei rapporti completamente diversi all'interno dei gruppi in termini interprofessionali. Persone che prima non parlavano nemmeno tra di loro, medico, infermiere, ausiliario, servizi tecnici, durante lo studio e dopo hanno definito dei momenti d'incontro programmati, rendendosi conto che non era possibile garantire livelli di prestazione qualitativamente elevati se non ci si integrava. Questo è stato il primo risultato: la costruzione dei piani di attività che testimoniavano le modalità di impiego del personale, cioè chi faceva, che cosa faceva e quando lo faceva e l'avvio di uno studio di fattibilità in termini anche istituzionali, perché la modificazione a quel livello interessava anche la struttura dei reparti dell'assistenza per settori. Questo anche in

previsione dell'inserimento dell'operatore tecnico addetto all'assistenza in un'ottica che non fosse quella di avere un collaboratore che lavora secondo un suo piano indipendente di attività, ma di un operatore fortemente integrato nell'équipe e sotto la diretta responsabilità di un infermiere quando le sue attività non sono autonome per definizione. Questo significa organizzare un'assistenza per settori con l'assegnazione di un gruppo di risorse umane di tipo esecutivo all'infermiere professionale per l'attuazione di quello che inizialmente era il suo piano di attività e in proiezione sarebbe dovuto diventare il suo piano di lavoro.

**D.:** SABATTINI, Firenze. Faccio una riflessione su quella che è la realtà dei reparti: ho la sensazione che questo infermiere nuovo, più completo venga visto solo in funzione dell'aspetto tecnico in quanto (e questo l'ho rilevato anche come utente nei reparti normali) l'assistenza spesso viene trascurata. Mi ha fatto piacere quindi ascoltare gli interventi in cui si parla di responsabilità dell'infermiere partendo dall'attività assistenziale che rappresenta il nostro specifico. Mi chiedevo se aver creato la figura dell'operatore tecnico addetto all'assistenza (OTA), che viene inserito nei reparti anche al 16° anno di età non possa essere una squalifica per la nostra professione anche di fronte all'opinione pubblica, che nell'ospedale considera indiscriminatamente tutti infermieri senza fare distinzioni.

**R.:** DALPONTE. Indubbiamente il concetto di responsabilità è legato all'area di autonomia dell'infermiere e quindi la risposta ai bisogni fondamentali dell'uomo rimane il punto di partenza. Quando fai notare in quali situazioni si trovino i reparti oggi, penso sia vera la difficoltà dell'infermiere nell'assumersi la responsabilità. Mi pongo anche il problema dei turni; in un giorno e mezzo di servizio è difficile assumersi la responsabilità di pianificazione e di risposta ai bisogni specifici del malato. Prevalentemente non potrà che essere una risposta alle emergenze ed alla routine. Sulla figura dell'OTA trovi in me un sostenitore di questa figura in quanto ritengo che gli standard di qualità assistenziali in termini igienico-alberghieri dei nostri ospedali siano vergognosi. Tutte le volte che passiamo la frontiera vediamo che gli ospedali hanno un servizio igienico-alberghiero molto diverso dal nostro. Credo che si tratti di una volontà politica ben precisa di tenere le strutture ospedaliere così indecenti in Italia e tenere così basso il comfort igienico-alberghiero perché è l'unico punto nel quale le cliniche private fanno concorrenza. Non è la qualità assistenziale che fa concorrenza nel privato, ma sono questi aspetti e quindi portare una qualità in questo campo vuol dire mettere gli ospedali privati a disagio. Abbiamo visto dalla relazione della collega Brandi quante attività di pulizia, di sanificazione, di tipo alberghiero fa l'infermiere. C'è una coppia da dividere quando si tratta di cambiare un malato e si decide di farlo in due infermieri in base al fatto che uno abbia o meno voglia di farlo: questo è un problema di criticità. L'OTA non deve avere autonomia nell'assistenza.

È accanto all'infermiere nel fare assistenza. Quindi io credo che l'infermiere trova una responsabilità nuova a lavorare con un subalterno anziché lavorare con un collega. Questo credo sia una rivoluzione in un problema significativo per l'infermiere. Certo sta tutto in noi non delegare l'assistenza. Quindi il problema dell'OTA è un problema di responsabilità dell'infermiere, ma per poter dare un miglioramento qualitativo al comfort igienico-alberghiero del paziente.

**D.: BASTIANI (Ascoli Piceno).** Quello che non condivido per la figura dell'OTA è il fatto di inserirlo in un reparto di rianimazione. Quali mansioni deve avere l'OTA in un reparto di terapia intensiva? Anche dal punto di vista igienico il malato ha tante esigenze particolari rispetto ad un reparto normale e non ritengo giusto che a queste mansioni sia delegato un OTA.

**D.: RIGON (Padova).** Credo che ci siano molti modi per esprimere un sentimento: io vorrei condividere con voi il sentimento della gratitudine per il livello e la qualità delle relazioni di questa mattina. Se noi come infermieri siamo in grado di produrre questo, significa, passatemi l'espressione di Montale, che forse «possiamo sapere ciò che siamo anche se oggi forse non sappiamo dove vogliamo andare». Volevo chiedere ai nostri relatori qualcosa riguardo a questo buio derivante dal fatto di non sapere dove ci porta il cambiamento. Non abbiamo probabilmente informazioni sufficienti, ma il nuovo che avanza, il Diploma Universitario (DU), la, speriamo, futura laurea in scienze infermieristiche, il nuovo che avanza in termini di organizzazione dell'assistenza ... Ci date altre indicazioni sul «dove» stiamo andando?

**R.: SILVESTRO.** Comincio a fare la «Sibilla» per quanto riguarda l'organizzazione. Credo che, indubbiamente stante le novità che tutti abbiamo avuto modo di vedere e valutare sugli organi di stampa, comunque andremo verso organizzazioni sempre più complesse in termini di interdipendenza, di interdisciplinarietà e di discrezionalità decisoria. Chiaramente i fruitori delle prestazioni sanitarie saranno sempre più acculturati, più attenti alla qualità dei servizi e critici nella valutazione dei risultati che vengono loro offerti. Credo sia sufficiente guardare come si evolve la nostra società in questo momento: il desiderio da parte di tutta la cittadinanza di essere partecipe, di essere protagonista e questo desiderio di non più dare deleghe senza avere chiarezza sul livello del risultato e sulle cose che si intendono perseguire. Credo che questo possa essere tranquillamente trasportato nell'organizzazione e che quindi ci faccia dire che non si può più lavorare senza darsi obiettivi, senza dire ai fruitori delle nostre prestazioni a che livello intendiamo garantire il raggiungimento degli obiettivi, senza dire su che cosa ci responsabilizziamo e su quanto intendiamo continuare a dare in termini di prestazione professionale.

**R.: DALPONTE.** Indubbiamente credo che il cambiamento stia spaventando

tutti perché non è più un semplice innalzamento di scolarità come nel momento dell'accordo di Strasburgo dove sono stati portati a tre gli anni di formazione ed era richiesto il biennio di scuola secondaria per l'ammissione alla scuola. Passare ad una formazione universitaria significa passare a logiche, a modalità organizzative, a percorsi e ad idealità completamente diversi dalla nostra scuola di base. Io ho cercato in questo anno di farmi una ragione di quali possono essere i vantaggi, perché gli svantaggi forse sappiamo tutti quali sono e ci fanno paura anche perché sono consistenti. Un vantaggio credo possa essere che l'università consente una grande mobilità legata ai programmi per il DU, o per la laurea in scienze infermieristiche, il problema dei crediti, ecc... Per l'università quando si sostiene una prova di conoscenze, questa entra nel libretto personale e costituisce bagaglio culturale acquisito. Su questo punto l'itinerario dei percorsi organizzativi e formativi delle scuole regionali erano molto rigidi e settoriali.

L'altro aspetto positivo è indubbiamente l'aumento dell'età che ci ha sempre perseguitato, la criticità della scuola per infermieri a 16 anni; con l'università approderanno definitivamente a 18 anni.

L'altro punto che mi sembra rilevante è l'impostazione di un percorso formativo che rispetti i tempi di apprendimento del soggetto. È un problema gravissimo infatti, l'attuale impostazione delle scuole, che chiudono a giugno o luglio, indipendentemente dai tempi di apprendimento di ciascuno e lo studente è costretto a sostenere l'esame in quella data oppure a ripetere l'anno. All'università ci saranno, si spera, almeno due appelli, l'autunnale e l'estivo e ciascuno si iscriverà quando è pronto a sostenere tutto quello che riguarda una data materia. A mio parere anche questo contribuisce ad una assunzione di responsabilità perché rispetta tempi ed impegno soggettivo.

Altri vantaggi possono esserci anche da un punto di vista economico. Quando c'è il confronto per definire gli stipendi dei dipendenti dello Stato, il curriculum formativo è determinante nel decidere di pagare o non pagare; credo che stiamo aspettando anche l'aspetto economico. Mi sembrano questi i punti che mi fanno fare attenzione per vedere come questa partita andrà a finire.

**D.: MICHETTI (TORINO).** - Mi è piaciuta molto l'apertura e la chiusura della seconda e della terza relazione, in cui è stata puntata l'attenzione sull'obiettivo e sul mandato dell'istituzione. Volevo fare una domanda alle due relatrici: quando il mandato dell'istituzione non è chiaro, non è cristallino, oppure è chiaro ma non è condiviso e il range di scostamento che esiste tra quello che è il mandato dell'istituzione e quello che voglio io come protagonista, come infermiere, (e penso che questo capiti a tutti, all'infermiere professionale, al caposala, al capo dei servizi) quali spazi operativi posso ritrovare adesso, non solo in futuro, con la presenza dei comitati etici? Quando cioè avrei la responsabilità e la capacità di decidere attraverso delle informazioni e attraverso una scelta di tipo professionale e questa scelta non corrisponde poi, a quella che l'istituzione mi richiede, di quali spazi posso usufruire?

**R.: SILVESTRO.** Questo in effetti è un grosso problema perché, in realtà, io mi aggrancio soltanto alle organizzazioni di tipo sanitario, che sono quelle che ci interessano di più. Credo che non esista in tutto il territorio nazionale una struttura organizzativa sanitaria che non abbia chiarezza di mandato formale e soprattutto che non esista struttura che dica altrettanto formalmente che non intende perseguire quel mandato. Cioè tutte le nostre strutture sanitarie si rifanno alla Legge di Riforma Sanitaria 833, tutte hanno come mandato istituzionale la prevenzione, la cura e la riabilitazione e di conseguenza, avendo questo mandato istituzionale che viene formalmente accettato da tutti, hanno una serie di ricadute nei piccoli presidi, servizi, ecc.. Se noi andiamo a chiedere ad ogni piccolo presidio o servizio delle USL qual'è il loro obiettivo, tutti diranno che il loro obiettivo è fare prevenzione, cure e riabilitazione...formale. Gli addetti ai lavori, per non parlare dei fruitori delle prestazioni, si rendono benissimo conto che è stato perso di vista il mandato, ma il problema sta nel fatto che in realtà, i diversi gruppi professionali spesso, e soprattutto certi gruppi professionali, individuano obiettivi che, non solo non sono in linea con il mandato istituzionale, ma che addirittura alle volte lo distorcono. In realtà quindi, nei nostri reparti ci ritroviamo a lavorare non per assicurare brevità di degenza, qualità di degenza, ma prestazioni che non producano danni all'utenza. Quante volte abbiamo visto ricoverarsi nei nostri servizi, ad esempio una signora che deve fare un intervento di varici ed uscire con la broncopolmonite; questo è frequentissimo. Il che significa che abbiamo perso di vista l'obiettivo. Perché l'obiettivo istituzionale formalmente accolto, non è l'obiettivo sostanziale. E credo che su questo, ci sia chiarezza da parte di tutti. Che cosa fare...? Un po' difficile, perché la definizione di obiettivi diversi da quelli formali spesso è la conseguenza di potere e di influenza organizzativa all'interno della struttura. Potere questo che viene esercitato da altri gruppi professionali più che dal gruppo infermieristico. Quindi che cosa si può fare, stante questa diversità di potere di influenza? Credo che l'elemento di base sia per noi di avere chiarezza di obiettivo, e mi pare che ce l'abbiamo, e quindi farci dire formalmente, farcelo mettere per iscritto, come diceva l'avvocato ieri, quali siano gli obiettivi del reparto o servizio in cui si inizia a lavorare. La caposala fornisca gli obiettivi che verranno stilati in conseguenza degli obiettivi dati dal primario. Sembra una cosa difficilissima ma è abbastanza fattibile. Una volta che mi sono stati definiti gli obiettivi che io devo raggiungere, allora posso cominciare ad utilizzare anche tutti gli strumenti di tipo legislativo che ci sono stati dati ieri. Ricordo molto bene quanto ci hanno detto di molto interessante sia il professor Zauli che l'avvocato Gamba rispetto al fatto che esiste il diritto-dovere di rimostranza se mi vengano richieste delle prestazioni assistenziali che sono distorte rispetto all'obiettivo istituzionale ed addirittura mi vengano chieste delle prestazioni non assistenziali, che servono a compensare la disorganizzazione strutturale e non a raggiungere l'obiettivo istituzionale "salute". In questo modo allora avrò degli strumenti che forse non renderanno necessario nemmeno essere dei «marti-

ri», ma solo avere la forza e la capacità di ricordare sempre ai mandanti istituzionali, primario e caposala, quali sono gli obiettivi che loro formalmente mi hanno dato.

**R.:** DALPONTE. Il problema degli obiettivi quando non c'è il consenso, è un problema grave. Il non-consenso dato agli obiettivi si verifica perché l'infermiere è molto più vicino al cittadino. Io ribadisco che anche l'area medica si dibatte in questi problemi. Hanno avuto dei continui rinforzi anche da un punto di vista premiante per l'aggiornamento specialistico, ma nulla si fa o poco per l'aggiornamento legato al miglioramento organizzativo ed ai bisogni dell'organizzazione. Questo è l'intervento che deve essere fatto. Fino a che non avremo centri di formazione permanente in tutte le USL che si fanno carico del bisogno andando a fare formazione in questi ambiti, avremo scollamenti continui.

A me sembra che una proposta sia anche quella che l'infermiere può cercare un consenso nel cittadino. Adesso ci sono i movimenti per la difesa dei diritti del cittadino malato. Noi a Trento abbiamo cominciato a creare i collegamenti perché almeno loro possano capire che siamo dalla parte del cittadino, che stiamo lottando tutti i giorni nelle nostre istituzioni per difenderlo. Anche questo è consenso.

**D.:** ANCARESINI. (Rianimazione, Riccione) - Ho molto apprezzato il fatto che sia stato messo in evidenza la necessità di trasmettere una cultura di libertà. Faccio una piccola premessa: vengo da una scuola per infermieri in cui la cultura di libertà non esisteva. Spero che sia un esempio unico. Il nostro era fare assistenza alle attività del medico, non assolutamente al malato. Ricollegandomi a quanto è stato detto, mi chiedo quanto potrebbero essere importanti i Collegi professionali nel mettere in discussione questo nostro modo di fare, questa cultura sbagliata che ci viene data attraverso la scuola.

**D.:** CASIRANTE. (Napoli) - Vorrei fare una proposta: l'ottenere spazio propositivo nei protocolli di assistenza o maggiore responsabilità nell'organizzazione assistenziale ci porta a provocare anche una situazione di attrito con la classe medica. Questo può peggiorare anche indirettamente l'assistenza. Non si potrebbe ovviare a ciò anche in sede congressuale, invitando la classe medica ad un confronto, sensibilizzandola, anche attraverso il loro ordine professionale, affinché ci dia almeno delle direttive chiare in modo da ottenere, non dico la loro collaborazione, ma almeno uno sforzo da parte loro? Grazie.

**R.:** A. DALPONTE. - Rispondo alla collega intervenuta in precedenza. Mi rendo conto che sono interventi di notevole criticità. Sicuramente il principio di fondo delle scuole in termini educativi è prima di tutto condurre le persone ad un desiderio di conoscenza ed a creare un metodo di studio autonomo. Credo che problemi analoghi siano diffusi anche a livello delle scuole statali.

Quanto noi abbiamo subito in termini di ricerca soprattutto dell'errore anziché evidenziare il momento di offerta per imparare e vedere quanto so imparare di più? Questo credo che sia un approccio educativo che ha bisogno di un rinnovamento e di una proposta concreta in tutti gli ambiti.

Una risposta può essere anche quella di mutare quel modo di fare infermieristico che ci porta a ritenere che il percorso della scuola di base sia l'unico ed esclusivo per tutta l'esperienza professionale. Ma questo deve essere solo un punto di partenza. In seguito il concetto di responsabilità, questo concetto di libertà, viene acquisito quanto più si investe in termini culturali di conoscenza per lo specifico, per l'ambito e il mandato istituzionale di cui sono investito. E qui credo il problema sia quello a cui fa accenno anche la collega. Quante possibilità ci sono per gli infermieri di accedere a questa formazione continua? In questo, credo possa risiedere la differenza tra una professione che cresce in cultura ed una professione che cresce solo nel saper fare. Questo diventa evidente quando nei concorsi, uno che abbia 10 anni di esperienza anziché aver aumentato le conoscenze ed essere in grado di dimostrare, di sostenere e di conoscere lo specifico professionale, qualche volta manifesta una regressione tale da non saper nemmeno difendere i principi fondamentali.

**R.:** A. SILVESTRO. Per la domanda del collega di Napoli, il problema del confronto con i medici certamente è un obiettivo che ci dobbiamo porre. Si è già tentato più volte come Aniarti, ma devo dire la verità con risultati poco positivi fino ad ora, perché abbiamo notato, e speriamo che siano dei casi sporadici, che non ci veniva riconosciuta pari dignità per un confronto costruttivo che si voleva realizzare rispetto ad alcune tematiche. Indubbiamente questo tentativo di confronto va continuato anche perché, nella logica dell'attenzione ai risultati del processo di lavoro, si deve per forza integrarsi con tutti gli operatori dell'équipe. L'utilizzo di strumenti di integrazione come il protocollo non ha assolutamente lo scopo di creare ulteriori tensioni; anzi, ha proprio lo scopo di favorire il sedersi attorno ad un tavolo, di diverse professionalità, le quali si impegnano a concorrere al raggiungimento dello stesso risultato assistenziale. Ovviamente ognuno apporta la sua specificità cognitiva ed operativa. Si tratta dunque di un confronto sulla base di una pari dignità e del fatto che stiamo tutti lavorando per costruire un risultato che sia di qualità per la persona.

Credo che se riusciamo ad entrare in questa logica, gli attriti dovrebbero inevitabilmente diminuire perché ci relazioniamo non sulle posizioni di potere che abbiamo dentro alle organizzazioni, ma sui contenuti del processo assistenziale per la persona. È chiaro che in questa logica io, infermiere, non aspetto direttive da nessuno, ma ritengo di dovermi confrontare con tutti sul risultato.

**D.:** Rossi. (Vicenza) Vorrei fare una domanda al presidente. Quando noi potremo aver una nostra figura giuridica per poter parlare di responsabilità

professionale nostra, senza dover sempre dipendere dai medici. È difficile pensare di poter raggiungere uno spazio di ampio riconoscimento quando il Ministro della Sanità come quello che ci ritroviamo, è un medico che sembra fare di tutto per consolidare quanti ci vogliono tenere sempre un gradino al di sotto.

**R.:** E. DRIGO. L'infermiere ha già una sua figura giuridica perché è un professionista; c'è un Collegio professionale che lo rappresenta come ente di diritto pubblico e fa parte delle istituzioni dello Stato italiano. L'infermiere ha dunque già una sua responsabilità professionale e personale per il suo lavoro. Su questo argomento non ci sono problemi di dipendenza dal medico. Se questo succede evidentemente si tratta di una confusione di ruoli ed un'attribuzione indebita di autorità.

Per quanto riguarda l'asserito mancato riconoscimento degli infermieri da parte del Ministro della Sanità, come da parte di altre istituzioni, credo si possa dire che questo dipenda da una miriade di motivi che hanno portato, o meglio, che hanno lasciato la figura dell'infermiere nella situazione in cui si trova oggi. La risoluzione di un problema di queste dimensioni richiede una modificazione radicale della cultura italiana, non solo in campo sanitario. E su questo credo, il cambiamento deriva dall'impegno dei singoli, dei gruppi organizzati ed ovviamente delle rappresentanze istituzionali della professione. Però si tratta di un cambiamento a livello sociale che deve intervenire per gradi, per cambiamenti reali dei contenuti della cultura. Quindi dobbiamo sapere, ed è anch'è questo uno degli elementi della nostra responsabilità, dobbiamo sapere che le cose cambiano se noi singoli soggetti le facciamo cambiare. Non cambiano perché gli «altri» devono lavorare perché cambino, ma esclusivamente per questo motivo. Da una lettura della nostra storia recente sui disegni di legge di riordino della formazione professionale e sull'istituzione del diploma universitario possiamo dedurre che se noi non siamo presenti, se noi non «pesiamo», se non abbiamo uno spessore culturale, se non contiamo, se non facciamo presente a tutti i livelli quelle che sono le implicanze estese del lavoro dell'assistenza infermieristica, le cose non cambieranno ! A questo proposito possiamo ricordare l'iniziativa che l'Aniarti ha preso organizzando la manifestazione a Roma il 12 maggio scorso. Abbiamo cercato di coinvolgere tutta la professione sul tema della formazione infermieristica; è stata in assoluto la prima iniziativa del genere in Italia fatta dagli infermieri. Questo fatto può rappresentare un elemento di aggregazione della professione per uno slancio positivo in futuro e per incominciare ad essere presenti nei confronti di quanti devono rendersi conto che l'assistenza infermieristica è un aspetto fondamentale, come diceva Brandi, è l'80% dell'attività sanitaria in Italia. E questo 80% non può essere semplicemente dimenticato e cancellato. Ieri facevo il paragone tra il mondo occidentale che brucia l'80% dell'energia disponibile pur rappresentando solo il 20% della popolazione mondiale, mentre il terzo mondo, che rappresenta l'80% della popolazione, può usufruire solo del 20% dell'energia. Ci troviamo come infermieri, praticamente nella

stessa situazione: l'80% dell'attività assistenziale non riesce a determinare assolutamente nulla nella definizione dei programmi per il futuro della qualità e dell'assistenza in Italia. Sono convinto di non esagerare di fronte ad una tale situazione, nell'affermare che queste modalità di valutazione e gestione della cosa pubblica, a qualsiasi livello essi si esprimano vadano semplicemente sovvertite, non ovviamente per questioni di prevaricazione, ma per tentare di porre le premesse di una maggior giustizia per le persone. Gli infermieri credo in nessuna occasione hanno cercato il potere; gli infermieri hanno sempre fatto in maniera cristallina una ricerca della qualità della vita.

**D.: P. PRESSIGIACOMO.** (Roma) Vorrei esprimere una riflessione. Ho partecipato a molti congressi negli ultimi 5 o 6 anni e mi pare che la mentalità dei partecipanti sia molto cambiata. Coloro che lasciamo a casa continuano spesso a farsi forza di quelle mansioni delegate superiori o inferiori di cui si è parlato, e a non affrontare l'assistenza del malato con un'ottica di globalità. Mi sono chiesta perché si verifica questo e credo che la risposta stia nel fatto che è molto più facile valutare se io sono capace di fare delle cose che non mi competono, che magari riguardano il medico, per le quali sentirmi brava o che faccio qualcosa che è meno dequalificante che non fare l'igiene ad un paziente. In sostanza credo che tutti dovremmo avere maggiore coscienza di quello che è il malato. Tante volte mi chiedo come posso valutare la globalità della mia assistenza. Io lavoro in una sala operatoria ed è molto più facile vedere se sono capace di intubare; mentre dopo aver seguito il malato quando ho fatto educazione sanitaria, come faccio a valutare la qualità del mio lavoro? Penso che ci manchino i parametri per valutare la reale dimensione del nostro lavoro.

**R.: A. BRANDI.** Sicuramente nella realtà ci si trova a verificare ancora che si fanno mille cose proiettate verso l'alto o verso il basso e alla fine ci si accorge che non si fa quello che ci compete. Se questo dura molto facciamo poi fatica ad individuare, a vedere quello che ci compete, nonostante che la formazione determini il senso della professione. Credo sia un assioma ormai il fatto che la scuola trasmette una chiara immagine professionale, per cui quando l'infermiere entra nel mondo del lavoro, deve sapere bene quello che deve fare. Questo è un ulteriore momento di riflessione e non è un piccolo problema per noi.

Prima la collega sottolineava quanto possa essere diverso in termini di risultati finali, un modello di formazione piuttosto che un altro. Il problema è che oggi è ormai in ridefinizione un modello di infermiere strutturato in un processo di formazione; ma si tratta di verificare poi come venga attuato questo modello di infermiere. Uscendo dalla scuola uno sa chi è, ma quando entra nel mondo del lavoro incontra l'ostacolo della discrepanza tra quello che in teoria dovrebbe essere e quello che in realtà c'è. Anche un infermiere bene intenzionato, a meno che non sia così fortunato da capitare in una realtà

che ha sentito il bisogno di riorganizzarsi per garantire qualità al servizio che eroga, il risultato che ci si può attendere è che dopo un po' di tempo il livello di demotivazione sia tale da indurre l'infermiere ad adeguarsi a quella che è diventata un'abitudine talmente radicata da sembrare la normalità. Questo ci fa capire perché ogni volta che noi infermieri tentiamo di cambiare, anche semplicemente di protocolli in maniera differenziata rispetto ad altri professionisti, o parliamo di piani di assistenza o di valutazione dell'assistenza nel senso che noi dobbiamo definire con il paziente quali obiettivi raggiungere in termini assistenziali, allora ci rendiamo conto che la resistenza al cambiamento è enorme. Dobbiamo riconoscere che questa è la norma dal momento che una distorsione del sistema è diventata consuetudine inveterata. Allora ci si guarda con sospetto, si guarda con sospetto chi chiede di lavorare diversamente, perché l'unico interrogativo che di solito ci si pone di fronte a tali comportamenti è «dove vuole arrivare?» e non «chi vuole essere?». Se ci si chiedesse chi vuole essere uno che vuole lavorare con i piani di assistenza, con la direzione per obiettivi, con la cartella infermieristica, molto probabilmente ci si dovrebbe riporre la domanda in modo diverso e chiedersi «chi è?» perché forse non si conosce a fondo questo infermiere professionista.

E qui riprendiamo il problema sollevato da alcuni colleghi, del rapporto con gli altri, del livello di conoscenza che gli altri hanno di noi. Voglio ribadire il concetto che ho espresso questa mattina. Quello che noi decidiamo di essere in teoria, cioè il modello formativo, l'immagine di professionista che chiediamo, tutto quello che per l'infermiere noi chiediamo, dobbiamo pensare che per ottenerlo ci scontriamo con quello che l'infermiere realmente testimonia. E qui c'è la necessità di essere tutti a testimoniare un modo di essere per cui quando la collega chiedeva come fare a valutare il risultato del nostro lavoro, è importante capire che questo significa finalmente dimostrare all'organizzazione che il nostro lavoro è talmente specifico che può essere valutato definendo la specificità rispetto all'attività degli altri. Il problema è che lo si potrà fare solo se si è previsto di fare una valutazione.

Tutto questo discorso deve inserirsi nel problema a cui si è accennato precedentemente, della formazione. Dobbiamo trasferire i contenuti della formazione nell'organizzazione e l'organizzazione deve essere pronta a recepire il modello. E appare chiaro come i tre elementi siano fortemente correlati: il problema dell'organizzazione, di come si interviene nell'organizzazione, di come controllare la complessità e il grado di incertezza nel proprio specifico e proiettati verso gli altri; come la formazione agisce a livello di base e come d'altronde la responsabilità finale del successo rimane sempre del singolo professionista.

Il discorso dei colleghi. È uno degli aspetti più tangibili di quanto ho appena detto. Non possiamo ritenere che la responsabilità dei singoli in nome di una appartenenza ad una associazione, possa essere trasferita e delegata sempre al concetto di responsabilità di gruppo. Sarebbe come dire che se io, infermiere, non riesco a lavorare in maniera coerente in una terapia intensiva,

chiedo all'Aniarti di supportarmi. Il supporto è giusto ma ricordiamoci che tutto quello che è professionalità, crescita e affermazione di valori della professione non può prescindere dalla responsabilità personale che deve essere trasferita e tangibile in ogni singolo contesto operativo.

**D.:** BICCHI (Bergamo). Sono infermiere da 10 anni e lavoro in un centro di trapianti renali. In questi 10 anni ho visto dei cambiamenti nella nostra professione, sia degli allievi che della preparazione degli infermieri. Quello che invece mi sembra rimasto congelato a 10 anni fa è questo rapporto medico-infermiere. Qui al Congresso viviamo una sorta di eccitazione che presumo produca in tutti i presenti oltre all'adrenalina anche una certa frustrazione. Questo perché molti di noi che ci riteniamo dei professionisti, quando andiamo a parlare con il medico otteniamo una risposta di sufficienza o siamo costretti ad inseguirlo 2 o 3 giorni perché le nostre valutazioni sul paziente vengano prese in considerazione. Mi chiedo se, con questa nostra frustrazione non c'è qualcuno che ci supporti, che cosa possiamo metterci a fare contro un potere che ci sembra insormontabile? Io ho visto anche il paziente morire per un'inadempienza medica. Su problemi di responsabilità legale e professionale in fondo, che protezione ho io nel caso voglia intraprendere un'azione di denuncia per omicidio colposo? ... perché se non ho un aiuto chissà che cosa mi succede.

**R.:** DRIGO. Ricordo che ieri sono state date risposte sufficientemente esplicite in questo senso. Credo che un infermiere, quando lavora sia ancora un cittadino e dunque le conseguenze sono facili da trarre per ciascuno di noi.

**C.:** SILVESTRI (Vicenza). Volevo fare una riflessione sugli interventi del dibattito di questa mattina perché mi sembra sia emersa quasi una certa invidia rispetto al ruolo del medico. Io sono un'infermiera e voglio essere un'infermiera. È questo che dobbiamo cercare tra noi, il nostro ruolo, la nostra professionalità, la nostra autonomia, la nostra responsabilità all'interno degli strumenti che ci vengono dati per poter risolvere un problema di salute che è dell'uomo. Io sono convinta che quando abbiamo capito questo non abbiamo bisogno di guardare ai medici. Scusatemi ma sentivo che questo dovevo dirlo.

## *TAVOLA ROTONDA*

LA RIFORMA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA:  
QUALE LA RICADUTA SULL'ASSISTENZA, SULL'ORGANIZZAZIONE  
E SULL'ASSUNZIONE DELLE RESPONSABILITÀ PROFESSIONALI



**Drigo:**

Incominciamo il pomeriggio con questa tavola rotonda sul tema della riforma della formazione infermieristica, per vedere quale ne sia la ricaduta sull'assistenza, sull'organizzazione e sull'assunzione delle responsabilità professionali.

Abbiamo ricordato più volte, questa mattina, come la conoscenza sia elemento fondamentale della responsabilità professionale. Ebbene, sappiamo che ci sono in programma delle riforme della formazione infermieristica: c'è stato il percorso del Disegno di Legge 5081, poi divenuto 3166, che come ricordate, per le vicende politiche, è rimasto bloccato al Senato e la legge 341/90 di «riforma degli ordinamenti didattici universitari» che ha consentito l'istituzione dei primi corsi per infermieri all'interno dell'università.

Questo pomeriggio prenderemo in esame, con i relatori esperti che abbiamo presenti al tavolo, queste proposte di evoluzione per la professione infermieristica, per un esame orientato sul tema della responsabilità, delle ricadute in termini di contributo positivo o in termini anche di problematicità che queste possono rivestire.

Sono presenti anche due rappresentanti sindacali che ci porteranno il contributo dell'esigenza sociale di una professione diversa rispetto a quella che è stata in passato, per rappresentare proprio questa attesa di un rinnovamento della professionalità infermieristica. Anche con i sindacati in quanto forze sociali, ci sembra importante costruire un rapporto, un dialogo, in modo che il futuro della professionalità infermieristica possa essere di elevata qualità.

L'intento dell'Aniarti è quello di fare, anche in questa occasione, informazione, di discutere, di dibattere assieme questi temi, per portare tutti ad essere partecipi nella costruzione di una nuova professione che sia in grado di dare risposte adeguate sia ai cittadini, risposte adeguate alle istituzioni che sono chiamate a risolvere problemi di salute della gente, e risposte adeguate per un miglioramento delle prestazioni assistenziali.

I partecipanti a questa tavola rotonda sono Suor D'Avella, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi, Marisa Cantarelli, Direttrice della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche a Milano, Torluccio, rappresentante del sindacato UIL e Saverio Proia, rappresentante della CGIL. Avevamo invitato anche la CISL, ma non ci è pervenuta, a tutt'oggi, la conferma della partecipazione a questo incontro.

Ovviamente l'invito a questa tavola rotonda era stato esteso anche al Ministro della Sanità, On.le De Lorenzo, che ci ha mandato un telegramma e all'On.le Gabriele Renzulli, che è stato già presente anche nei nostri Convegni degli anni scorsi, che è relatore della prima proposta di riforma della professione infermieristica.

Leggo il telegramma dell'On.le De Lorenzo: «Improrogabili impegni precedentemente assunti non mi consentono partecipare all'XI Congresso Nazionale Aniarti. Ringrazio per il gradito invito e prego porgere agli intervenuti tutti miei più cordiali saluti. Ministro della Sanità - Francesco De Lorenzo».

L'On.le Gabriele Renzulli, non può essere presente per «Impegni parlamentari — così dice — impedisconomi partecipare XI Congresso Nazionale Aniarti. Gradirò potermi incontrare per un esame delle risoluzioni adottate. Ringrazio per l'invito ed auguro proficuo lavoro e cordialità a tutti».

Darei adesso la parola a Torluccio perché cominci a presentare il quadro della problematicità dell'evoluzione della formazione infermieristica in termini di esigenza delle persone, della società, di un'evoluzione importante e profonda della preparazione professionale infermieristica.

### **Torluccio**

Il problema oggetto della discussione oggi pomeriggio è di estremo interesse, anche perché esiste oggi, nel sistema sanitario italiano, una forte ed esplicita esigenza di più elevato grado di legittimazione del lavoro infermieristico, sia all'interno dell'organizzazione dell'assistenza, sia nei confronti della società. Quindi l'esigenza di legittimazione su due fronti: all'interno del mondo del lavoro, quindi alla ricerca del proprio luogo, della propria funzione, sia nei confronti della società, in quanto una più chiara e precisa collocazione di questa professione all'interno della stessa deve essere legata al mondo della formazione; quindi, la legittimazione che gli deriverebbe anche dalla formazione.

Ed è in questa ottica che bisogna riconoscere una metodologia che permetta agli infermieri attualmente in servizio e ai futuri infermieri di ricercare uno strumento atto a qualificare coloro che saranno formati in futuro e al tempo stesso, atto a riconoscere, legittimare o in qualche modo rivedere il modo di essere degli attuali operatori.

È evidente che nel campo infermieristico, negli ultimi venti anni, vi sia stata un'evoluzione enorme; si è passati nel 1976 dal corso biennale ad adeguarsi alle normative CEE e quindi con l'accordo di Strasburgo, abbiamo trasformato il corso da biennale in triennale, alzando i titoli di studi richiesti dalla media inferiore al decennio di scolarità.

Abbiamo vissuto in questo ventennio che va, grossomodo, dal 1975 ad oggi, una serie di trasformazioni legate anche a esigenze di mercato. Ci siamo trovati spessissimo a dover riconoscere e inventare tutta una serie di strumenti per aumentare la manodopera all'interno degli ospedali. Dico manodopera perché spesso si è trattato solo di questo, grazie — molto probabilmente — forse ad errori che noi stessi, come organizzazione sindacale, abbiamo commesso. Parlo dei vari corsi straordinari che si sono inventati via via, parlo

della riqualificazione professionale che in alcuni casi è stata solamente la legittimazione, forse doverosa per alcuni aspetti, sul campo di riconoscimenti ad infermieri generici; certamente non abbiamo raggiunto l'obiettivo che si diceva all'inizio, di legittimare questa figura sia all'interno della sanità sia nei confronti della società.

Alla luce di questi errori, e probabilmente forse errori dettati da, ripeto, esigenze nobilissime, però pur sempre errori per quanto riguarda la professione, oggi noi dobbiamo cercare di recuperare questa fase del passato.

Non siamo più gli infermieri come ricordava in questa terra toscana Mario Tobino, il «mio» infermiere, quando parlava dei suoi infermieri; cioè non siamo l'infermiere del medico, siamo «l'infermiere», un operatore professionale in grado di esplicitare la propria professione attraverso autonomia, attraverso professionalità, attraverso capacità di discernere volta per volta quando il problema gli viene posto.

Quindi, di fronte ad una situazione di questo genere, la nostra organizzazione sindacale sta cercando di rivedere i modelli che erano stati proposti fino ad oggi. Oggi noi siamo convinti che l'unico modello formativo in grado di produrre quei mutamenti che dicevo all'inizio, non possa essere altro che l'iter universitario attraverso un corso di formazione in grado di produrre sia quella preparazione scientifica e culturale, sia quella preparazione tecnica che deve essere lo strumento in grado di poter dare risposte all'utenza.

Non quindi un corso di formazione avulso dal mondo sanitario. Il rapporto università/USSL dovrà continuare ad esistere, anche perché le università oggi non sarebbero in grado di produrre un numero di infermieri sulla base della richiesta che c'è sul mercato. Certamente, alla luce di questo intreccio, con opportune convenzioni, con opportuni momenti di incontro tra capacità tecnica della struttura ospedaliera-sanitaria, capacità scientifica da parte della università, questo intreccio potrebbe e dovrebbe produrre quella crescita culturale e quella capacità innovativa nel settore infermieristico.

Con questi elementi si sta lavorando, con questi strumenti si sta cercando di arrivare a questa proposta, anche perché il pericolo è che il nascere di innumerevoli associazioni nel campo infermieristico comporti il rischio della legittimazione della categoria, esplicitamente riconosciuta.

L'obiettivo, secondo me, dovrebbe essere invece della legittimazione professionale. Dovremmo uscire dalla legittimazione del gruppo che si organizza e probabilmente assume anche un peso determinante nella società, ma se non è legittimato dal punto di vista professionale, resta pur sempre una categoria forte, organizzata, in grado di dare stimoli, in grado di produrre mutamenti, ma non muta se stessa. Quindi c'è l'esigenza di una modifica dal punto di vista professionale, come categoria.

Ed è in quest'ottica che io credo che bisogna percorrere questa via — la via appunto universitaria — anche se ostacoli ce ne sono: il primo, quello che dicevo, che l'università probabilmente oggi non sarebbe in grado di affrontare tutto il pacchetto di formazione di questo settore; l'altro elemento

è legato al fatto che molto probabilmente gli interessi che oggi ci sono all'interno delle strutture regionali, non permettono questo passaggio «tout court» a questo tipo di modello formativo. Quindi, di conseguenza, la gradualità comunque dovrà esserci, perlomeno in una prima fase.

Certo, rifiutiamo quello che, anche se velatamente, ma poi forse neanche troppo velatamente, era contenuto nel disegno di legge Renzulli; non è pensabile oggi ipotizzare due percorsi formativi per fare lo stesso operatore. Non è che le scuole regionali siano tutte da cestinare; ci sono scuole in grado di formare ottimi operatori, la maggioranza di questi lavoratori oggi opera con dignità e con professionalità nelle strutture ospedaliere; certamente però, rispetto a questo, bisogna rivedere il processo formativo. Quindi, il primo ostacolo, l'incapacità dell'università dal punto di vista dei numeri, e poi gli interessi pregnanti che ci sono nell'ambito delle scuole regionali. Questi due elementi oggi sono previsti tutti e due nel disegno di legge Renzulli. Noi non condividiamo questo modello di formazione, perché di fatto crea due operatori che, anche se con il titolo di studio alla fine riuscissimo a dire che sono uguali, non sono comunque uguali dal punto di vista della formazione.

Quindi questo modello deve essere rivisto, deve essere un modello solo, anche perché negli ultimi venti anni, come si ricordava all'inizio c'è stata grande carenza di infermieri. Oggi ci accorgiamo che i dati che fornisce il Ministero sono perlomeno contraddittori tra di loro, perché dice che forma più di ventimila infermieri all'anno, al tempo stesso dice che ne ha bisogno di poco più di diecimila all'anno, allora non si capisce questi dove vanno a finire. Quindi su questi elementi noi ci troviamo oggi a dibattere.

Due principi devono essere rincorsi da questa categoria, secondo le nostre valutazioni di organizzazione. Uno deve essere quello che all'interno, la categoria deve essere in grado di garantire attraverso decisioni autonome, sulla modalità dell'organizzazione del proprio lavoro. Questo è un elemento, secondo noi, fondamentale. Noi abbiamo spinto perché nel disegno di legge Renzulli, che in una prima fase avevamo detto anche che ci andava bene, quando eravamo costretti a rincorrere i tempi perché volevamo a tutti i costi che la legge uscisse, spingevamo perché fosse inserito il servizio infermieristico. Noi non possiamo ipotizzare che oggi, all'interno di una struttura complessa come può essere una USSL non esista un servizio infermieristico; è assurdo e anacronistico pensare che la gestione degli infermieri debba dipendere da una direzione sanitaria o debba dipendere da vari momenti comunque di gestione dell'USSL.

Il secondo principio, per quanto ci riguarda e che è un ulteriore elemento di grande importanza, riguarda la necessità di garantire certi livelli minimi di conoscenza e di preparazione degli operatori. Oggi noi abbiamo una situazione estremamente variegata; chi di voi è costretto a lavorare con colleghi provenienti da regioni diverse dalla propria, chi di voi è presente alle prove selettive per l'ammissione al posto di lavoro di questi candidati, si rende conto che l'Italia è estremamente «lunga» e molto probabilmente determinati con-

cetti che vengono approfonditi in alcune regioni, in altre vengono poco elaborati.

In questo senso ritengo che l'obiettivo della scuola, dei processi formativi debba essere quello del raggiungimento di un livello minimo garantito di formazione. Se questo non ci sarà avremo sempre una situazione sfilacciata per questa professione.

Ecco, io non voglio aggiungere altro in questa prima fase; probabilmente riinterverremo anche alla luce di eventuali riflessioni.

### **Elio Drigo**

Ringraziamo Torluccio per il suo contributo e ci riserviamo appunto di completare le informazioni durante il dibattito. Diamo ora la parola a Saverio Proia, rappresentante sanità della CGIL.

### **Saverio Proia**

L'oggetto della tavola rotonda non solo è interessante, ma è l'obiettivo che il sindacato si è dato nel momento in cui, come ricordava Torluccio, alcuni anni fa ha completamente cambiato posizione sulla scelta di formazione, sul ruolo degli infermieri professionali, facendo le autocritiche necessarie e ha scelto un tipo di strada differente incontrando anche tutte le elaborazioni che le associazioni infermieristiche, i colleghi, la professione in quanto tale da anni portava avanti.

Non è che noi abbiamo scelto il livello di formazione «universitario» fine a se stesso, cioè per una ricaduta interna sulla professione. Questo era lo strumento per far sì che si ponessero le basi per conquistare un diverso tipo di organizzazione del lavoro, che ponesse le premesse per un'assistenza e per una tutela del diritto alla salute per il cittadino qualitativamente e quantitativamente differente. Per far sì che realmente si costruissero professionisti della salute che insieme agli altri professionisti, in particolare i medici, contribuissero alla costruzione dell'atto sanitario.

Cioè noi abbiamo scelto questa strada dell'elevazione della formazione infermieristica, della riforma — vorrei ricordare che la legge è soprattutto riforma della professione; la riforma della formazione è uno strumento per fare la riforma della professione proprio perché avevamo fatto anche analisi, portate avanti da tempo su l'impostazione eccessivamente centralizzata sulla funzione e sul ruolo del medico della sanità italiana. Un'eccessiva subalternità, come dite meglio voi «ancillarità» del ruolo della professione infermieristica, uno status sociale non apprezzabile di questa professione di fronte invece alle necessità dell'organizzazione del lavoro, alle esperienze degli altri Paesi, all'incontro con gli altri colleghi che avverrà il 1° gennaio 1993, poneva invece l'esigenza completamente differente, di ribaltare tutto questo.

E noi riteniamo che si debba riuscire a riformare realmente la professio-

ne, superando il concetto di professione ausiliaria. Noi abbiamo sempre posto come elemento centrale della legge di riforma, il far decadere questa subalternità scritta già dalla legge, alla professione medica e fissando quindi un ruolo differente della professione, che è ovviamente di riconoscimento dell'autonomia tecnica funzionale. Ponendo queste basi noi riteniamo che realmente si riesca a cambiare la qualità della sanità, anche nella singola organizzazione di lavoro; basta pensare alla possibilità pratica di attuare il servizio infermieristico, che ricordava Torluccio. Certamente sarebbe importante metterlo nella legge di riforma della professione, ma forse è tardi pensare a questo, nel senso che — se le notizie che abbiamo sono vere, già c'è la premessa della legge-delega con il riconoscimento; e questa è una battaglia che associazioni, collegio e sindacati hanno fatto insieme, con il riconoscimento della pari dignità, nel consiglio dei sanitari, che è l'organo che sostituirà l'ufficio di direzione nell'azienda USSL che affiancherà nelle scelte di programmazione e di verifica della programmazione, il Direttore Generale. Già in questo la legge che è stata approvata dal Parlamento stabilisce che siederanno con pari dignità dei laureati sanitari, i rappresentanti dei servizi infermieristici. Quindi, riconoscendo con ciò già implicitamente che si costituirà il servizio infermieristico, e rappresentanti dei tecnici sanitari, non dei «servizi» dei tecnici sanitari.

Noi, vorrei ricordare, unitariamente abbiamo firmato a latere del contratto un accordo con il Ministro della Sanità, che nei decreti delegati dell'allora «legge De Lorenzo» (che poi oggi è stata ereditata da questa legge delega-sanità) avevamo sottoscritto, su proposta del sindacato, che il Ministro della Sanità avrebbe dato nei decreti delegati direttive alle regioni per la costituzione del servizio infermieristico. Dalle notizie che abbiamo, in questi decreti delegati, che dovrebbero essere consegnati dopo domani alla Presidenza del Consiglio dei Ministri da parte del Ministro della Sanità, il concetto di costituzione del servizio infermieristico già è presente; quindi, su questo, abbiamo fatto passi da gigante, e anche in assenza della riforma che abrogasse il termine «ausiliario». Ma io ho sempre sostenuto, e mi pare che i fatti ci hanno dato ragione, che non serviva abolire la legge, superare con una legge il termine «ausiliario», tanto è che in questa regione il servizio infermieristico è realtà legislativa ormai da anni. Quindi questo si poteva già realizzare in tutta Italia, con leggi regionali e non aspettando che dall'alto venisse calato.

Per quanto riguarda il modello di formazione.

Io non so dove senza far polemica il compagno e amico Torluccio abbia letto questa duplicità nella legge Renzulli. Io non ci ho fatto caso. Comunque, al di là della polemica, gli scenari sono ormai chiari; qualcheduno, come il Ministro De Lorenzo, ancora non s'è accorto che il mondo è cambiato e che lui stesso ha votato nel Parlamento alcune leggi e ne cito due che sono scenari chiari: la 341, che ha sancito come si fa la formazione postsecondaria, stabilendo chi è titolare degli ordinamenti didattici e mi pare, anche in forma forse non eccessivamente corretta già sia stato realizzato, e che ha stabilito —

all'articolo 8 — che le università possono fare consorzi con regioni e altri enti. Quindi un presupposto che consente di intervenire nell'integrazione fra università e Servizio Sanitario Nazionale.

Ma lo scenario che è più chiaro è dato dalla legge-delega, laddove al punto «o» dell'articolo 1 stabilisce che nei decreti delegati che dopodomani saranno consegnati da De Lorenzo ad Amato sia sancito che va peraltro (leggo il testo) «regolamentato il rapporto fra servizio sanitario ed università per la formazione in ambito ospedaliero del personale sanitario e per le specializzazioni post-laurea». Cioè, qui ormai una cosa è caduta per sempre: la formazione delle professioni sanitarie — dal medico, al farmacista, al biologo (quando è professione sanitaria, ovviamente), all'infermiere, al terapeuta e quante altre siano professioni sanitarie, quindi non c'è l'eccezione dell'infermiere — il modello formativo, i rapporti fra servizio sanitario e università sono regolati da questo decreto delegato, che stabilisce che l'università fa la formazione anche in ambito ospedaliero; quindi sancisce innanzitutto la priorità che è l'università che fa formazione e che si avvale degli strumenti, delle sedi e anche ovviamente del personale del servizio sanitario nazionale. Quindi gli scenari sono chiari: l'università è titolare, ma si avvale del servizio sanitario nazionale per formare tutte le professioni sanitarie; dopo di che, a nostro giudizio, fare una legge che regolamenti la professione e abbandoni idee di doppi canali, idee di titoli di maturità come optional, come ho letto nella proposta di legge De Lorenzo, mi pare facilissimo. Il quadro legislativo è chiaro, si tratta semplicemente di far cadere le vecchie leggi, quindi la legge che ha consentito il biennio e non la maturità come requisito di accesso e far cadere la titolarità delle regioni nella formazione, nella gestione delle scuole, facendo capire che si può tranquillamente fare un matrimonio di comune interesse fra università e regioni, ribadendo però che la titolarità della formazione è universitaria e la titolarità di fare i programmi è universitaria e la titolarità di dare i diplomi. Quindi il diploma ha valore solo se è rilasciato dall'università. Le regioni possono tranquillamente, devono mettere a disposizione i fondi, perché se no i corsi di diploma universitari di scienze infermieristiche non partono, hanno finanziamenti che vanno riconvertiti nella gestione convenzionale con l'università, mettono a disposizione quelle sedi che saranno giudicate idonee (normalmente sono quasi tutte, almeno da Roma in su), e potranno anche mettere a disposizione come già lo fanno oggi, senza drammi, nelle specializzazioni mediche, docenti ospedalieri, soprattutto docenti infermieri ospedalieri... Quindi metteranno a disposizione anche capacità didattiche, non solo chi fa il tirocinio, ma anche docenti di materie scientifiche e materie professionali.

Questo è possibile fare oggi. Un giorno ci saranno cattedre vinte da infermieri docenti.

Quindi, a nostro giudizio, lo scenario e i mezzi ci sono, le possibilità sono reali, si tratta semplicemente di partire.

### **Elio Drigo**

Ringraziamo Proia per il suo contributo e passiamo la parola a Marisa Cantarelli, che è Direttrice della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano e può essere considerata quindi, a pieno titolo, un'esperta di questo tipo di problemi, anche perché li ha vissuti da moltissimo tempo in prima persona.

### **Marisa Cantarelli**

Ringrazio Drigo che mi ha promosso Direttrice; io sono Vicedirettore della scuola, in una scuola che però è priva di Direttore da sei anni.

Quando Drigo mi ha invitata a questa tavola rotonda, mi ha detto chiaramente che mi considerava un esperto. Il tema della tavola rotonda: «la riforma della formazione infermieristica: quale ricaduta nell'esercizio della professione» mi ha fatto sorgere qualche problema. E mi sono chiesta: esperta in che cosa? Esperta di formazione chiaramente.

Come analizzare quanto mi viene chiesto? Discorso che mi è stato facilitato dalla mia consuetudine di partecipare ai Convegni dell'Aniarti.

Mi sono proposta di dividere il mio intervento in tre punti, essendo tra l'altro facilitata da alcune sfaccettature degli interventi che mi hanno preceduta.

Farò una rapidissima analisi sull'iter legislativo di questo ultimo anno; vorrei poi rivedere con voi, usando il discorso che abbiamo fatto l'anno scorso, la nostra formazione rispetto ad alcuni obiettivi.

La riforma delle professioni sanitarie, tecniche e riabilitative è stata un problema che ci ha coinvolti per un anno. Quando ci siamo lasciati l'anno scorso avevamo delle grosse prospettive e possibilità, ci sembrava quasi di cogliere tutto ciò che era riforma da un momento all'altro. Anche se non abbiamo colto granché, qualcosa c'è stato, proprio perché ci poniamo in modo costruttivo, cercando di vedere i fatti sempre in maniera positiva.

D'altra parte, il fatto che io lavori in università, dove si ha l'obbligo istituzionale di analizzare e di studiare i temi da trattare, mi ha indotto a chiedermi come mai un'occasione così bella ci sia sfuggita. C'era un'occasione che stavamo cogliendo e cioè la possibilità di una riforma globale nell'ambito della professione. E mi sono posta anche il problema legato al tema di questo Convegno: quale responsabilità, responsabilità di chi?

La risposta che mi sono data è che probabilmente siamo molto giovani come professione e non abbiamo saputo cogliere il momento giusto. Abbiamo perso tempo, perché in tutte le varie fasi propositive la professione ha praticamente rincorso le proposte, che venivano sempre fatte con aggiustamenti. Dovremo essere più pronti nel futuro, dovremo riuscire ad avanzare noi proposte, non aspettare che gli altri le facciano a noi per poi doverle tamponare, perché questo sicuramente ci fa perdere tempo.

In questo modo abbiamo perso praticamente la proposta di legge 5081

trasformata successivamente con altra proposta n. 3166, riguardanti il riordino della professione.

Abbiamo però avuto la possibilità della riforma degli ordinamenti didattici universitari, con la L. n. 341/90, nella quale gli infermieri si sono inseriti, pur non essendo questa una legge specifica per gli stessi. Con questa normativa è stato riconosciuto e autorizzato il famoso D.U. in scienze infermieristiche.

Questo ha creato alcuni problemi di doppio livello della formazione, che anch'io sono convinta debbano essere annullati nel più breve tempo possibile, usando leggi non esclusivamente infermieristiche, ma di carattere nazionale per inserirci come infermieri nella normativa generale. Se continuiamo a rincorrere leggi fatte ad hoc per gli infermieri, noi rischiamo veramente di aspettare un'altra legislatura o chissà cos'altro.

La legge n. 341/90 prevede quattro livelli di formazione: Diploma Universitario (DU), Diploma di Laurea (DL), Diploma di Specializzazione (DS) e Dottorato di ricerca (DR), cioè:

- diploma universitario di tre anni, in linea di massima;
- diploma di laurea, successivo al DU;
- dopo la laurea, la possibilità di un diploma di specializzazione;
- e
- il dottorato di ricerca quale ultimo livello all'interno dell'università.

Gli infermieri, per il momento, hanno ottenuto il DU. In quante sedi? Non ovunque. E qui nasce il problema del doppio canale di cui poi possiamo dibattere. Teniamo conto però che ci vogliono alcuni anni prima di arrivare a diplomare i primi infermieri e penso che nel frattempo le altre leggi possono esserci d'aiuto, proprio per inserirci in modo molto più costruttivo.

La professione ha avuto modo di entrare in questo dibattito, perché l'università ha chiesto parere, per la definizione dei programmi, a chi ci rappresenta ufficialmente. E il parere è stato dato e di questo tutti ne siamo a conoscenza, perché i testi sono stati divulgati. Resta però ancora da chiederci quali possono essere le nostre richieste, quali i nostri desideri e come raggiungere alcuni obiettivi?

Questa mattina, io sono arrivata mentre voi stavate discutendo sulla necessità di avere obiettivi chiari; e voi stessi avete detto che se non si hanno obiettivi chiari in un'attività, non si riesce a raggiungerla. E avete studiato strumenti per questo. Il problema allora è lo stesso: se non sappiamo che infermieri vogliamo, è difficile prendere qualsiasi altra decisione. Ed è proprio riallacciandomi al discorso che abbiamo fatto lo scorso anno, che ho ripreso i quattro obiettivi di cui vi avevo accennato allora.

Uno degli aspetti più importanti, è quello di riconoscersi in un'unica professione, mettendo fine ai vari conflitti. Siamo duecentoventimila e nell'ultimo anno abbiamo dimostrato che si sa bisticciare molto bene, con il risultato che altri approfittano di questo nostro comportamento.

Ogni sfaccettatura della professione forma dei gruppi separati. Abbiamo le assistenti sanitarie che vogliono una cosa, le ostetriche ne vogliono un'altra e gli infermieri sono alla ricerca di varie specialità e altro ancora.

Proviamo a renderci conto e chiediamoci: siamo infermieri, sì o no? Se lo siamo, quale matrice vogliamo per la nostra professione? Vogliamo una sola figura. E questo è chiarito.

Allora, di base siamo tutti infermieri e andiamo avanti tutti per la stessa strada. Bisticciare fra di noi favorisce soltanto chi sta contro di noi, chi sta «apparentemente» difendendo la nostra professione.

Ecco perché parlavo di eliminazione della suddivisione della professione infermieristica, allo scopo di rafforzare l'immagine e la compattezza della professione, estirpando le radici di conflitti esistenti. Questo ci porterà ad eliminare i due canali di formazione esistenti in questo momento, a chiarirci bene i contenuti e ad assumerci le responsabilità individuali e di gruppo.

L'altro obiettivo che ci eravamo posti era: la formazione infermieristica orientata da un preciso modello infermieristico con un quadro concettuale di riferimento. Questo è strettamente legato a quanto dicevo prima.

È necessario avere un quadro di riferimento. A monte, dobbiamo definire quale infermiere e che cosa intendiamo per assistenza infermieristica. A volte si ha l'impressione che si parlino lingue diverse. Perché ognuno di noi, quando parla di assistenza infermieristica, ha probabilmente in testa una sua idea.

L'esempio emergeva questa mattina, parlando dell'OTA. Se questa figura deve fare l'attività alberghiera, la sua formazione deve essere per tale attività. Se si fa una formazione per l'assistenza, la stessa non può che essere mirata per l'assistenza. Allora definiamo che assistenza non è attività alberghiera e che quest'ultima non è l'igiene del malato. La chiarezza su queste cose consente di capirci meglio. Ma se diciamo che l'OTA fa attività alberghiera e nei programmi di formazione inseriamo l'insegnamento sui bisogni di base di assistenza, allora possono esserci dei dubbi su quello che è il quadro di riferimento dell'assistenza o della professione infermieristica.

Un altro grosso dubbio risiede nel piano di studi che è stato proposto dall'università in ordine alla preparazione dell'infermiere. Pur volendo essere positiva, mi costa troppa fatica accettare una 39/ter, che è il curriculum. Perché si è costretti a prendere quel programma ed a gestirlo in modo da metterci dentro qualcosa. Ma non si tratta di metterci dentro «qualcosa». Se si vuol preparare veramente un infermiere, bisogna metterci veramente i contenuti di assistenza. Non c'è bisogno di un'infermieristica appiccicata ad una marea di materie di carattere diverso, le quali pur essendo utili per la formazione dell'infermiere non devono però essere preminenti.

Di seguito viene poi un'altra domanda: quale obiettivo? Vogliamo formare un infermiere o un tecnico della sanità? Se la scelta è di formare un infermiere, l'assistenza infermieristica deve essere chiara e precisa e ci devono essere dei programmi con dei contenuti precisi. Se la scelta è di formare un tecnico, si deve avere un programma preciso in tal senso.

Il programma attuale, a mio parere, è per la formazione di un tecnico.

Ci sono università che sono partite con la chiara intenzione di utilizzare i crediti di cui si parla per la facoltà di medicina. Cioè, dopo i tre anni di infermiere, con qualche altro esame, si prosegue nel corso di laurea in medicina.

Allora, pensiamo bene a cosa si vuole raggiungere, per poi partire tutti assieme. Questa è responsabilità. E ci riguarda tutti: responsabilità di chi fa formazione, di chi deve prendere decisioni e di chi poi dovrà operare. Mettiamoci d'accordo su quale infermiere vogliamo e per quale tipo di assistenza. E se abbiamo chiaro questo, pensiamo seriamente ai programmi e incominciamo a chiederli e non con l'idea di aggiustarli all'ultimo momento.

Il terzo obiettivo è quello di avere la garanzia della docenza infermieristica. Qui abbiamo delle responsabilità precise, individuali e di gruppo. L'università ha previsto questi corsi e per il momento ne risultano autorizzate ventisei. Quattordici corsi universitari DU sono partiti. Altre grosse università, fra cui l'università degli Studi di Milano, pur avendo l'autorizzazione, per quest'anno non hanno fatto partire il corso. Questo per problemi di strutture, ma anche per le poche chiarezze che vi sono su alcuni aspetti legati alla legge, al curriculum, alla 39/ter e all'iter formativo degli infermieri in università.

La normativa prevede professori di prima e seconda fascia per l'insegnamento teorico e professori a contratto per le attività teorico-pratiche e quindi solo per il tirocinio. Ma gli infermieri vengono formati solo con il tirocinio o anche primariamente trasmettendo loro un quadro? E se noi non possiamo insegnare perché non siamo professori di prima e seconda fascia, in quanto non esiste una cattedra di scienze infermieristiche, chi lo dà il quadro di riferimento teorico? Altre professioni. E allora, anche su questo dobbiamo essere chiari.

La responsabilità di gruppo può indurci a non accettare una situazione di compromesso di questo genere, mettendo in crisi le istituzioni, in modo tale che non possano andare avanti. La responsabilità individuale invece, è quella di non fare i furbi accettando, pur di poter dire di essere «professori» in università, situazioni che conosciamo benissimo, quali quelle di essere professori di un corso integrativo. In termini più chiari, bisogna evitare che il tal barone sia responsabile del corso di assistenza infermieristica e l'infermiere ne svolga le lezioni. Questo è pericoloso. Purtroppo queste realtà noi le abbiamo.

Che cosa si può fare nel futuro? Perché, ad esempio, non chiediamo chiaramente un albo per coloro che andranno ad insegnare in università? C'è un grosso movimento nella facoltà di medicina, per l'insegnamento nelle scuole di specialità. Perché non lo facciamo anche noi? Certo non abbiamo la laurea in scienze infermieristiche, ma i diplomi universitari ci sono ed in questo momento è il livello massimo. Cominciamo a difendere questi diplomi. O preferiamo mettere chiunque ad insegnare? Abbiamo già situazioni di persone che non hanno nessun titolo e sono nominate ad insegnare con i famosi contratti integrativi. In altri casi vengono escluse persone con il titolo per dare l'inse-

gnamento ad altre che ne sono prive. Sarebbe più serio avanzare la richiesta di un albo, con a monte la definizione di chi può insegnare, in attesa dei concorsi. Questa penso che sia una responsabilità della professione.

L'altro obiettivo è quello di prevedere un chiaro servizio infermieristico, nel quale i professionisti infermieri si riconoscono.

Siamo in grado di dare un servizio infermieristico se sappiamo quali contenuti mettere nello stesso. Bisogna dare atto che la Regione Toscana su questo ha fatto molto, rispetto alle altre Regioni. Si corrono rischi molto grossi a stare ad aspettare, quale quello del corso di laurea. Teniamo conto che un corso di laurea in scienze infermieristiche con una marea di infermieri quali siamo noi, sposta dalla Sanità all'università dei grossi interessi economici. E gli appetiti sono altrettanto grossi.

Gli attuali progetti sono per un corso di laurea in discipline infermieristiche solo di facciata. Negli stessi si prevede di formare dei docenti dirigenti, laureati per la sanità, raccogliendo tutti i diplomati che provengono dai diplomi universitari della facoltà di medicina, che non sono soltanto gli infermieri, ma anche i fisioterapisti, i tecnici di laboratorio, ecc.

Non voglio togliere la laurea agli altri, che pur devono andare avanti ed avere le loro aspirazioni e spazi. Ma non sono d'accordo che gli infermieri debbano essere messi allo stesso livello, perché c'è una differenza sostanziale che è quella della disciplina infermieristica.

Se definiamo un nostro specifico, con dentro dei contenuti precisi, abbiamo un chiaro quadro di riferimento e siamo in grado di dare un significato alla «laurea in discipline infermieristiche». Perché l'assistenza infermieristica è una disciplina.

Ma se non sappiamo difendere questo, è logico che ci venga propinato un corso di laurea per tutti. Qual è la differenza col tecnico, di qualsiasi tipo esso sia? Quest'ultimo ha effettivamente una sua specialità, ma è legata a discipline che già sono riconosciute in università (in radiologia c'è il medico radiologo, lo stesso per la biologia, per il laboratorio, ecc.).

Per quale motivo l'infermiere deve perdere il suo specifico, che è l'assistenza infermieristica ed annullarlo con un diploma che lo mette alla mercé di altre figure? Questo specifico lo si difende solo se abbiamo chiaro quello che ci sta dentro. Solo questo ci permette di dire che gli infermieri si differenziano e che è giusta una laurea in discipline infermieristiche, quale primo passo verso una futura facoltà.

Ecco anche l'importanza di studiare bene il relativo programma.

In questi giorni, ho avuto un documento della Conferenza dei presidi, distribuita dal Consiglio Universitario Nazionale, nel quale è riportato il programma che le tre scuole universitarie avevano elaborato alcuni anni fa. Programma che tutti conoscete, perché è stato pubblicato da tutte le riviste professionali. Questa è la base sulla quale stanno studiando per la definizione della laurea dei docenti dirigenti. Il fatto che sia stato riconosciuto ciò che noi avevamo fatto, è sicuramente positivo. Ma attenzione! Quel progetto era

stato elaborato per uniformare i programmi delle scuole dirette a fini speciali per docenti dirigenti, non per la laurea in scienze infermieristiche.

È necessario riflettere anche su questo e su cosa si vuole. Una laurea per docenti dirigenti, difficilmente garantirà il servizio infermieristico, ma sarà un servizio tecnico-infermieristico. Qualsiasi figura laureata, infermiere o no, che proviene da quel corso, avrà la possibilità di gestire tutto il personale, con riflessi negativi nell'esercizio professionale.

Ho cercato di fare un discorso improntato sull'analisi, sullo studio di ciò che in questo momento ci circonda, per capire cosa può esserci dietro e aldilà delle norme. È per questo che sono partita con un messaggio di unione fra di noi, perché se ci dividiamo dobbiamo sapere che gli interessi sono fortissimi, soprattutto nella facoltà di medicina che vorrà gestire tutto questo. Si affacciano però anche altre facoltà, affascinate da questo discorso. La facoltà di Economia propone di dividere le lauree in due, facendo un discorso di organizzazione e uno di pedagogia. In questo modo i pedagogisti si prendono la formazione degli infermieri, per quanto riguarda la docenza e gli economisti gestiscono l'aspetto dell'organizzazione. In questo caso gli infermieri dipenderebbero, non più dai medici, ma dai pedagogisti o dagli economisti.

È necessario avere il coraggio di assumerci la responsabilità di fare un salto di qualità, proponendo noi cose serie, con competenza interna, usando quelle che sono le forze esistenti della professione.

Ho espresso, come mi era stato chiesto, la mia lettura sul concetto di responsabilità, pur sapendo che questo ruolo, che è il meno piacevole, porti a dire anche cose poco simpatiche. Grazie.

## **Elio Drigo**

Ringraziamo Marisa Cantarelli per la classica chiarezza con la quale presenta le sue idee, con la capacità di lanciare delle prospettive. Certamente è servito a suscitare un dibattito che speriamo sia animato, anche in considerazione del fatto che ci ha investiti di responsabilità personalmente e come gruppo, come collettività professionale.

Parliamo molto di responsabilità in questi giorni, di cui siamo — che noi lo vogliamo o no — caricati riguardo all'evoluzione della qualità della nostra professione e della formazione nostra.

Quindi, guardiamo anche da questo punto di vista il tema della responsabilità: il nostro ruolo nel contribuire all'evoluzione della nostra professionalità. Sarà interessante rivedere poi, magari anche durante il dibattito, quale potrebbe essere la ricaduta di una formazione a livello universitario su quei problemi, quelli più spinosi, che riguardano la responsabilità e nei quali attualmente ci dibattiamo perché le leggi sono troppo chiare da una parte o eccessivamente fumose dall'altra.

Con questi importanti interrogativi, passiamo ora la parola a Suor D'Avell-

la, Presidente della Federazione Nazionale dei Collegi, che ci rappresenta in forma istituzionale che ha, in rapporto a questo discorso, una grande responsabilità.

### **Suor D'Avella**

Cercherò di dare anch'io il mio contributo in questa tavola rotonda che viene fatta in un momento direi di svolta della professione, di svolta perché tutto ciò che è movimento credo che significhi vita, vitalità.

Indubbiamente, è stato richiamato anche da chi mi ha preceduto, la professione ha bisogno di unità per poter portare avanti gli obiettivi che sono propri della professione con un senso di responsabilità che veda impegnati ciascuno e tutti.

Però vorrei anche dire che, perché ci sia questa unità, occorre innanzitutto onestà intellettuale, occorre innanzitutto da parte di ciascuno di noi, di chi ne sa di più e di chi ne sa di meno, la capacità di porsi in un cammino di crescita progressiva e di capire che la partecipazione di ciascun professionista è un dovere etico, quindi è una responsabilità molto seria.

Questa mattina ho assistito al dibattito che è stato fatto dopo le relazioni (mi dispiace di non aver potuto ascoltare le relazioni che, mi hanno detto, sono state molto puntuali ed interessanti). Noi ci troviamo in un momento, dopo la non approvazione della 5081, che peraltro conteneva molte ambiguità, che la Federazione non ha rincorso, ma ha cercato di troncargli. Purtroppo sappiamo che viviamo in un paese e in una società in cui molteplici interessi prevalgono al posto del bene comune e le varie tangentopoli ci hanno dato una dimostrazione molto chiara di questo.

Quindi, se alla voce oggettiva di quelli che sono i bisogni reali della gente, i bisogni di salute della persona e quindi le risposte adeguate da dare, se di fronte a queste richieste oggettive da parte della professione, chi ha potere politico preferisce invece interessi di parte e non la soddisfazione del bene comune e dell'interesse generale, credo che anche di questo abbiamo una responsabilità comune, perché dopo tutto li votiamo tutti noi questi soggetti che ci vanno a rappresentare!

Quindi, è molto importante anche la responsabilità politica, perché una professione che si rispetti, una professione legittimata, ha un suo sistema professionale, che è costituito da fattori, circuiti e soggetti che siamo noi e quindi ha un mandato istituzionale da assolvere, sia nel suo ruolo formale che nel suo ruolo sostanziale. So che di questo si è parlato questa mattina.

È evidente che il mandato istituzionale di una professione ha degli scopi, ha delle attività professionali, che sono affidate a tutti i professionisti di quel particolare sistema professionale e tutto questo condiziona la dimensione culturale di coloro che operano all'interno del sistema professionale. Questo significa che contemporaneamente noi professionisti, noi soggetti di questo si-

stema professionale, siamo gli artefici di una cultura professionale e quindi non possiamo delegare ad altri quello che è compito nostro.

Un altro dei fattori del sistema professionale è il profilo e la competenza per l'esercizio professionale. E qui, in stretta correlazione con il circuito negoziale, mentre parliamo di mandato istituzionale, dobbiamo mettere in stretta correlazione il circuito politico, che ovviamente viene speso non soltanto da coloro che amministrano la cosa pubblica; anche noi amministriamo in qualche modo la cosa pubblica, anche noi siamo coloro che danno risposte professionali sempre nuove, come dice il codice deontologico degli infermieri italiani. Il professionista deve essere capace di dare risposte sempre nuove, e questo richiede una formazione permanente, richiede anche che la professione con colleghi e associazioni entri in questo circuito per negoziare tutti gli aspetti della formazione, che rappresentano la possibilità di una crescita culturale e quindi di basare la propria competenza professionale su conoscenze, su di un sapere che può diventare potere nel senso vero del termine.

Oggi si dice che i medici hanno potere perché sono quelli che sanno, è un luogo comune, loro hanno acquisito il potere da lungo tempo perché sono coloro che si ritengono, a torto o a ragione, i detentori della scienza e del sapere. Io credo che nella nostra professione ci sia in questo momento una crescita culturale che sale; ovviamente sale non omogeneamente. I duecentodiecimila infermieri che sono iscritti agli albi professionali dei collegi provinciali e quindi della Federazione Nazionale dei Collegi, indubbiamente non procedono secondo lo stesso passo e lo stesso ritmo.

Quindi abbiamo una disomogeneità culturale all'interno della professione, che in un certo senso ci viene a volte o spesso ribaltata contro, dicendo: Ma voi, poi, che cosa volete? Sono degli slogans di cui si servono i politici di turno, dei vari colori, perché — quando non vogliono riconoscere veramente la professionalità in senso formale e sostanziale — ci vengono a dire che noi non siamo capaci, perché non abbiamo una cultura consolidata. Una parte di tutto questo è vera, e noi dobbiamo continuare a lavorare, perché la crescita culturale diventi omogenea, perché si consolidi una cultura professionale, una cultura infermieristica nel senso più pieno del termine.

E questo quindi comporta assunzione di responsabilità, comporta possibilità di autonomia.

Ma io intendo assunzione di responsabilità e possibilità e capacità di autonomia quando un professionista coniuga le conoscenze a quella che è l'arte dell'assistenza; le conoscenze, per il professionista, costituiscono le basi culturali applicate alla realtà quotidiana. Questa potenzialità di conoscenze viene tradotta in un'arte in cui il professionista assume la piena discrezionalità, la piena capacità di applicare le conoscenze e quindi di assumersi, nello spazio operativo che fa parte del suo sistema professionale, le responsabilità e l'autonomia.

Autonomia significa essere capaci di essere norma a se stesso, nel senso etimologico del termine. Per essere capaci, come professionisti, di essere nor-

ma a se stessi, dobbiamo avere questa capacità di autonormazione come singoli professionisti e questo deriva dalla capacità professionale acquisita, che si traduce nella competenza da dimostrare nell'esercizio professionale quotidiano. Nello stesso tempo ci deve essere una capacità di autonormazione interna attraverso un codice deontologico. L'èthos professionale di qualsiasi professionista, e quindi anche di noi infermieri, se si radica nella identità della nostra professione, rende evidente che non c'è sfasatura fra le nostre conoscenze e fra i nostri comportamenti. Non si tratta di applicare una deontologia come una giustapposizione, ma la deontologia riguarda il mio essere persona, il mio essere professionista. E nel momento in cui io mi pongo in relazione all'interno della professione e all'esterno della professione con gli altri professionisti, realizzo un'integrazione all'interno, realizzo una crescita in verticale all'interno di tutta la professione e realizzo anche una crescita orizzontale nel momento in cui ho la competenza vera e la capacità di integrarmi con gli altri professionisti, a pieno titolo, alla pari con le modalità con cui gli altri esercitano la propria professione.

Ed è in questo senso, che noi dovremmo cercare di essere più propositivi a proposito del nostro rapporto con i medici, a proposito del nostro rapporto con le altre professioni, con componenti sociali di qualsiasi genere. Perché, se un professionista è veramente preparato, io credo che può stare alla pari. Il problema sorge quando, in un'équipe di lavoro, lo spessore culturale di un professionista non è alla pari di quello degli altri professionisti. Ma se noi infermieri acquisiamo questo spessore culturale che integra le conoscenze con l'esperienza professionale del tirocinio professionale — e dobbiamo fare molta attenzione a poterlo svolgere bene e guidarlo bene anche nell'ambito dell'università — è evidente allora che viene fuori il professionista così come per tutte le altre professioni, perché se la sede naturale, istituzionale, per competenza formativa è l'università non si vede perché le scuole infermieristiche o i corsi debbano essere sempre dei corsi atipici. E' l'atipia della nostra formazione che ha condizionato molto la crescita della professione e che ha contribuito a tenere subalterna la professione infermieristica a quella del medico, a quella delle altre professioni.

Però io credo che è venuto il momento in cui ciascun professionista non debba delegare ad altre professioni le scelte, le scelte professionali, le scelte politiche, che riguardano la nostra professione.

Nell'incontro che ho avuto neanche venti giorni fa con il Ministro della Sanità e con tutto il suo staff, quando ha proposto per l'ennesima volta di voler presentare un disegno di legge governativo, in un momento in cui si sta riprendendo tutto il problema del riordino della professione infermieristica, io gli ho detto fermamente: «Signor Ministro, lei avrebbe dovuto presentare un emendamento governativo non appena si è insediata questa legislatura. Lei ha fatto passare i sei mesi utili perché la legge fosse riproposta con corsia preferenziale e il suo emendamento governativo non c'è ancora. Quindi noi

non la deleghiamo a fare un disegno di legge governativo, perché deleghe in bianco non ne diamo più».

In questo momento, sono d'accordo con quello che dice Cantarelli, ci sono già delle leggi, ci sono già delle leggi nell'ordinamento italiano e quindi vanno applicate, queste leggi, anche per quanto riguarda l'ordinamento degli studi infermieristici, e mi riferisco in particolare alla legge 341 del 1990 e mi riferisco anche al decreto Ruberti che ha istituito il diploma universitario in scienze infermieristiche, sia pure con tutto quello che deve essere cambiato e migliorato nella tabella 39/Ter, contro la quale abbiamo effettuato il ricorso.

Ebbene, in questo momento non occorre più la legge 5081, 3166 o con tutti gli altri numeri con cui è stata ripresentata sia alla Camera che al Senato, perché questa legge ormai è già anacronistica, così l'ho affermato anche nella audizione avuta sia al Senato che alla Camera recentemente.

In questo momento c'è bisogno di una legge soprattutto di procedure, di una norma di procedure, che raccordi tutto quello che è necessario per la professione, per la formazione della professione infermieristica, quindi come professione infermieristica unica, su cui si innesterà poi la formazione complementare come giustamente prevede anche il Consiglio d'Europa, nella raccomandazione 5 del 1983; e quindi, quello che è importante, è questa legge di raccordo. C'è già stata una presentazione in Parlamento, da parte dell'On.le Armellin, Presidente della Commissione Affari Sociali, il quale ha raccolto cinquantuno firme in questo senso.

Oggi credo che la stessa presentazione, cambiando qualche piccola cosa, ma non sostanziale, veniva fatta in Commissione Senato dalla Senatrice Marinucci che è anche Presidente della Commissione Sanità del Senato. Il momento non è facile, è un momento che io definisco di confusione, un momento di conflittualità, un momento di resistenze notevoli. Resistenze notevoli che vengono a causa di quegli interessi a cui ho fatto cenno all'inizio, che sono legati soprattutto alle Regioni, che non vogliono perdere il potere clientelare e la possibilità di gestire soldi, chiaramente, ma per le quali forse — o senza forse — l'obiettivo formativo di un professionista, che è il punto chiave dell'assistenza sanitaria, che è il punto chiave per la risposta ai bisogni reali di salute della gente, io credo purtroppo che non esistano né obiettivi chiari, né interessi e forse non li vogliono neanche ascoltare veramente.

Perché, se ci fosse l'onestà intellettuale, che ricordavo all'inizio, credo che — dopo tanti incontri, dopo tante chiarificazioni — qualche chiarezza si potrebbe fare anche nella testa di chi spero non abbia un minus di intelligenza!

Quindi, in questo momento è importante che si faccia una legge di procedure, che venga assicurata giustamente la docenza infermieristica agli infermieri. In questa proposta di Armellin viene già ipotizzata la possibilità che nelle prime tornate concorsuali si dia precedenza a coloro che hanno le conoscenze culturali e professionali specifiche della professione, in attesa che ci sia il diploma di laurea per i professionisti infermieri.

Se tutto questo avverrà, è chiaro che ci sono molti problemi; c'è il proble-

ma che si pongono i singoli infermieri, che ovviamente bisognerà tutelare, decidere cioè come sarà considerato il diploma di quanti hanno acquisito il vecchio titolo. Gli allievi che hanno iniziato quest'anno le scuole infermieristiche attuali, avranno un diploma diverso da coloro che conseguiranno il diploma universitario. Coloro che conseguiranno il diploma universitario in questo momento, come ogni altra professione che si forma in università, dovranno poi fare un esame di abilitazione professionale, in quanto il titolo accademico conseguito all'università non è abilitante, mentre il diploma di Stato conseguito nelle scuole regionali attualmente esistente, è comunque un diploma già abilitante. Ci sono nodi e problemi da sciogliere.

Ieri pomeriggio siamo stati dal Ministro dell'Università, insieme alle altre professioni, quelle poche professioni che hanno già una formazione universitaria e per le quali è stato creato un DU così come per le scienze infermieristiche.

Il punto di conflitto e di resistenza si trova prevalentemente, in questo momento, nella Sanità e nelle Regioni. È stato già detto dai rappresentanti sindacali, che la Sanità in questo momento sta dando un po' i numeri al lotto, nel senso che la carenza o il fabbisogno di infermieri viene indicato con numeri diversi, secondo le circostanze. Su questo problema noi abbiamo già fatto chiarezza molte volte, ma non c'è peggiore sordo di chi non vuol sentire.

Quindi, il problema che si pone è che ognuno abbia le sue competenze e i suoi spazi. All'Università la competenza formativa, alla Sanità e alle Regioni la programmazione e quindi la corretta utilizzazione del personale infermieristico che si viene a formare, perché è con la corretta utilizzazione con una opportuna e seria, rigorosa organizzazione del lavoro che si potranno risolvere altri nodi sugli standards qualitativi dell'assistenza infermieristica e dell'assistenza sanitaria in genere.

Quindi, in questo momento io credo che noi abbiamo bisogno di una coerenza all'interno della professione che ci veda impegnati a perseguire gli obiettivi di qualità che cerchiamo di indicare e di perseguire da anni.

Ma oggi, più che mai, io credo che c'è una responsabilità precisa; la responsabilità di chi forma, la responsabilità di chi viene formato, la responsabilità di chi esercita già la professione infermieristica. E questo richiede di essere capaci di rispondere sulla base della nostra competenza pluridimensionale, scientifica, tecnica ed umana, perché nella relazione di aiuto competente si realizzi in tutti i settori in cui l'infermiere opera, la capacità e la possibilità di scelte che vedano ritornare l'uomo, la persona, al centro dei servizi, al centro dell'assistenza.

Noi infermieri siamo gli esperti della totalità della persona; il medico, tante volte, vede le cose in modo molto parcellare, vede l'intervento fatto in modo molto settoriale; all'infermiere è affidato, per professionalità, il compito dalla totalità dell'assistenza, della globalità delle cure.

Ebbene, credo che questa riappropriazione da parte nostra delle cure infermieristiche, perché non vengano né compresse dall'alto e né compresse dal

basso e non siano da parte nostra delegate a chi non ha competenza per questo, si verificherà solo se noi sapremo dimostrare che le cure infermieristiche sono specifiche dell'infermiere e quindi sono fungibili e quindi la significatività delle cure può essere data solo dall'infermiere, perché è solo l'infermiere che le sa fare. Credo che questo costituirà il cammino del divenire dalla nostra professione.

### **Elio Drigo**

Ringraziamo Suor D'Avella e tutti i relatori per questa prima tornata di informazioni e completiamo il quadro con il contributo dei gruppi di lavoro che, in separata sede, questo pomeriggio hanno riflettuto ed elaborato, sempre sul tema della responsabilità, con particolare riguardo ai vincoli e le opportunità nell'utilizzo dei protocolli assistenziali.

Il contributo di questi gruppi di lavoro porta ancora un tassello alle informazioni che fino a questo momento abbiamo avuto per completare il quadro e per cercare di focalizzare l'attenzione sempre più sulla tematica della responsabilità.

Laura D'Addio, caposala-insegnante presso la Scuola Infermieri Professionali «Beatrice Portinari» di Firenze, ci presenta quindi il risultato del lavoro dei gruppi di studio.

### **D'Addio Laura**

I quattro gruppi, sono arrivati direi ad una omogeneità, quasi unanimità, su un punto; gli strumenti di integrazione, così come sono stati oggi intesi e presentati, senz'altro costituiscono una opportunità, forse una *grande opportunità* per tutti gli infermieri. Ovviamente se considerati nella giusta misura. Cioè gli strumenti, per definizione, sono un qualche cosa di oggettivo, una possibilità nelle mani dei professionisti; non deve essere quindi che gli strumenti si facciano in un qualche modo padroni essi stessi del meccanismo. Ovvero, fino a che gli infermieri, i professionisti potranno usufruire di queste «cose» nella misura in cui continuano a restare possibilità, cose, allora saranno veramente delle opportunità anche di crescita professionale. Nel momento in cui scapperanno dalle loro mani, ecco che probabilmente verranno identificati più come vincoli, costrizioni. Questo, legato forse, in buona misura, al processo di identificazione professionale che sta alla base dell'agire di ognuno di noi.

Sugli strumenti di integrazione è stata fatta un'analisi un po' più approfondita, principalmente rispetto a procedure e protocolli. Le procedure sono state viste come grosse opportunità, soprattutto in questo momento storico, poiché la composizione dei gruppi infermieristici che si ritrovano nelle realtà operative, si presenta di solito abbastanza eterogenea e variegata; in genere,

in ogni gruppo, sono presenti infermieri che hanno per esempio una formazione di base (su quella permanente poi ci sono forse ancora maggiori variabilità) compiuta in modo diversificato. Abbiamo già visto, in queste due giornate, come a volte, a pochi chilometri di distanza, cambi totalmente la realtà formativa.

Protocolli e procedure saranno comunque strumenti importanti anche nel futuro perché rappresentano una sintesi della ricerca infermieristica applicata nelle varie realtà e in fondo anche una modalità di passaggio di esperienze ed informazioni da un gruppo all'altro.

I protocolli, rappresentano forse il vero strumento attraverso il quale raggiungere quella integrazione, intesa principalmente come sinergismo di azione e non tanto come semplice divisione del lavoro per arrivare al concetto di lavoro di équipe che probabilmente nel nostro mondo italiano è ancora in evoluzione.

Soprattutto i protocolli possono porre quelle chiarezze di cui siamo così tanto alla ricerca sulle rispettive competenze e aree di azione. Problema quanto mai annoso, soprattutto nel dibattito infermiere e medico, per esempio.

Se tutto questo riesce ad essere maggiormente rapportabile in una situazione di integrazione, probabilmente anche il lavoro di équipe ne trarrà dei vantaggi.

Possono giocare un ruolo favorente nei confronti della introduzione degli strumenti di integrazione, la dirigenza infermieristica, dove esiste il servizio infermieristico e dove questo ancora non è una realtà ... di dirigenza. Si è constatato comunque che spesso la tendenza a progredire verso gli strumenti di integrazione viene maggiormente dal basso, dai gruppi operativi. Gli uffici infermieristici rappresentano comunque dei punti di riferimento ed hanno il loro ruolo importante. Riteniamo che indirizzi e input maggiori per quantità e qualità provenienti dalla dirigenza nei vari ambiti locali, possano essere di aiuto.

Inoltre creare un'eco sulle esperienze singole, quindi in qualche modo socializzare i rispettivi patrimoni, potrebbe essere un aumentare ulteriormente rispetto a tante altre azioni, la diffusione di informazioni e quindi il crearsi effettivo di una cultura infermieristica veramente ad hoc.

Gli strumenti di integrazione possono infine avere un ruolo importante anche nei confronti del superamento di quello che è stato un atteggiamento per molti anni in uso nella popolazione infermieristica nel suo insieme. Proprio per questa spinta, che è avvenuta maggiormente dal basso, spesso ci si è trovati a svolgere attività di promozione della professione in un ambito che potremmo considerare maggiormente di volontariato che non di formalizzazione.

Ovvero, quanti gruppi, quanti infermieri sono rimasti oltre il proprio orario di lavoro perché, di fronte agli utenti e ai pazienti, non c'era lo spazio per trovare momenti elaborativi; quante volte è stata più la buona volontà, quindi il volontariato, se si vuole la «clandestinità», il fare non riconosciuti

dalle strutture, e dall'istituzione. Quante, però, ricchezze sono nate per la professione infermieristica da tutto questo. Probabilmente i primi protocolli sono nati così; probabilmente le prime procedure di cui si è dotato un gruppo infermieristico hanno trovato, alla base, questo momento favorente per essere poi eventualmente formalizzati. Ecco, vorremmo che queste occasioni di costruzione iniziale, e poi di socializzazione, non nascessero più dal volontariato, poiché come tutti i professionisti possiamo avere nella nostra dignità professionale anche momenti interni all'attività lavorativa di elaborazione.

Qual'è il ruolo, quindi, della formazione rispetto a tutto questo? Ovviamente non saremmo in grado di gestire, né di creare strumenti di integrazione se non con una formazione ad hoc.

E allora, l'unica osservazione che ci sentiamo in sintesi di fare è quella di non avere più nella nostra formazione di base e permanente, delle proposte o soluzioni o ricette precostituite rispetto alla molteplicità di situazioni assistenziali e organizzative che come infermieri o neo-diplomati ci troveremo ad affrontare, ma riuscire ad avere in questi tre anni, di corso, lo sviluppo di capacità di analisi critica e creativa nei confronti di una società che sta andando verso la richiesta di performances sempre più articolate da parte dell'infermiere.

Quindi, in pratica di continuare o tornare a sviluppare quella coerenza e responsabilità che sembrano alla base del percorso formativo dell'infermiere verso una autonomia veramente tale.

Vorremmo concludere chiedendo — proprio per le personalità oggi presenti nel mondo infermieristico — che, per quanto possibile, questa coerenza e responsabilità che va verso l'autonomia sia riportata anche nei vari organismi istituzionali che in qualche modo stanno lavorando ancora per la professione infermieristica.

## *DIBATTITO*

### **Elio Drigo**

Ringraziamo anche per questo importante contributo, manifestazione della vitalità che c'è e dell'interesse estremamente sentito nei confronti di questi strumenti operativi.

Adesso apriamo il dibattito su queste tematiche, nel tentativo di approfondire ancora il problema della responsabilità e direi soprattutto, anche per darci obiettivi, propongo ancora un messaggio: mi chiedo dove potrebbe portare la responsabilità, una formazione diversa rispetto a quella attuale a livello universitario. Quali interconnessioni, quali relazioni verranno a crearsi ad

esempio con le altre professioni che a livello universitario ci sono già arrivate, oppure quelle professioni che a livello universitario ci sono da sempre?

Forse potranno venire a cadere quei dubbi sull'autonomia e sulla responsabilità che adesso abbiamo per quella che è la nostra esperienza, proprio in relazione anche alle altre professioni, oppure continueranno ancora le interferenze indebite attuali, da parte di altri professionisti, in quella che è l'attuale esercizio professionale, interferenze che oggi condizionano pesantemente sia la composizione dell'attività dell'assistenza infermieristica, sia anche le concrete possibilità organizzative della professione stessa in funzione di un'assistenza che sia degna di questo nome e che sia all'altezza di esistere al giorno d'oggi.

Che cosa quindi può cambiare? Che tipo di cambiamenti può provocare questa nuova proposta di formazione, in questo senso? E, se riusciamo ad individuare questi cambiamenti, probabilmente avremo ancora motivi in più per lottare affinché questa nuova formazione sia veramente una scelta di civiltà. Quindi, se riusciamo ad individuare l'entità, la consistenza, la possibilità di cambiare in maniera veramente radicale una realtà che non ci va, che non va a noi ma che non va soprattutto ai cittadini che usufruiscono della nostra assistenza, questo dovrebbe costituire ulteriore motivo per continuare a lavorare e per lavorare anzi in maniera ancora più profonda, più impegnata, perché una formazione diversa rispetto alla oggettiva insufficienza dell'attuale possa intervenire nel panorama italiano.

Il dibattito è aperto.

**D.:** STANGANELLO, Palmi, Reggio Calabria - Sono infermiere professionale abilitato a funzioni direttive. Premetto che io sono stato uno di quelli che, alla manifestazione del 12 maggio, ha coniato lo slogan «Non più sigle, non più divisioni, unico obiettivo: la riforma della professione».

E proprio perché amo l'unità e amo l'unità nella chiarezza e non solo formale, di facciata, amo anche chiarire che, secondo me, ancora oggi, anche i nostri relatori si sono sforzati di parlare fra loro per piccoli messaggi e sottintesi e se devo dare onestamente una pagella (scusatemi, non per simpatia o antipatia, ma per chiarezza e per quello che io da partecipante al dibattito ho capito), gli unici ad avere molta chiarezza sono stati la dottoressa Cantarelli e Proia, anche perché forse ci conosciamo da più tempo, ma anche Suor D'Avella è venuta parecchie volte ai nostri Convegni, però ho notato che molto spesso si tende, da parte specialmente della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, a rimuovere ogni volta le responsabilità come se queste fossero di un'entità astratta, della professione in generale, e come se fosse la professione che ha queste colpe.

Invece, penso che delle colpe, la Federazione Nazionale dei Collegi, i sindacati, negli anni passati le hanno avute. E va detto con molta chiarezza. Va detto per esempio il ruolo anche di ostacolo molto spesso al progresso della professione che svolgono i collegi perifericamente, quando si arrogano il dirit-

to di rappresentarci, in un'ottica di chiusura, di non confronto con le istituzioni e con posizioni nuove, non informandoci su quelli che sono i processi nuovi. Cioè si è praticamente verificato che sul territorio nazionale non so quante riunioni ha fatto il collegio, la Federazione Nazionale dei Collegi, sulla questione della 5081. Non ci sono stati Convegni, non ci sono state riunioni; quando si è tentato di fare questo, voglio dire, è stato fatto solo da parte dell'Aniarti in alcune realtà. Queste cose dobbiamo dirle, insomma.

L'elaborazione su quello che è lo sforzo di unificare per protocolli, per ritrovare cioè praticamente quello che è il corpo scientifico, le cognizioni scientifiche della professione ... lo sforzo lo sta mettendo in atto, solo l'Aniarti in questi anni.

I sindacati hanno anche altre grosse responsabilità. Abbiamo avuto, da parte specialmente della UIL e della CISL, una tendenza a monetizzare il disagio nel periodo in cui c'era la famosa questione infermieristica. Il problema infermieristico è stato coperto con un discorso di monetizzazione, dando più soldi e basta, quando in alcuni contratti, in alcune bozze di contratto addirittura c'è invece un tentativo di superare l'attuale rigidità e di mettere sul piatto della bilancia anche tutto il problema della formazione. Certo, poi si è convenuto che non era il contratto il posto adatto in cui far passare delle cose che riguardavano il discorso formativo però, di fatto, le cose sono a questo punto, e ogni anno ognuno di noi cerca di eludere i problemi.

Allora io dico che la migliore cosa, a questo punto, è dirsi chiaramente quali sono i problemi, quali sono gli ostacoli, quali sono i vizi, quali sono le incomprensioni che esistono e un discorso importante e proficuo per la professione, sarebbe quello di riprendere a tutto campo, a tutto spessore un impegno comune, che sia trasversale a tutte le associazioni. Sul territorio si incomincino a fare assemblee, riunioni e perché no anche degli incontri fra le varie associazioni, per dirsi chiaramente cosa si pensa e non aspettare le occasioni di convegni per mandarsi messaggi, ma incontrarsi, fare un forum nazionale, non ho qua la soluzione. So solo che la necessità è quella di andare avanti insieme, di non separarci e che il miglior modo per fare l'unità non è quello di nascondersi dietro il dito, ma dirsi chiaramente in faccia quello che si è e quello che si è stati.

**D.:** PITACCO, Trieste - Volevo in particolar modo rivolgere una domanda a Suor D'Avella e chiedere quali sono gli attuali orientamenti della Federazione rispetto sia alle nuove proposte che riguardano la riforma della formazione, ma soprattutto rispetto al decreto del Ministero dell'Università e della ricerca scientifica.

Ho sentito prima che lei parlava di modifiche rispetto alla tabella 39/Ter; quali potrebbero essere secondo lei le forme da perseguire per portare avanti questi cambiamenti; cioè quali sono i cambiamenti che intendete proporre, come portarli avanti ed eventualmente se si è pensato a qualche forma di mobilitazione di tutti gli infermieri.

**D.:** VESCOVI, Venezia - Mi sembra giusto ringraziare i relatori per l'attenta analisi che hanno fatto dell'attuale problema della formazione infermieristica in ambito universitario, sia per quanto riguarda la formazione di base, di docenza e quindi anche di dirigenza.

Però mi sembra che si debba toccare un piccolo problema sulla formazione complementare che è stata forse un pochino trascurata diciamo, anche perché — visto l'ambito in cui ci troviamo — si parla di «area critica. Quindi chiedo a voi quale pensate sia la risoluzione o la gestione di questo problema nel prossimo futuro, visto che la 341 permette la formazione specialistica soltanto dopo DL e non mi sembra che sia il luogo giusto per questo tipo di formazione complementare.

E, inoltre, mi sembra che la legislazione attuale che ci riguarda consideri solo la possibilità di corsi universitari di perfezionamento, se non sbaglio.

E come ultima cosa: quale pensate sia il futuro di noi infermieri che attualmente lavoriamo in questa realtà di «area critica», ma non solo «area critica», in ambito chirurgico, pediatrico, psichiatrico... e tutti conosciamo benissimo la raccomandazione 5 del 1983 del Consiglio europeo.

Chiedo quindi, a tutti quanti i presenti della tavola rotonda, di dare una risposta a questo mio, ma penso anche comune, problema.

**R.:** SUOR D'AVELLA - Per quanto riguarda le comuni responsabilità, io credo che di comuni responsabilità si tratta. E credo di aver detto, con abbastanza chiarezza anche, da che parte sono venute pesantissime resistenze e contraddizioni. È evidente che nessuno è tuttologo e nessuno sa fare tutto o può fare tutto, perché se avessimo dovuto fare noi la legge come infermieri credo che l'avremmo fatta prima e meglio. Ma purtroppo noi non siamo i legislatori.

Se i collegi, a livello provinciale, si arrogano il diritto, come ha detto il collega prima, di rappresentare quelle che sono, dovrebbero essere, le esigenze degli infermieri e non le rappresentano nel senso più giusto e più vero, io credo che dobbiamo ricordarci tutti che il collegio, come l'associazione, è costituita dagli iscritti, cioè è costituita dai professionisti. Quindi, se il collegio, o meglio chi viene eletto a rappresentare il collegio, non interpreta le attese al meglio, io credo che lì c'è tutta la possibilità partecipativa da parte di ogni singolo professionista, che si deve far carico di proporre soluzioni ai problemi, di fare, di agire con atteggiamento propositivo, perché la critica sterile non serve a nessuno, non costruisce niente.

Io credo di non aver bisogno di dimostrare quello che in questi ultimi anni la Federazione ha fatto e sta facendo. Chi ha occhi per vedere, credo che possa vedere; chi ha occhi per leggere, credo che può anche leggere tutta la mole di informazione che è stata prodotta in questi ultimi anni proprio per cercare di portare la professione ad un livello di informazione e di possibilità di crescita culturale più omogenea.

Credo che tutti quanti noi dovremmo cercare di comprendere che una cosa è operare in un gruppo più ristretto, più specializzato e una cosa invece

è avere la responsabilità di tutta la professione con tutte le frange più o meno preparate, non dimenticando le sanatorie che ha subito la professione e che hanno contribuito a questa forte disomogeneità culturale.

Non dimentichiamo che noi veniamo da un recente passato in cui certi eventi politico-legislativi e sindacali anche ma, i sindacalisti, i rappresentanti sindacali hanno credo riconosciuto, quindi anche loro in qualche modo hanno fatto chiarezza, che hanno avuto nel passato delle responsabilità in negativo rispetto a determinate spinte in basso, per quanto riguarda la professione infermieristica.

A questo punto io credo che non vale la pena andare a ricercare il capro espiatorio per quello che non ci piace o non ci sta bene perché credo che, se ognuno di noi vuole andare a vedere il positivo e andare ad essere propositivo, ci sia spazio per fare questo e per costruire.

Che sul territorio si facciano assemblee, che sul territorio, collegi e associazioni si diano da fare perché i professionisti siano informati e formati, io credo che non ci sono ostacoli a questo. Molto spesso ci sono ostacoli partecipativi: diciamocela la verità fino in fondo. Quante volte si va soltanto a dei Convegni o a dei Congressi, però in loco non ci si impegna in profondità per vedere che cosa può essere fatto nell'ambito di un determinato ospedale o nell'ambito di un determinato servizio e nello studiare veramente la mappa dei bisogni e dei problemi che localmente assillano coloro che esercitano la professione su un determinato territorio?

Credo che questa sia una responsabilità comune; non può essere imputabile tutto a chi rappresenta e niente a chi è rappresentato, perché la costruzione di qualsiasi evento umano richiede la partecipazione di tutte le parti.

Sugli attuali orientamenti della formazione, io credo di aver chiarito. Noi riteniamo, come Federazione abbiamo scritto nell'ultimo editoriale — non so se sia arrivato l'ultimo numero della rivista, ma è stato già spedito da qualche settimana — io chiarisco nell'editoriale il problema della sede universitaria, e credo di averlo chiarito anche oggi, come competenza e titolarità della formazione, ed è evidente che bisogna cercare di fare in modo che al più presto si possa venire all'abolizione del duplice canale formativo che si è creato con l'istituzione del DU attraverso il decreto Ruberti.

Sulle modifiche alla tabella 39/Ter, innanzitutto abbiamo fatto un ricorso su questa tabella perché, sul triplice orientamento/indirizzo formativo abbinato al terzo anno dell'ordinamento didattico, noi non siamo d'accordo e abbiamo dimostrato con documenti abbastanza chiari, anche sotto il profilo giuridico e legislativo, che questo è contrario all'Accordo di Strasburgo, e cioè alle leggi 795 del 1973. Le modifiche: abbiamo già avuto una Commissione di studio presso la Federazione che ha proposto un documento alternativo. Chiaramente, *non tutto piace a tutti*: diciamoci anche questo, perché probabilmente quello che faccio io può non essere condiviso da tutti (dico «io» per dire un gruppo, intendiamoci bene). Probabilmente, se io mi ritengo esperto e gli altri non mi ritengono esperto, questo fa parte della libera opzione di

tutti quanti noi come persone e come professionisti. Io credo che nessuno può piacere a tutti e nessuno può essere invisibile a tutti. Quindi, uno studio è stato fatto, a livello di Federazione e quindi una proposta alternativa è già stata fatta.

Adesso stiamo studiando il percorso formativo per il diploma di laurea. Chiaramente anche qui, io sono sicura, non mi trincerò dietro a niente perché quando uno rende un servizio alla comunità professionale quale siamo noi e per esso alla garanzia di tutela della salute della gente, io credo che non ha niente né da nascondere e né tantomeno da difendere. Io credo di compiere un servizio e questo servizio lo compio con la consapevolezza di cercare di fare le scelte migliori per la professione e per la comunità sociale, che deve ricevere il servizio professionale.

A questo punto io posso dire che sarebbe molto serio, molto onesto intellettualmente e operativamente, che chi ha di più e chi sa di più lo faccia presente e faccia circolare le proprie risorse, il proprio materiale elaborato, in modo tale che si metta a servizio della professione e non si pensi soltanto a criticare.

Ultimo ... per quanto riguarda la formazione complementare, il problema esiste ed è molto serio perché nel momento in cui si va a pensare alla formazione complementare, nell'ambito universitario la specializzazione è considerata post-laurea, perché l'iter formativo previsto dalla legge 341 è DU, DL, DS, DR, cioè: diploma universitario, diploma di laurea, diploma di specializzazione e dottorato di ricerca.

Nell'interno della professione si è dibattuto più volte questo discorso, anche quindi nel Consiglio Nazionale dove ci sono i novantadue Presidenti dei collegi di tutta l'Italia, in alcune occasioni si è dibattuto il problema anche chiamando i rappresentanti delle associazioni (come saranno chiamati, sono stati già chiamati perché le convocazioni sono già partite) a dibatterla il giorno 5 e 6 dicembre prossimo, e il problema è ancora aperto.

E' ancora aperto perché? Perché c'è questo nodo da sciogliere, nell'ambito della formazione: cioè se tutta la titolarità della formazione è dell'università, lo dovrebbero essere anche le specializzazioni. Ci sono delle parti della professione, perché purtroppo la professione le ha «tante anime» è inutile che ce lo nascondiamo, che non consentono di dire che siamo tutti d'accordo. Non è vero che siamo tutti uniti, non è vero che vogliamo cercare tutti nella stessa direzione, non è vero! Questo si dimostra in moltissime occasioni.

E allora, ognuno di noi ci pensi bene, perché se veramente ci crediamo a dover portare avanti un percorso formativo, un esercizio professionale le cui ricadute di responsabilità derivano direttamente da questa competenza professionale che l'infermiere acquisisce sia con il diploma di base, sia con le specializzazioni, sia con la laurea fino a quando arriveremo al dottorato di ricerca allora io credo che qui bisogna veramente che ci mettiamo d'accordo, perché è chiaro che se al Parlamento l'associazione degli assistenti sanita-

ri va a dire: «Ma a noi non interessa chiamarci «infermieri di base», perché noi vogliamo un'altra cosa» allora questa responsabilità è all'interno della professione. Non possiamo dire certe cose che poi non sono vere, perché di parole ne possiamo dire tutti, però la realtà è quella che conta.

Perché, se io mi trovo in una audizione formale al Senato e viene presa una determinata posizione e poi, sempre dalla professione si fanno pressioni in un'altra direzione, significa che non c'è unità. Invece alla Commissione Affari Sociali devo dare atto all'Aniarti, presente con due o tre responsabili, che hanno dichiarato di essere d'accordo sulla linea della Federazione. Non è accaduta la stessa cosa in Commissione Senato, laddove l'associazione delle Assistenti Sanitarie ha fatto altre proposte; e questi sono fatti!

**R.: MARISA CANTARELLI** - Per il collega che ha chiesto informazioni riguardo al problema delle specializzazioni post-base. Mi sembra una domanda più che pertinente. Siamo in sede Aniarti, la specialità più tranquillamente riconosciuta. È veramente un problema! Ha ragione quando dice: In questo momento sono previste in università le specialità post-laurea, altrimenti ci sono dei corsi di perfezionamento. Questi corsi di perfezionamento non danno nessun titolo, cioè non sono spendibili nel momento del lavoro; cioè si possono prevedere dei corsi in università e ce ne sono molti di questi corsi di perfezionamento. Sono dei corsi che ad esempio, un direttore di cattedra, un direttore di istituto decide di fare sull'aggiornamento in un certo aspetto, si possono fare coi fondi dell'università, coi docenti dell'università, non hanno un programma preciso ma viene studiato volta per volta. Al momento in cui uno deve andare a lavorare, non è titolo spendibile, non è una specialità, non ha un riconoscimento.

Stavo pensando però, mentre lei parlava, riguardo a questo nuovo aspetto di «ri-visione» della normativa, che adesso dovremmo prendere in mano sul serio e incominciare a studiare anche per tutte queste normative nuove, per vedere se ci sono spazi nostri. Ad esempio praticamente, quando è partita la scuola a Milano, tanti anni fa, non c'era la possibilità di avere il contratto di insegnamento... non c'è una legge che dice: «Gli infermieri devono avere i contratti». Però c'è una legge che dice che, quando una disciplina non è prevista all'interno dell'università, persone che sono esperte possono averla. Abbiamo tirato fuori le unghie e l'abbiamo avuta come infermieri. E questo è consolidato.

Perciò, secondo me, adesso dovremmo proprio vedere la nuova normativa e cercare di studiare se riusciamo, con queste convenzioni università-regioni, a trovare anche spazi diversi per dare un riconoscimento diverso a quella che può essere una specialità.

Sono molto d'accordo con Suor D'Avella, quando dice tutte le difficoltà che ha la Federazione. L'Italia è lunga e i problemi sono tanti. Mi sono trovata anch'io in una situazione estremamente difficile in questa famosa Commissione di revisione. Perché? Perché il linguaggio è diverso. Cioè il mio disagio

è stato forte, ma posso capire ... nessuno di noi può imporre le sue idee! Io rispetto moltissimo quelle degli altri e infatti non esiste più questa collaborazione. Ma, perché? Io, se devo discutere di formazione, voglio farlo con qualcuno con cui riesco a capirmi; cioè non mi sento di far parte di una commissione e di votare i contenuti, perché non stiamo facendo un discorso sindacale, cioè ci deve essere un pari livello di competenze. Se mi trovo con un bravo monitore può anche mettercela tutta, ma rivedere un programma universitario forse richiede un po' di formazione specifica! E questi sono i problemi reali che ha la Federazione, che è rappresentativa di tutti e che non può fare probabilmente determinate scelte.

Sono d'accordo anche con l'altro discorso: che chi ha materiale deve darlo. E permettetemi di darvi un «po' d'arie»: la Scuola di Milano credo che sia l'unica che distribuisce a tutti i collegi il proprio materiale. Noi abbiamo una piccolissima collana, non abbiamo fondi, siamo «quattro gatti», però abbiamo fatto cinque volumi e i nostri volumi li mandiamo, per primo alla Federazione, alle associazioni e a tutte le Presidenze dei collegi, perché riteniamo che quel poco che riusciamo a fare debba essere patrimonio comune. Ecco, io vorrei che questo fosse uno stimolo anche per tutti gli altri. Sono perfettamente d'accordo, in linea con la Presidente per questo!

**R.: TORLUCCIO** - Io parto dal quesito che poneva il moderatore. Cioè se esiste la possibilità, attraverso questa assunzione di responsabilità, attraverso questo nuovo ciclo di formazione, di recuperare un ruolo diverso rispetto agli altri operatori all'interno della sanità. Io credo che difficilmente un'identità professionale viene acquisita attraverso una legge. Un'identità professionale viene acquisita attraverso la cultura di tutti i giorni, attraverso la capacità di essere individui in grado di esprimere una professione.

Quindi, ritengo che, solamente attraverso questa via, gli infermieri potranno acquisire un ruolo all'interno del servizio sanitario nazionale e all'interno della società complessivamente intesa. Quindi, l'esigenza di processi formativi e culturali, sì, ma anche aggiornamento, riqualificazione, allo scopo appunto di dare i migliori risultati possibili, attraverso l'adozione di modelli organizzativi idonei a dare spazio all'autonomia professionale e anche alla funzione infermieristica che deve essere specifica e anche all'esistenza di un rafforzamento di iniziative idoneo ad assicurare il consolidamento di certi comportamenti legati all'adozione di protocolli, all'interno del servizio.

Quindi, con questi strumenti, io credo che siamo in grado di arrivare ad avere quel riconoscimento all'interno della società e del servizio sanitario nazionale.

Per quanto concerne la chiarezza: io credo che la UIL oggi è venuta qui ed ha affermato tre cose:

- 1) siamo d'accordo come UIL, che l'unico curriculum formativo, cioè

l'unico strumento di formazione sia dare all'università questo processo di formazione;

2) siamo contrari alla persistenza del doppio canale formativo;

3) sosteniamo che nel ventennio passato ci sono stati errori da parte di tutti.

Su questo ultimo elemento sarebbe opportuno che ognuno di noi andasse a rileggere la propria storia, andasse a verificare nei propri archivi quali sono i documenti che hanno sostenuto che l'infermiere doveva essere un infermiere polivalente, che non dovevano esserci i caposala, che bisognava fare le riunioni con gli ausiliari per stabilire i protocolli di nursing rispetto alla gestione di queste cose.

Credo che ognuno di noi dovrebbe andare a riscoprire se stesso per vedere che lingua si parlava a suo tempo.

Premesso questo, voglio anche fare un'altra affermazione, visto che qui si sostiene che non c'è chiarezza. Sarebbe opportuno che tutti quanti i relatori attorno a questo tavolo, a nome della propria organizzazione, e non a nome proprio, fossero in grado di fare altrettante chiare affermazioni, perché si richiamavano audizioni, si richiamavano altre cose... sarebbe opportuno vedere se la lingua che si parla ai Convegni è la medesima che si usa all'interno delle sale dei parlamentari, all'interno delle sale delle audizioni, perché se no non ci capiamo... Questa è chiarezza, colleghi! Altre cose non mi interessano.

**D.:** BERDI, Genova (Pronto Soccorso Medico del «San Martino») - A me è capitato di essere in qualche modo interpellato per collaborare a dei lavori di proposta di una normativa e di un programma per il servizio infermieristico che si vorrebbe istituire nella regione Liguria. Niente di particolare. Diciamo: le figure che mi hanno contattato, che hanno chiesto la mia collaborazione, erano rappresentanti regionali sindacali.

C'era una cosa che mi strideva: che noi spesso parliamo del nostro passato, degli errori del passato. È una cosa che mi infastidisce un po', mi dispiace che a troppi Congressi io ho sentito iniziare con queste frasi i rappresentanti sindacali. Mi dispiace, perché anch'io sono iscritto a un sindacato e anch'io ritengo che si debba essere all'interno di un sindacato, anche per una ragione oltre che politica-ideologica personale, anche di professione, di politica della professione.

E quindi mi dispiace che ci sia sempre questo parafrasare iniziale, questo prologo... Abbiamo commesso tanti errori!

Io ho iniziato a collaborare a questo lavoro, a questo progetto, abbiamo steso qualche cosa sul servizio infermieristico e, mi è stato detto, dal rappresentante regionale che, rispetto alla legge della formazione (infermiere, università, ecc.), ci sarà un periodo di transizione e quindi, i sindacati in accordo generale, hanno stilato alcune proposte transitorie, perché non dobbiamo dimenticarci del nostro passato.

E, tra queste norme transitorie e forse la più caldeggiata dalle tre organizzazioni sindacali, sembra ci sia una proposta per cui chi è caposala da cinque anni, per queste norme transitorie, può accedere all'università indipendentemente — e questo mi sembra mostruoso e molto strano — dal possesso del titolo di maturità.

In quell'occasione si è anche detto che le proposte sono diverse, che si potrebbero anche contemplare alcuni esami integrativi per vedere di riconoscere, ecc. Io, di fronte a questo, ho fatto notare che intravedo in questa ricerca un ennesimo pensiero sindacale per cui il sanare paghi, e il promuoverne in qualche modo restituisca consensi.

**R.: TORLUCCIO** - Io non so se ricordare il passato sia sbagliato; io so che un bel giorno mi sono reso conto che nel mio sindacato spesso avevo a rappresentare le mie esigenze, individui che non erano della mia categoria. E ho deciso di fare una scelta; ho deciso di rinunciare alla professione infermieristica e di fare il sindacalista per cercare di vedere, di riuscire a far crescere quella cultura infermieristica all'interno del sindacato.

Oggi io posso dire, con molta tranquillità, che spesso parlo con infermieri nel sindacato, che conoscono i problemi, che suggeriscono soluzioni e che spesso sono le soluzioni, fra l'altro, che si intravedono rispetto ad altri settori, che si occupano di queste cose, dal collegio, dalle associazioni di vario genere.

Io non voglio che ci sia confusione, comunque, su questa cosa, proprio perché prima sono stato richiamato per la non eccessiva chiarezza. Allora, la proposta di legge non la fa la segreteria regionale della UIL Liguria, non la fanno elaborando un discorso sul servizio infermieristico... vanno a ragionare di requisiti per l'ammissione all'università/non università. Questi fanno una proposta sul servizio infermieristico; punto. Dopodiché, se all'interno delle loro singole organizzazioni, stanno portando avanti altri disegni, questo è un altro problema.

Però non confondiamo le cose per l'ennesima volta. C'è un problema che è l'istituzione dei servizi infermieristici nelle regioni, ci sono dibattiti interni ad ogni organizzazione sindacale per stabilire come far transitare l'attuale modello formativo ad un modello formativo diverso, che è quello universitario, con intrecci convenzionali con le USSL ed altri. Sono due cose completamente sceve una dall'altra, non c'entrano niente, per cui, giusto il contributo degli infermieri per cercare di dare un'attuazione al servizio infermieristico, giusto anche il contributo di confronto all'interno delle singole organizzazioni per quanto concerne il discorso di individuare canali certi per i curricula formativi; certamente, noi ci troviamo comunque in una situazione in cui già alcuni infermieri — perché poi bisogna anche parlare con la gente, perché c'è chi dice: io voglio fare l'iter normale, e c'è l'altro che dice: «ma come? è passata la norma per gli assistenti sociali, per cui tutti gli assistenti sociali che erano assistenti sociali prima della legge si sono visti equiparare il titolo rispetto a questa cosa, perché io devo essere così "cretino" da farmi altri

tre anni di formazione» ... E allora, giù critiche se uno decide che devono fare la scuola.

Cioè, rispetto a questa cosa è molto facile analizzare per criticare.

Noi abbiamo detto: riteniamo che il modello che ci proponiamo è quello di una crescita dell'infermiere. Tutti gli strumenti che permettono di far diventare un infermiere un interlocutore credibile di questa società, sono buoni. Adesso abbiamo individuato l'università; probabilmente dovremmo stabilire dei criteri per quanto riguarda i crediti formativi, perché su questo dovremmo comunque parlarne. Ma da qua a dire che tutti passano, è un'altra cosa!

**D.:** MICHETTI, Torino - Vorrei rivolgere una domanda a Suor D'Avella, per avere una chiarificazione. Quando verrà discusso il diploma di laurea, vorrei sapere se la Federazione porterà avanti un discorso di diploma di laurea in scienze infermieristiche, e quindi coloro i quali accederanno a questo diploma saranno esclusivamente degli infermieri, oppure se il diploma di laurea non sarà solo per gli infermieri, bensì per tutte le altre categorie.

E, inoltre se esistono delle pressioni da parte di qualche settore della professione in un'altra direzione.

**R.:** SUOR D'AVELLA - Chiaramente, la posizione della Federazione è quella che il diploma di laurea in scienze infermieristiche — rispondo altrettanto sinteticamente — sia soltanto per gli infermieri; non avrebbe senso che si chiami «in scienze infermieristiche». Il terapeuta della riabilitazione o il tecnico di laboratorio o l'ortottico non è un infermiere, quindi non può accedere al corso di laurea in scienze infermieristiche.

La spinta che c'è — dico anche questo — è che alcuni propongono che ci sia un corso di laurea in organizzazione o qualcosa del genere. Noi non condividiamo questo; lo abbiamo detto a chiare lettere. Io, in tutte e due le audizioni, e di questo la sintesi è stata mandata anche ai collegi provinciali, ho chiarito esattamente, proprio sinteticissimamente, i punti imprescindibili per la professione infermieristica. Quindi diploma di scuola media quinquennale per tutti, per l'accesso, formazione universitaria e DU in scienze infermieristiche, formazione complementare secondo le raccomandazioni del Consiglio d'Europa.

Qui c'è il problema che i corsi di perfezionamento, come ha detto Cantarelli prima, per l'università non danno titolarità, diciamo, e quindi valore giuridico, mentre sono soltanto un apporto culturale. Invece noi vogliamo che la specializzazione abbia una sua titolarità giuridica, spendibile anche sia sotto il profilo della competenza professionale che sotto il profilo contrattuale, evidentemente.

Questa è la posizione della Federazione: DL in scienze infermieristiche soltanto per gli infermieri fino al dottorato di ricerca; poi la regolamentazione dell'esame di Stato per l'abilitazione; docenza delle scienze infer-

mieristiche agli infermieri; tutorato per i tirocini guidati fatti da infermieri; albi, regolamentazioni di albi e ordine dei collegi professionali; i criteri di accreditamento delle scuole attuali, quelle che sono degne di accreditamento per fare la formazione (le altre debbono chiudersi), perché le università possano fare le convenzioni con le Regioni per queste strutture didattiche.

Poi, per il problema della cosiddetta equiparazione dei titoli: questo non è un problema di semplice soluzione. Certamente la conservazione di tutti gli effetti giuridici di coloro che hanno conseguito il diploma secondo il vecchio ordinamento questo deve essere mantenuto nel senso più assoluto, e noi lo abbiamo chiarito.

Per quanto riguarda la possibilità di prosecuzione degli studi: è chiaro che non è possibile accedere alla prosecuzione degli studi se non si regola una procedura di valutazione del curriculum svolto secondo il vecchio ordinamento, e quindi la possibilità di abbreviazione in università dei corsi, per poter conseguire il DU e proseguire per il DL, perché per principio l'università non accredita titoli che non siano stati conseguiti in università.

È chiaro che a questo punto noi abbiamo anche precisato che non vogliamo ulteriori sanatorie, perché non possiamo da una parte chiedere la qualità e dall'altra parte, se ci conviene, o conviene a qualcuno, chiedere invece ulteriori sanatorie. Io ritengo che le sanatorie non sanano «un bel niente» quando sono fatte in un certo modo. Le «sanatorie» in questo caso provocano delle ferite, non provocano sanità, provocano ferite all'interno della professione e anche nei confronti dei destinatari del nostro servizio professionale.

Per quanto riguarda — ecco l'ultima cosa — le richieste del servizio infermieristico e quindi l'organizzazione dei servizi da parte di noi infermieri, noi abbiamo chiesto al Ministro della Sanità che queste che sono norme organizzative vengano fatte passare nei decreti delegati, perché durante l'iter delle vecchie proposte di legge c'era stato sempre detto che il servizio infermieristico, essendo una norma organizzativa, non c'entrava in una legge per la formazione. Per la verità noi le abbiamo proposte in questo momento in tutte e due le direzioni; ma, se con i decreti delegati riesce a passare — e la proposta l'abbiamo presentata a viva voce al Ministro con documentazione che abbiamo inviata anche a tutti i collegi — credo che questo possa essere una soluzione immediata per i problemi del servizio infermieristico e quindi della organizzazione dei servizi.

ELIO DRIGO - Ringraziamo tutti i relatori di questo pomeriggio; anche per loro abbiamo un pensiero e un saluto da parte di tutti i partecipanti al Convegno, che vogliamo contribuisca a ricordare questo incontro e ulteriori incontri, speriamo sempre proficui e carichi di significato.

## LA DEFINIZIONE DEL RANGE DI RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE: QUALI NUOVE IPOTESI?

MILENA USAI

Un saluto a tutti i colleghi presenti ed un ringraziamento all'Aniarti che mi ha dato la possibilità di portare un piccolo contributo a questo fervente dibattito.

Nella mia relazione dovrei individuare nuove ipotesi o riflettere su quali ipotesi possano aiutarci nella identificazione e nella determinazione del range di responsabilità professionale.

Prima di parlare di queste ipotesi vorrei soffermarmi su alcuni concetti che ritengo fondamentali e che ci danno la chiave di lettura per poi dibattere insieme sulle ipotesi che vorrei proporvi.

Innanzitutto abbiamo parlato parecchio in questi giorni di responsabilità professionale. Mi soffermerei su questo aggettivo, «professionale» che definirei «sostanziale». Questo deve caratterizzare la nostra occupazione come professione, non perché ci facciamo lustro di questo termine tanto inflazionato ed utilizzato anche impropriamente. In esso troviamo quelle caratteristiche che ci riconoscono e ci definiscono in modo specifico. Innanzitutto un corpo di conoscenze sistemiche che è andato via via sempre più strutturandosi molto bene in questi ultimi anni. Questo corpo sistemico di conoscenze va a definire molto chiaramente i confini di quello che è il nostro ambito disciplinare e le nostre competenze. Una professione viene riconosciuta dalla società ed ha una grossa rilevanza per una specifica attività. Vi sono altre caratteristiche che noi possediamo; ad esempio, non solo un riconoscimento formale con gli esami di Stato, ma anche un sistema di riconoscimento interno e di controllo mediante l'iscrizione all'albo professionale.

Ma soprattutto quello che caratterizza un professionista è il fatto che è effettivamente autonomo nel determinare i tempi e le modalità di intervento. Quindi, in sintesi, sono due i grossi filoni caratteristici: conoscenza ed indirizzo deontologico, di cui discuteremo oggi.

Parlando di ipotesi di responsabilità professionale, se ci confrontiamo concretamente con quello che rileviamo nella nostra realtà, dobbiamo concentrare tutta la nostra attenzione sul DPR 225/74. Se il 225 definisca la nostra specificità professionale è da appurare. Ma esso è chiaramente in antitesi con quanto detto fino a questo momento per le caratteristiche di una professione. Soprattutto perché, in quanto legislazione, è anacronistico non perché prodotto nel '74 e perciò soggetto alla normale evoluzione della realtà, ma è anacroni-

stico perché standardizza tutta una serie di attività e quindi entra in una logica contrastante fortemente con quella sostenuta dai professionisti. Se il professionista è tale non può esserci qualcosa che definisce passo passo tutto quello che effettivamente deve effettuare. Si potrebbe però obiettare che il mansionario si può superare con lo «stato di necessità». Ma quando non ci troviamo in stato di necessità che cosa facciamo? Non pensiamo solo a noi che operiamo in area critica, pensiamo agli altri colleghi.

Quindi la prima ipotesi che qualcuno potrebbe presentare per ridefinire questo range, potrebbe essere di cercare di aggiustare il tiro, di integrare il 225. Io direi proprio che non è il caso. Non risolviamo il problema aggiustando ed andando invece ad ampliare il problema ponendo delle situazioni particolari per cui non abbiamo una copertura dal punto di vista giuridico. Il grosso pericolo è che andiamo proprio contro una logica di natura professionale.

Un'altra riflessione che vorrei proporvi è questa: senz'altro oggi è un imperativo per la professione infermieristica quello di fornire alla società un'assistenza di qualità. Come può essere soddisfatto questo imperativo? Può essere soddisfatto attraverso un sistema di regolamentazione molto chiaro. A che cosa ci serve questo sistema? Se noi riflettiamo sul nostro attuale sistema di regolamentazione potremmo andare ad individuare alcuni obiettivi. Senza dubbio la regolamentazione ci stabilisce chi ha il diritto di partecipare alla formazione, quali sono le persone che possono esercitare, i limiti effettivi dell'esercizio professionale e indirettamente poi tutto si riflette su quello che è lo status della professione stessa. La regolamentazione quindi ci fornisce degli obiettivi molto chiari. Innanzitutto ci dà indicazioni sugli standard di formazione, sulla qualità del nostro intervento nei confronti della collettività; definisce anche le competenze nell'esercizio professionale e va a strutturare anche da un punto di vista morale le norme che oggi noi riconosciamo nel codice deontologico. Si può molto ben comprendere come questo sistema che regola la nostra professione oggi abbia una dimensione globale molto forte: Se noi interveniamo sulla formazione, questo intervento si ripercuote su tutta una serie di altri passaggi e sull'esercizio professionale.

Quindi dobbiamo cominciare a riflettere in maniera propositiva e ad effettuare una rivoluzione culturale come professionisti; dobbiamo cominciare a raccordare la teoria alla prassi, non possiamo più andare avanti con degli scollamenti. Se parliamo di responsabilità professionale, parliamo nei termini del modello che abbiamo adottato, di quello cioè che noi pensiamo di essere. Il modello ci serve come quadro di riferimento che ci colloca nella realtà e che ci permette di affrontare le situazioni complesse, quando il rischio può essere quello di avere un confronto con altre professioni a causa di un esercizio abusivo di altre professioni. Avendo un chiaro quadro di riferimento, un corpo sistemico di conoscenze, questo rischio è scongiurato.

Mi sento quindi di fare un'altra proposta, sulla base della convinzione del fatto che la responsabilità professionale è molto ancorata nella realtà e

quindi per vedere concretamente come tocchiamo questa responsabilità professionale.

La proposta che faccio è una proposta italiana e quindi la sento molto vicina; con questa ci sarà più facile anche confrontarci con altri colleghi esteri. La proposta tra l'altro, ha avuto origine da un lavoro di ricerca del superamento del 225 portato avanti da varie realtà infermieristiche, associazioni, Aniarti, Collegi professionali, la Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano e altri.

Questo lavoro ha strutturato una rappresentazione di quella che è la realtà e ne è stata tratta una concettualizzazione. Si tratta del modello concettuale delle prestazioni infermieristiche.

Non farò una trattazione del modello, ma solo un richiamo ai concetti-chiave che ci consentono di leggere la nostra realtà al fine di studiare su un nuovo range per la responsabilità.

Il concetto centrale su cui mi soffermerò è quello di «prestazione infermieristica». Per «prestazione» intendiamo il risultato conseguito dall'infermiere mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino. È un risultato dunque di azioni finalizzate alla soluzione di un bisogno specifico.

Vediamo un altro concetto: quello di «azione», espresso all'interno delle definizioni citate. Per «azione infermieristica» viene inteso tutto l'insieme di atti fisici o verbali o mentali condotti secondo una successione logica che l'infermiere può eseguire per raggiungere un obiettivo specifico, ovvero rispondere ad un bisogno specifico di assistenza infermieristica. Punti-chiave sono la successione logica, quindi un processo mentale presente; per raggiungere che cosa? un obiettivo, ma per rispondere ad un bisogno specifico di assistenza infermieristica. Non per rispondere ad un bisogno generico: anche altri professionisti rispondono ad alcuni bisogni. Noi in quanto infermieri rispondiamo a un bisogno determinato, che viene definito «bisogno specifico di assistenza infermieristica» esprimendo con esso la necessità da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verificano particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedono. Questo è quanto ci caratterizza.

Come andare a ritrovare tra queste cose il concetto di autonomia e di responsabilità? Innanzitutto ritroviamo l'autonomia nella misura in cui delimitiamo e siamo consapevoli delle nostre conoscenze. Questo ambito di conoscenze ci consente di scegliere e di organizzare il nostro intervento tra parecchie alternative delle azioni che servono per raggiungere l'obiettivo assistenziale che ci poniamo. L'obiettivo è appunto quello di rispondere al bisogno specifico di assistenza. Perché tocchiamo nel concreto il concetto di responsabilità? Perché la responsabilità è contenuta nel concetto di prestazione. L'infermiere risponde del risultato del proprio operato. Per poter rispondere del proprio operato è necessario valutare l'efficacia del proprio intervento, per cui l'infermiere è responsabile di come conduce l'azione, del tipo di azione scelta e soprattutto del risultato conseguito.

Ovviamente, lavorando in équipe, vi possono essere delle aree di confine in cui ci confrontiamo con altri professionisti, soprattutto l'ambito diagnostico e terapeutico; ma è solo una minima parte del tutto. Abbiamo in realtà un ambito autonomo notevole in cui l'interdipendenza con le altre professioni è molto bassa se non inesistente e il risultato viene ottenuto solo sulla base delle competenze infermieristiche. Qui la responsabilità dell'infermiere è totale e diretta. Pensiamo al bisogno specifico di igiene del malato ad esempio: chi decide se e come soddisfarlo? Solo l'infermiere; e quindi sarà completamente responsabile del risultato ottenuto. Per il bisogno di procedure diagnostiche invece l'infermiere sarà responsabile solo di quelle azioni che consentono di eseguire l'indagine e non, ovviamente della sua prescrizione.

In tutte queste situazioni, autonome o ad autonomia limitata, l'infermiere deve comunque decidere a qualche livello; questo processo decisionale sarà semplice o complesso sulla base di come i bisogni si presentano e della modalità con cui devono essere soddisfatti.

La mia ipotesi è dunque una strada aperta: cominciare a riflettere su dei modelli che hanno un forte raccordo con la realtà in cui possiamo concretamente toccare l'ambito della nostra responsabilità. Questo comunque non è esaustivo; parlavamo del professionista come di un soggetto che possiede uno specifico ambito di conoscenze. Ma dobbiamo caratterizzare il professionista anche per un altro ambito: quello dell'indirizzo deontologico.

È ovvio che il gruppo professionale consapevole delle conoscenze possedute è anche consapevole del fatto che comunque l'utente si trova in una posizione di inferiorità non potendo valutare fino in fondo la qualità delle prestazioni professionali. In questo caso il gruppo professionale decide di autoregolarsi e di aderire a delle norme di tipo morale con le quali testimonia alla collettività quali sono i valori ed i principi a cui il gruppo si ispira. Il gruppo allora si caratterizza per una propensione particolare definita come «orientamento»; orientamento ad un servizio, dove tutto il gruppo dichiara che, nel momento di eventuale conflittualità tra professionista e cliente, la scelta garantita è sempre a favore del cliente.

Un'altra ipotesi è quella di riflettere sulle attuali nostre norme morali espresse nel nostro codice deontologico, riflettere per valutare se in esso vi sia esplicitato quello che è lo scopo della professione che deve essere chiaro sia ai professionisti che alla collettività.

In conclusione credo di poter indicare tre strade da percorrere e sulla cui traccia discutere:

— no al DPR 225 perché è anacronistico, è contro una logica professionale e non risolve il problema della responsabilità;

— è necessario attuare una rivoluzione culturale ed instaurare un forte raccordo tra la teoria e la prassi; per poter fare questo è necessario avere uno schema di riferimento sulla base del quale poter definire chi siamo e che cosa facciamo; su questa base sarà possibile anche poi legiferare; ci sono

molte innovazioni che avanzano a livello comunitario ed anche di formazione infermieristica: basti pensare a tutto il problema dell'accesso all'università;

— infine ho aperto un'altra ipotesi valutando come l'apporto del professionista nei confronti delle norme morali e dei principi e valori possa comunque incidere anche sul livello di responsabilità professionale.



# **ETICA, COMPETENZA E DEONTOLOGIA: QUALE UTILIZZO GIURIDICO PER LA DEFINIZIONE DELLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE**

MAURIZIO MORI

Cercherò in questa mia relazione di dare dei contributi da una parte di chiarimento di tipo filosofico dei concetti e dei problemi che si vanno affrontando e da un'altra parte di chiarimento dei problemi specificamente giuridici relativi alla nostra legislazione attualmente vigente in Italia.

Il compito che mi sono prefisso è stato quello di capire come mai vengano posti degli interrogativi sui tre termini — etica, competenza e deontologia — che sono oggetto della mia relazione, e cercare di chiarire la natura della richiesta che viene posta. Il mio tentativo quindi non è direttivo: non darò soluzioni specifiche; cercherò di distinguere i diversi problemi e spero con questo di favorire il vostro lavoro, perché quando si hanno le idee più chiare può darsi che si sappia meglio che cosa si deve fare.

In generale io ho l'impressione che l'esigenza di etica e l'idea di etica tra gli infermieri sia un segno importante di un ripensamento più generale e soprattutto del ruolo infermieristico all'interno della medicina. Quando parlo di un ripensamento interno della medicina, non intendo solo una riflessione di basso livello come, se la medicina debba essere privata o pubblica (un problema che pure è molto importante). Intendo riferirmi ad una riflessione più generale: qual è lo scopo della medicina. Oggi ci si chiede di fronte ai grandi cambiamenti che stanno intervenendo, come ristrutturare la medicina nella sua globalità, qual è lo scopo della medicina, che cosa deve fare la medicina in generale. È questo che sta cambiando. Se pensiamo ai cambiamenti dell'area critica relativi alle fasi terminali, e se pensiamo ai cambiamenti in materia genetica, dobbiamo porci il problema di un più generale cambiamento della medicina.

All'interno di questo contesto si pone il problema specifico vostro: qual è il compito dell'infermiere. Il compito dell'infermiere è cambiato radicalmente negli ultimi 20-30 anni rispetto a quello che era nella prima guerra mondiale. Questo mi pare importante da sottolineare soprattutto per due aspetti. Innanzitutto l'infermiere è cambiato come competenza, ha acquisito maggiori conoscenze; oggi si parla della laurea all'università per gli infermieri, mentre un tempo l'infermiere era sostanzialmente addetto ad ausilio pratico-tecnico, non aveva una cultura specifica. Il secondo punto mi pare altrettanto importante: c'è stato un cambiamento di atteggiamento da parte dell'infermiere. Un tempo la professione infermieristica era soprattutto a carattere assistenziale-carita-

tevole, mentre oggi si crea sempre più un'attenzione alla professionalità. Questi mi sembrano due elementi rilevanti che mettono in discussione il compito dell'infermiere. Allora la richiesta di etica da parte dell'infermiere è una richiesta di riflessione e di ridefinizione dei compiti e dei doveri propri dell'infermiere. Introduco una distinzione sulla quale vorrei in seguito ritornare. Quando ci si pone il problema di qual è il ruolo dell'infermiere, ce lo si pone da un punto di vista etico perché si richiede una maggiore razionalità, ma si deve tener conto che questo ruolo deve inserirsi all'interno di un sistema sociale sanitario e istituzionale che è già costituito. A questo proposito cito un esempio specifico che può illuminare la questione. Un bravo generale è quello che conosce bene la strategia; ma un conto è la strategia in astratto e altro è conoscere bene quali sono gli elementi che intervengono nella battaglia, quali sono le truppe a disposizione, qual è il terreno, com'è il nemico. Questo è un punto fondamentale. Ora, un conto è la richiesta di etica in generale, la richiesta di giustificazione astratta dei problemi, un conto è la giustificazione etica interna al sistema sanitario italiano, e quindi dover avere a che fare con la natura degli infermieri che ci sono, cioè quello che sanno fare, le richieste che hanno eccetera. Dall'altra parte ci sono i medici che hanno le loro richieste, ci sono poi gli amministratori, c'è il pubblico e così via. Il sistema cioè è complesso.

Credo sia importante distinguere attentamente i tipi di problemi da affrontare. Un conto è il problema etico specifico relativo ad una richiesta di una nuova etica professionale da parte dell'infermiere, la quale sta alla base di una esigenza di ridefinizione della propria identità professionale, un altro è la soluzione di questo problema all'interno del contesto istituzionale dato. Sono due problemi che spesso sono confusi ma che vanno distinti perché sono diversi. E in questo contesto mi permetto di fare un'osservazione sulla relazione molto bella tenuta prima dalla Usai, un'osservazione relativa all'affermazione che l'autonomia della professione infermieristica è data quando l'interazione con le altre professioni è molto bassa o quasi assente. È vero che questo è un concetto di autonomia, ma questo è un concetto di autonomia estremamente ristretto, soprattutto se non si tiene conto del contesto. Per esempio, qui si può richiamare il problema costituito oggi per la sanità italiana dall'idea di centralità del medico che è per i medici stessi assolutamente indiscutibile e che diventa quasi onnipotenza. Da questo punto di vista il concetto di autonomia va ripensato non con un'interrelazione bassa, ma come interrelazione alta e con una specificità particolare all'interno di un quadro da contrattare; ma questo aspetto è problema pratico che riguarda gli infermieri stessi.

Dopo queste considerazioni credo che sia estremamente importante una richiesta di eticità da parte degli infermieri, perché questa richiesta significa che la professione ha raggiunto uno stato di consapevolezza nuova e vuole un'affermazione specifica e diversa. Qualcuno potrebbe obiettare però: perché noi dobbiamo avere una nuova etica professionale? Non è sufficiente la

semplice etica generale o la semplice competenza? Questo è un problema importante. Quanto al problema se sia sufficiente o meno l'etica generale, cioè l'affermazione dei valori in generale senza avere un'etica specifica professionale, io credo si possa dire che un'etica specifica si imponga sempre e comunque. Ci sono almeno due ragioni, due teorie diverse che affermano l'esigenza di un'etica speciale professionale.

La prima teoria dice che l'etica è relativa alla natura dei doveri; dice che i doveri dipendono dal tipo di relazione che si instaura tra le persone. Cioè, si hanno dei doveri perché si hanno dei rapporti con le persone; un insegnante ha dei doveri perché è insegnante, un genitore ha dei doveri perché è genitore, così l'infermiere ha certi doveri perché è infermiere, un uomo ha dei doveri perché è uomo. Ma facciamo attenzione, si hanno certi doveri perché siamo uomini, ma si tratta di doveri generali. Si hanno invece doveri specifici se si ha una certa relazione. Dal ruolo specifico dunque nascono dei doveri specifici.

La seconda teoria, che forse è coniugabile con questa, ma ha ragioni diverse e che qui non affrontiamo, è che ci deve essere un'etica professionale per la semplice ragione che certe azioni all'interno di una professione sono più frequenti. Quindi, il fatto che ci sia una maggiore frequenza fa sì che nella professione si accumuli una certa esperienza, che ci dice che certe azioni sono quelle che producono dei buoni risultati. Ora, la deontologia professionale nasce necessariamente per esigenze anche pratiche, di arrivare all'obiettivo. L'infermiere in questo modo sa subito quali sono i suoi doveri, perché se aspettassimo la deduzione dai principi generali, ci vorrebbe tanta competenza e molto tempo e non si riesce ad arrivare all'indicazione concreta.

Quindi secondo me l'etica professionale ci vuole. Il problema è che oggi la richiesta di etica sottintende la richiesta di una nuova etica rispetto a quella passata, con una nuova ridefinizione dei compiti dell'infermiere. Non approfondisco ora la questione se non sia sufficiente la semplice competenza; affermo solo che è necessario prendere in considerazione le norme morali, che diventano implicite nel compito dell'infermiere.

Cito a titolo di esempio il caso del bravo automobilista che non è solo quello che ha i riflessi pronti, ma che anche non beve per conservare i riflessi pronti e che, nel caso, sa con criterio violare le norme del codice della strada per risolvere un ingorgo inestricabile.

Anche per l'infermiere, per risolvere determinate situazioni può essere necessario violare le norme comuni e questo non solo nella situazione critica, ma anche nella situazione storica nostra che è una situazione di ingorgo nei confronti della medicina. Oggi cioè ci si trova di fronte ad una situazione in cui la medicina ha confusione circa i propri scopi e su questo c'è dibattito. Si tratta di trovare una soluzione a questo tipo di problemi.

Se da queste considerazioni generali veniamo a considerazioni più specifiche per la deontologia infermieristica, io non ho precisa competenza per le modalità con cui voi vivete la deontologia infermieristica; mi pare però che

per una parte molto del vostro lavoro sia connesso al problema del mansionario, che è molto specifico e in qualche misura toglie la responsabilità. Su questo vorrei fare due considerazioni generali di fondo rispetto al concetto di responsabilità e di norma. Se si intende la professione infermieristica come un insieme specifico di norme come può essere quello del mansionario, allora si ha un chiaro elemento di garanzia e di protezione, ad esempio di fronte alle richieste da parte del medico; questo può essere molto utile in certe situazioni di conflitto, però senza dubbio si diminuisce la responsabilità e si diminuisce il potere dell'infermiere. Per responsabilità qui intendo, la capacità di rispondere delle conseguenze di una certa azione. Meno ci sono norme e più si acquisisce in responsabilità; più ci sono norme specifiche e meno si acquisisce responsabilità. Però le norme specifiche danno garanzia e certezza. Quando non ci sono le norme cominciano i veri problemi di responsabilità e la professione acquisisce potere. Il grosso della questione è quello di sapere se nel momento di passaggio da norme specifiche alla responsabilità non si cada in quello che a volte viene chiamato l'arbitrarietà. Arbitrarietà significa che ciascuno decide per conto suo che cosa fare; questo rappresenta la grossa difficoltà. Quando non si hanno norme o si hanno norme generali è difficile poter dire che cosa fare concretamente e tutto può dipendere dal soggetto che le deve applicare. Questo può portare ad una forma di arbitrarietà. Per questo ci vogliono dei limiti sociali più attenti ed oculati. Su questo vorrei dire che tra un codice molto dettagliato come forse il mansionario oggi e l'assenza di norme per la rivendicazione di responsabilità c'è un grande divario ed in mezzo credo che ci siano tante soluzioni. Credo sia molto significativa un'esperienza storica che abbiamo vissuto tutti ultimamente. Negli anni settanta i movimenti femministi negavano la moda e dopo qualche anno si è creata la moda femminista. Su questo processo tenderei a riflettere perché senz'altro una qualche regola prima o poi si instaura.

Il problema attuale per gli infermieri è di instaurare le norme giuste, più ampie ma non troppo, che rappresenta un problema duplice ancora una volta. Le norme giuste devono essere individuate tenendo conto delle esigenze etiche e delle esigenze istituzionali e quindi i rapporti con i medici, con gli amministratori, con il pubblico, eccetera. Un problema ulteriore poi è come diffondere queste norme tra gli infermieri stessi; sono due problemi diversi.

Veniamo a delle considerazioni finali. Di tutte queste distinzioni e teorie sulle richieste dell'etica, dal punto di vista giuridico, nel sistema italiano, che cosa è possibile fare?

A me pare, avendo guardato la legislazione vigente, di riscontrare un fatto importante riguardo agli infermieri. Le norme relative agli infermieri sono in pratica inesistenti nei codici e nella legislazione, perché si tratta di indicazioni tutte dipendenti dalla professione medica. L'infermiere ha responsabilità attenuata perché il vero responsabile di tutta l'azione sanitaria è il medico. Ora, è possibile fare qualche cosa? Secondo me è senz'altro possibile fare moltissimo.

Bisogna tener conto che nel diritto le cose cambiano. Ad esempio, all'inizio del 1900 sul problema del lavoro esisteva un articolo solo per regolare i contratti, mentre oggi la legislazione sul diritto del lavoro è amplissima. La costituzione ha un solo articolo che parla del concetto di salute e dei trattamenti sanitari, mentre ci sono moltissime altre norme relative ad altri aspetti. A me pare che la legislazione in materia sanitaria sia un po' carente su certi aspetti e questo non solo per gli infermieri ma anche per i medici. Se uno vuole trovare una norma del perché un medico ha l'obbligo di curare, lo deve trovare per analogia, non c'è una norma specifica. Questo capita a maggior ragione nel campo degli infermieri in quanto la professione infermieristica ha una valenza subordinata come dato di fatto.

È possibile quindi influenzare il diritto per una ridefinizione di quelli che sono i compiti dell'infermiere, ma per fare questo credo si debba lavorare molto per acquisire un'autocoscienza ed una crescita per farsi sentire e per far valere la propria professionalità specifica proprio perché questa è cambiata profondamente negli ultimi anni. Il lavoro da fare è soprattutto in questa direzione, per uscire, in questa richiesta di etica, da una sorta di subordinazione alla professione medica, che permane di riflesso anche nelle varie forme di espressione della realtà sanitaria complessiva. Ad esempio, io mi sono chiesto perché nel Comitato Nazionale di Bioetica faccia parte di diritto il presidente dell'ordine dei medici mentre non faccia parte un rappresentante degli infermieri dal momento che anch'essi rappresentano una parte fondamentale di quella che è l'impresa sanitaria. Da questo punto di vista io credo che la richiesta di etica debba partire da una riflessione sulla coscienza del valore della professione infermieristica.



# LA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE E LE CONNESSIONI ETICO-DEONTOLOGICHE

MAURA LUSIGNANI

Mi sono proposta, rispetto al tema che mi è stato affidato di rispondere a due quesiti: il primo che si riferisce a che cosa implica la responsabilità professionale per noi infermieri ed il secondo, quali possono essere le connessioni tra responsabilità professionale ed approccio etico-deontologico.

Rispetto alla responsabilità professionale vorrei definire che ritengo condizione imprescindibile e necessaria per poter affrontare il discorso etico e della responsabilità, che ci sia all'inizio quale condizione, un livello minimo della definizione della responsabilità. Inoltre è necessario che ci sia anche come preconditione una definizione di che cosa è l'assistenza e di che cosa l'infermiere deve fare. Questo significa che non vi può essere soltanto l'etica come guida di una professione, ma che è necessario che vi sia una definizione della competenza, del motivo per cui esiste quella professione, di quale sia la natura del contributo che quella professione dà. L'etica professionale dunque da sola non può risolvere i nostri problemi se prima noi non abbiamo chiarito bene che cosa vogliamo fare come infermieri e che tipo di prestazioni vogliamo erogare alle persone che si rivolgono a noi.

Dobbiamo quindi per forza definire che cosa intendiamo per responsabilità professionale perché quando lavoriamo nelle corsie ci troviamo di fronte a due estremi opposti: l'infermiere che si lamenta di avere una mancata responsabilità e l'infermiere invece che lamenta di avere un'illimitata responsabilità anche su competenze che non sono proprie.

Vale quindi subito la pena di chiederci a quale tipo di responsabilità ci riferiamo. Ribadisco quanto già detto e cioè che il punto di riferimento per tutti noi oggi è il mansionario. Questa infatti è la norma che ci rende passivi nell'ambito dell'assistenza, anche se poi ci si possono trovare alcuni aspetti positivi con la revisione del '74. Sostanzialmente sappiamo che questa legge per noi è stata voluta nel 1940 e non è stata richiesta sicuramente dagli infermieri, per l'esigenza di definire regole precise di attività, ma è stata voluta dai medici in quel periodo storico, perché vi erano delle professionalità che venivano definite infermieristiche e che facevano di tutto. Nel '40 l'esigenza è stata posta dai medici e oggi ci trasciniamo questo peso di una norma, che è stata rivista nel '74 ma che sostanzialmente non ha rivisto la logica contenuta nel mansionario.

Il tema quindi è di riflettere su che cosa vogliamo far contenere al concetto di responsabilità professionale. Ho cercato di immaginarmi uno scenario di completa ed assoluta deregolamentazione dell'assistenza. Dovremmo pen-

sarci in una situazione quasi assurda ed immaginarci come oggi lavoriamo nei reparti però senza avere alcuna legge. Se noi ci poniamo in questa situazione, siamo costretti a riflettere non più sulla base di quello che il mansionario ci ha portato ad essere oggi, ma sulla base di che cosa siamo, di che natura sia il contributo che diamo, se non abbiamo più quella serie di attività che ci dicono come si deve fare una terapia ed una serie di altri atti. È certamente una situazione assurda, ma ci aiuta ad allontanarci dalla realtà per saperla leggere meglio e tornare poi a confrontarci con la realtà quotidiana per saper fare delle proposte realistiche. In questo possono aiutarci anche i teorici: nell'immaginare cioè un'assistenza, ricostruirla, ricodificarla in approcci teorici che ci dicono poi che cosa in realtà va a fare l'infermiere.

Regolamentare quindi credo non vuol dire aumentare il bisogno di schemi, di protocolli, di cose rigide che può significare comunque lasciarci in questa ottica passiva e di esecuzione, ma può voler dire riscoprire valori e criteri che possono guidare il comportamento dell'assistenza.

Abbiamo parlato anche del concetto di autonomia professionale ed oggi siamo in grado anche di dare un contenuto all'autonomia. L'autonomia è peraltro molto collegata con la responsabilità. Se parliamo di responsabilità è chiaro che dobbiamo essere autonomi nell'erogare un determinato tipo di prestazione. Oggi ad esempio, siamo in grado di definire che rispondiamo ai bisogni dell'area fisica, psichica e sociale eccetera, mentre il medico non può rispondere a questi bisogni perché nella propria storia e nella propria disciplina ha costruito due bisogni che possiamo definire come bisogni indotti come il bisogno di diagnosi e il bisogno di terapia. Questi non sono bisogni originali. Oggi noi come infermieri, iniziamo ad elaborare su questi temi, e siamo in grado di definire la nostra differenza.

Passa al secondo quesito che mi ero riproposta di esaminare, cioè come possa essere definita la responsabilità professionale in questi termini e le interconnessioni etico-deontologiche con la responsabilità professionale.

Anche in questo caso noi abbiamo l'esigenza di partire dai fondamenti dell'assistenza. Noi definiamo che i fondamenti dell'assistenza sono il concetto di ambiente ed il concetto di bisogno. La definizione di questi concetti ci porta a considerare che cosa deve fare l'infermiere per rispondere ai bisogni della persona. È da qui che occorre fare alcune connessioni etico-deontologiche da trasferire poi nello strumento del codice deontologico. Non sarebbe strettamente necessario trasferire soltanto nel codice deontologico questi collegamenti, però è importante perché il nostro codice deontologico contiene, come altri codici, dei valori universali; ma sicuramente rispetto al percorso che si sta facendo sulla autonomia professionale, sulla definizione della natura del contributo dell'assistenza, il nostro codice presenta oggi delle lacune e non collega più il dovere professionale alla natura dell'assistenza proprio perché richiama solo principi generali come la difesa della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo eccetera. Sono sicuramente dei principi importanti

ma devono essere connessi allo specifico professionale; altrimenti rimangono valori che guidano come tali tutti i professionisti.

Abbiamo necessità di connettere questo lavoro che facciamo sulla responsabilità e di rivedere quali possono essere gli agganci che provengono dall'etica generale. Abbiamo bisogno di lavorare su queste connessioni noi in quanto infermieri. Ci viene richiesto da parte di molti di non lavorare in specifico su questa connessione; non dovremmo impegnarci a discutere di etica professionale, ma di integrarci a discutere di bioetica con gli altri. Questa è sicuramente una meta da raggiungere perché la bioetica non riguarda solo il medico ma tutte le persone che si occupano della vita delle persone. Prima però credo che noi dobbiamo prepararci a dire quali sono i valori che si connettono alla nostra professionalità. Poi potremo rapportarci anche con il medico sulla base della nostra specificità sui problemi dell'eutanasia, della morte, eccetera. Molti infatti, rifacendosi al mansionario, ci sollevano il problema che noi probabilmente come infermieri non siamo in grado di dibattere su questi grandi temi, perché non siamo in grado di decidere rispetto all'eutanasia per esempio. Quello che ci rassicura in questo caso è il fatto che nessuno ha la verità in tasca e su questi problemi non si può fare una questione di mansionario, ma si deve considerare chi sono le persone che si interrogano sui valori della vita dell'uomo. Prima di discutere di questi argomenti io credo che dobbiamo cercare di capire quanto questi possono connettersi con lo specifico professionale, con i principi ed i valori che guidano l'assistenza infermieristica.

Vorrei mettere in rilievo anche che non dobbiamo pensare sempre e solo all'attività della corsia, dobbiamo porci il problema anche della formazione. Il professionista non viene formato e non sviluppa il suo senso etico soltanto nel momento in cui si trova di fronte ai problemi. Questo deve essere fatto sicuramente anche nell'ambito della formazione, in cui ci deve essere un minimo di chiarezza. E chiariamo alcune cose. Nella formazione, sappiamo che l'insegnamento dell'etica è inserito dal 1925, da quando è stata fatta la prima legge sulla formazione. Nella modifica della programmazione delle scuole nel '75, è stato rivisto questo insegnamento. Qualcuno potrebbe dirci che siamo anche fortunati perché, ad esempio la formazione del medico non prevede se non da pochi anni, un insegnamento di etica. Ma qual'è il problema per noi importante che si pone continuamente? L'insegnamento dell'etica agli infermieri viene fatto per la maggior parte da figure non infermieristiche (in Lombardia nel 60 % dei casi). Che senso ha questo? Queste figure devono dare per forza di cose un approccio abbastanza direttivo, di contenuti filosofici dell'etica, che non vengono traslati nello specifico, perché se non c'è un infermiere a farlo è difficile che altri, senza competenza, riescano ad affrontare l'insegnamento della deontologia o dell'etica professionale. Questo ci pone anche tutta una serie di problemi sull'insegnamento dell'etica nell'ambito del diploma universitario di scienze infermieristiche. Sarà da vedere a chi verrà affidato questo insegnamento in questa nuova esperienza della professione all'università. Per analizzare questo problema vorrei sottolineare che le racco-

mandazioni che ha fatto il Comitato Nazionale per la bioetica riguardo alla formazione bioetica dei professionisti, sono di utilizzare un'équipe di docenti, perché la materia è interdisciplinare e propone per l'insegnamento di questa materia, un insegnante con formazione medico-scientifica e filosofica. Questo costituisce problema perché gli infermieri allo stato attuale non chiedono di insegnare bioetica, ed è un problema per la nostra etica professionale, per come noi la vediamo. L'infermiere non ha sicuramente oggi una preparazione filosofica per affrontare l'etica generale come la può affrontare la persona che dispone di una vasta cultura. È dunque un problema che rimane perché la bioetica verrà insegnata da chi ha una formazione medico-scientifica; noi non abbiamo una formazione medico-scientifica e quindi dovremmo rivedere anche questo. È importante infatti l'azione formativa nella fase di passaggio da un sentire generico ad un'idea più specifica e strutturata che si acquisisce con la formazione appunto.

Per spiegare il livello di connessioni sulle quali bisogna fare il punto della situazione, farò alcuni esempi di come potremmo costruire queste connessioni, per sottolineare soprattutto il metodo del ragionamento che sto seguendo.

Uno dei primi valori sui quali bisognerà ragionare anche perché è assente dal nostro codice deontologico, è il concetto di uomo e di bisogno che sono fondanti per l'assistenza. L'approccio filosofico-assistenziale individua la persona come soggetto in stato di necessità che, non avendo risorse proprie per risolvere i suoi problemi chiede l'aiuto dell'infermiere. L'infermiere fornisce questo aiuto mettendo in atto tutta una serie di aspetti competenti per far sì che la persona possa tornare nel suo stato di autonomia. Quindi il comportamento da quale valore può essere guidato in questo caso, sempre partendo dal ragionamento: valori universali che possono andare bene per tutti i professionisti / connessione con lo specifico professionale? In questa connessione noi capiamo che ci occupiamo dei bisogni dell'uomo e abbiamo già detto in che cosa ci differenziamo. Per cui invece di parlare di rispetto dell'uomo o della persona che deve essere un valore anche questo che riguarda tutte le professioni, possiamo sicuramente cominciare a ragionare su un valore che potrebbe essere il rispetto per i bisogni specifici della persona. Il rispetto per i bisogni specifici di ogni persona può dar luogo ad una serie di obblighi e di mediazioni, di doveri professionali specifici legati all'assistenza.

Il primo che possiamo ipotizzare potrebbe essere ad esempio: l'infermiere rispetta le modalità di manifestazione dei bisogni di ognuno riconoscendone l'unicità. A questo proposito dobbiamo dire che cosa stà a significare questo dovere. In questo l'infermiere si impegna a rispettare la modalità di manifestazione dei bisogni, diversa in ognuno anche se i bisogni sono universali per tutti (bere, mangiare ...). L'infermiere cioè si impegna a personalizzare la risposta, anche attraverso il massimo riconoscimento nella manifestazione dei diversi bisogni delle persone. Anche gli infermieri però fin dal momento dell'apprendimento e della formazione, non è che non categorizzano la risposta ai bisogni; probabilmente non categorizzano allo stesso modo di come può

categorizzare il medico nella procedura diagnostica. Fare categorie significa che ogni volta che si deve rispondere ad un bisogno, non si deve inventare la risposta, ma ci si riferisce a precise conoscenze di relazione di causa ed effetto, ad esempio tra alimenti e patologie. L'impegno dell'infermiere è dunque quello di dare il massimo di attenzione alla modalità diversa di manifestare gli stessi bisogni nelle persone. Questo è un impegno che si ricollega direttamente allo specifico professionale. Se non ci fosse lo specifico questo dovrebbe rimanere nell'ambito del rispetto della dignità della persona.

Altro: l'infermiere considera i modi di vita e le abitudini delle persone come influenzanti direttamente la modalità di rispondere ai bisogni. Quindi dobbiamo far sì che la risposta ai bisogni possa adattarsi a questo. Qui potremmo aprire un enorme capitolo sulle possibilità che noi avremmo di influenzare l'organizzazione affinché possa permetterci di rispondere ai bisogni delle persone in modo adeguato. Ad esempio: il bisogno di alimentazione; se devo assistere l'italiano non è difficile perché ne conosco in linea di massima le abitudini, ma se devo assistere persone di altre razze o altri paesi, fatto ormai frequente anche da noi, devo tener conto che queste possono non essere adattate all'alimentazione che noi utilizziamo. L'infermiere sa che deve dare risposta ai bisogni di alimentazione di quella persona per cui dovrebbe fornirgli un cibo che è preferito da quella persona. Ma sappiamo anche che l'organizzazione non permette questo. Allora ecco che l'impegno etico dell'infermiere in questo caso deve essere proiettato non solo nell'ambito del reparto ma anche all'esterno. Questo si traduce nel far sì che l'organizzazione attraverso il Servizio Infermieristico, la dirigenza infermieristica possa anche condizionare l'alimentazione, il menù e quello che c'è a disposizione a questo scopo. L'esempio è banale ma dovrebbe servire a far capire la nuova dimensione che l'impegno dell'infermiere deve acquisire. Certo ci saranno delle difficoltà a percorrere questa strada, specie a causa dei tagli economici previsti per la sanità. L'impegno comunque ci deve essere, altrimenti quali sono le modalità di risposta ai bisogni che io individualizzo?

Altro valore che può essere riconosciuto ma che probabilmente nella nostra situazione attuale, con l'assistenza che eroghiamo, non fa parte ancora della nostra mentalità o della nostra preparazione: rispettare le scelte della persona. E dovremmo metterci in quest'ottica perché stanno cominciando a farsi ricoverare in certi ospedali delle persone che hanno delle assicurazioni private. Queste persone potrebbero in futuro anche attraverso l'assicurazione, chiedere di essere assistite in particolare da un infermiere che loro scelgono dall'albo degli infermieri o da un medico a loro scelta. Questa non è una prospettiva così lontana anche se noi non siamo ancora abituati. Rispetto delle scelte della persona deve voler dire comunque che l'individuo deve poter controllare il tipo di assistenza infermieristica che gli viene dato.

Il problema del consenso: nel nostro codice deontologico non abbiamo mai parlato del problema del consenso anche all'assistenza infermieristica. È un problema che dovremmo porci invece dal punto di vista deontologico

perché il consenso sta diventando tema di dibattiti anche molto approfonditi.

Ho fatto solo un primo esempio di quale possa essere il metodo di ragionamento per cominciare ad andare a rivedere quella parte del codice deontologico per fare in modo che la responsabilità professionale possa essere connessa all'approccio etico-deontologico e facendo chiarezza a monte del contributo che l'assistenza dà alla persona.

Alla luce anche dell'esperienza diretta, credo di poter concludere dicendo che, sulla base della nostra storia, non ci può essere una modalità diversa di rivedere il nostro codice deontologico. Cioè se manca all'inizio tutta questa elaborazione noi avremo delle grosse difficoltà nel capire quali sono i valori che guidano il comportamento dell'assistenza. Quindi sostanzialmente, lo sviluppo dello specifico professionale e l'approccio etico devono per noi viaggiare parallelamente, ma l'uno deve essere condizione per l'altro.

*DIBATTITO*



20 novembre 1992 - Mattino

## **Silvestro**

Grazie anche a Lusignani. Credo che abbiamo moltissimi argomenti sui quali riflettere.

Possiamo tentare una sintesi dei punti trattati fino a questo momento, anche per facilitare la discussione.

Siamo partiti con la collega Usai per dare delle indicazioni sulla situazione attuale e sottolineare il fatto che attraverso la conoscenza, i modelli cognitivi e gli indirizzi deontologici e l'orientamento al servizio noi possiamo, su questa strada, evidenziare delle nuove ipotesi sull'assunzione delle responsabilità rispetto all'etica e alla deontologia.

L'intervento del professor Mori ci ha richiamato i concetti generali e quindi i punti di riferimento che dobbiamo andare a recuperare e riportare nella logica dell'etica professionale.

Infine abbiamo avuto l'intervento di Maura Lusignani che è scesa ancora più nello specifico che ci riguarda, focalizzando l'attenzione sul fatto che anche per quanto concerne la componente etico-deontologica noi possiamo già rifarci ad una nostra specificità che è quella dei bisogni della persona; quindi ha focalizzato l'attenzione sull'eticità che noi dobbiamo sempre mantenere per soddisfare ai bisogni della persona.

Una cosa va sottolineata. In questi giorni abbiamo molto parlato, anche se non focalizzando, ma con percorso indiretto, di una professione che ci è molto vicina; la professione dei medici. Ribadisco un concetto. Il medico risponde a dei bisogni indotti. Ricordiamocelo questo: non a caso l'Aniarti oggi pomeriggio per la prima volta fa una sessione speciale con la medicina alternativa. Ci sono infatti molte altre modalità, dal punto di vista clinico di rispondere a dei bisogni delle persone; modalità che tra l'altro si aggancino molto meglio a quella che è la nostra filosofia assistenziale. Quindi cominciamo a vedere una cosa, e mi permetto di ricordarlo perché è già stata detta nei nostri congressi, dobbiamo cominciare a pensare che la dominanza culturale dei medici è morta. Dobbiamo cominciare a pensare che questa dominanza non c'è più, con tutte le connessioni che questo comporta. Il dibattito è aperto.

**D.:** DEGANO (Udine) - Una domanda generale per capire bene alcuni passaggi. In particolare vorrei capire la definizione che riguarda la professione dell'infermiere: deve partire da un valore o da un'azione? Perché ho sentito enunciare che il modello per prestazioni parte osservando quello che l'infermiere

fa, quindi le azioni, per giungere ad una concettualizzazione. Mi chiedo se quello a cui faceva riferimento il professor Mori possa essere diverso, nel senso che si partirebbe da una concettualizzazione per arrivare a quello che è lo specifico in termini di agire. In questo senso voglio chiedere anche se la diversità a cui si riferiva, cioè l'alta interdipendenza che ci deve essere tra i professionisti derivante dalla rispettiva grande specificità rientra in questa logica. Mi sembra come che ci siano due logiche: la logica dell'agire, «mansionario» e credo purtroppo anche «modello per prestazioni», e la logica dell'essere. Chiedo chiarimenti in merito.

**D.:** GIACOMAZZA (Padova) - Vorrei che il professore riprendesse il discorso in cui diceva: uno può essere un bravo infermiere facendo solo il suo dovere senza l'etica. Vorrei poi che i relatori mi facessero possibilmente un esempio pratico su un altro problema; siamo a contatto ogni giorno con degli allievi e non dobbiamo insegnare loro solo qualche cosa di pratico ma anche degli atteggiamenti e dei comportamenti da assumere. Mi chiedevo: in una società con una crisi e confusione dei valori fondamentali che devono essere riguardati, vorrei un esempio chiaro, se possibile, per comprendere come dovremmo spiegare e comportarci per far capire che cos'è l'etica e che cos'è un comportamento etico. Grazie.

**D.:** FANTINI (Udine) - Anch'io ho la perplessità già espressa dalla Degano, e mi spiego. Nei giorni scorsi si era espressa la necessità che ci fosse un'identità ed uno specifico professionale che fosse condivisibile in tutti gli ambiti professionali. Io per esempio, lavoro sul territorio. Qui è ancora più visibile rispetto alla realtà ospedaliera l'articolazione professionale della relazione d'aiuto. Non ci siamo solo noi infermieri a coprire un ambito di bisogni che comunque non vedo così scontato e definito per sempre, come presentava la signora Lusignani. Io ho molti dubbi su come possiamo concettualizzare rispetto a questo. Ed i modelli che sono stati presentati sullo specifico professionale ancora non mi convincono compiutamente; sento il bisogno ancora di qualche riflessione: terapisti della riabilitazione, assistenti sociali, logopedisti, hanno comunque a che fare con l'uomo, rispondono a dei bisogni che rientrano anche nella nostra area di competenza. E questa è la prima domanda.

La seconda domanda al professor Mori: Etica generale o etica specifica professionale? Io non posso non avere in mente il codice deontologico medico anche nell'ultima edizione aggiornata. È possibile salvaguardarci dal fatto che il codice deontologico non diventi alla fine uno strumento di autogiustificazione e di potere nei confronti di chi ha bisogno? Ho presenti sempre alcuni articoli del codice deontologico medico che sono allucinanti da questo punto di vista. Grazie.

**R.:** MORI - La mia posizione è stata colta molto bene dal primo intervento, anche se l'avevo posta in maniera leggermente diversa. Io parto dall'idea ge-

nerale che la medicina, l'attività sanitaria come tutto oggi si trova ad una svolta radicale in cui ci si interroga nel mondo che significato abbia l'assistenza sanitaria. In questa grande confusione, c'è bisogno di riconcettualizzare il tutto. Ad esempio la richiesta dell'eutanasia non è solo una tra le tante richieste, ma cambia completamente il quadro generale dell'impresa sanitaria in sé. Che la si accetti o no è altra questione, ma comporta un cambiamento generale della cosa. Ecco, io vedo i problemi dell'infermiere all'interno di questo discorso e vedo con grande positività questa richiesta; e mi scuso per essermi occupato di meno di etica infermieristica rispetto all'etica medica, ma questo è conseguente al fatto che le sollecitazioni sono state minori. Ma devo dire che in questo ultimo periodo l'interesse va aumentando e questo credo sia un chiaro segno del cambiamento profondo che interviene tra gli infermieri; questo è molto positivo.

Poi si parla di crisi dei valori fondamentali, ma io la vedo come una crisi costruttiva, positiva. Credo si tratti come di un rimescolamento delle carte, ma non nel senso che siamo verso la fine del mondo, ma nel senso che questo è il segno che stanno emergendo valori nuovi. Quindi il bravo infermiere non è solo l'infermiere competente e tecnico, come il bravo automobilista non è solo quello che ha i riflessi pronti. È anche quello che ha implicitamente interiorizzato certe norme di comportamento e di risposta. Il problema è che nella situazione di ingorgo bisogna trovarne altre di risposte. Ma questi sono i problemi complicati della vita e forse non ci sono soluzioni valide una volta per tutte. È assurdo chiedere ad uno che soluzione si deve trovare; bisogna che a seconda del tipo di persona che si è si trovi una soluzione.

Per la domanda relativa al codice deontologico medico come strumento di potere ed altro; in un certo senso la richiesta di un codice deontologico è sempre una richiesta di potere di un gruppo organizzato. I medici se lo sono dati prima e gli avvocati anche perché sono gruppi più potenti e forse la richiesta da parte vostra può significare un avanzamento di queste esigenze. Che siano solo esigenze di potere, questo non lo so. Io dico solo che sociologicamente di solito la richiesta di un codice è la richiesta di una nuova identità di un gruppo e quindi viene a creare un nuovo centro di potere. Se poi il potere sia sempre oppressivo, questo non lo so e non lo posso dire.

Vorrei concludere con una considerazione sulle due relazioni di Usai e Lusignani, circa l'osservazione sulla mia idea che non basta l'etica professionale per stabilire quali sono i doveri dell'infermiere. Il senso è che già è dubbia la funzione dell'infermiere ed è stata richiamata l'esistenza di altre figure, ma secondo me, ci sono altri doveri da considerare, che sono ad esempio i doveri di relazioni economiche, di relazioni giuridiche con altre figure, questo è il grosso del problema.

**R.:** USAI - Vorrei rispondere alla richiesta di Degano sul percorso. La proposta di riflettere su questo modello è giustificata dal fatto che comunque è imprescindibile riuscire a parlare di responsabilità professionale se prima

non ci si chiarisce bene a monte chi siamo e quindi quali sono i nostri spazi definiti a livello concettuale nel senso di conoscenze. Non ho trattato in maniera esaustiva, e l'ho precisato, ma la proposta era vissuta in questi termini: come ne ha accennato anche Lusignani, se noi dovessimo cancellare il 225, che cosa abbiamo in alternativa? Da qui la grossa riflessione di cominciare ad identificare un cammino ben preciso ponendo dei vincoli, dei punti fermi con cui possiamo poi ricordarci ai valori espressi. Non vorrei che il concetto di azione relativo alla prestazione fuorviasse. Il modello non è una presentazione elencata di azioni tipo il 225, ma esprime una logica molto chiara in cui l'autonomia e la responsabilità si concretizzano laddove il professionista interviene e risponde concretamente a quei bisogni specifici di assistenza infermieristica. È ovvio che possiamo avere un'interdipendenza e cioè lavoriamo ad esempio sul territorio, con altri professionisti; è ovvio che se noi sappiamo bene quali sono i nostri limiti, avere anche delle aree «grige» di sovrapposizione, ma avendo ben chiare quello che è il modello a monte a cui ci riferiamo è anche molto più semplice definire concretamente quelle che sono le competenze specifiche. Prima si parlava di prestazioni ad alta interdipendenza intendendo per essa quella prestazione in cui l'infermiere ha un'autonomia solo comunque in quell'azione specifica infermieristica. I bisogni indotti, come è già stato detto, verranno soddisfatti da altri professionisti.

**R.: LUSIGNANI** - Una riflessione sulle domande, ma in particolare il primo quesito sollevato sull'elemento che deve far originare l'attività dell'infermiere, se un'azione o un valore. Io ripropongo naturalmente la correlazione tra i due aspetti, cioè le due cose devono andare avanti parallelamente. Probabilmente anche l'assistenza quando si occupa dell'uomo ha un approccio filosofico che naturalmente deve essere connesso all'approccio etico della persona e quindi al comportamento che avrà l'infermiere.

Rispetto al discorso fatto sui bisogni: indubbiamente il percorso di definizione teorica sui bisogni va approfondito. Però la riflessione che può servirci in questo momento è questa. Nella maggioranza delle scuole infermieri di solito nella formazione abbiamo questa preparazione all'approccio ai bisogni, però per quelle scuole che non scelgono dei modelli teorici, è un approccio generale che ci fa conoscere quali sono i bisogni dell'essere umano e che ci fa conseguire da questo che noi dovremmo essere in grado di rispondere attraverso delle azioni a questi bisogni. La proposta che mi sembrava venisse avanzata anche da Usai, era quella di dover nell'ambito del nostro paese costruire, dare concretezza ad un modello che sicuramente non sarà completamente esaustivo di tutte le domande dell'infermiere soprattutto laddove l'infermiere si trova a lavorare in situazioni particolari a contatto con altri professionisti per definire lo specifico. Questo comunque è stato un po' la sofferenza di coloro che hanno iniziato il percorso e voi dell'Aniarti eravate tra questi, per cominciare a lavorare sul concetto di prestazione. Quando poi in realtà, dopo aver elaborato il bisogno ed aver individuato che cosa deve fare

l'infermiere rispetto a questo bisogno, andiamo a vedere rispetto alla formazione quali sono le conoscenze e le capacità che abbiamo per rispondere al bisogno, allo stato attuale ciò che complessivamente possiamo pubblicare, rendere noto in un documento è ciò che è stato previsto nel modello delle prestazioni, cioè l'area dei bisogni a cui noi rispondiamo è quella. In questo momento non ci sono ancora evoluzioni che rivedano o rielaborino quei bisogni con quel percorso, con quel tipo di risposte. Per cui il collegamento alla pratica è fondamentale in questo modello perché come tutti sappiamo, è un modello che ha fatto sì una elaborazione teorica ma che deriva dalla prassi.

**D.:** SELVAGGI (Bari) - Nel contesto di un ambiente di lavoro condizionato da una situazione di carenza di personale e con un eccessivo numero di pazienti a cui fare assistenza, con riposi, ferie e tutto sospeso, vorrei sapere per i colleghi con cui lavoro e per me in prima persona, che importanza ha l'etica, la professionalità e tutte le belle parole che sono state dette.

**R.:** MORI - Direi che senza dubbio questa è una domanda importante. Di fatto l'etica per esserci ha bisogno di queste condizioni minime. Se queste condizioni minime non sono soddisfatte è evidente che probabilmente siamo a livelli pre-umani o pre-etici. Può darsi che in certe circostanze ci siano anche queste questioni. Volevo precisare che anche quando ci sono le circostanze che consentono l'atteggiamento etico vanno tenute presenti le circostanze di tipo economico, di tipo relazionale ed altro. Per il resto purtroppo nella vita non si riesce a risolvere tutto. Io d'altra parte sono stato invitato sui problemi dell'etica e della deontologia e sul problema della «malasanità» non sono competente.

**R.:** USAI - Senz'altro i problemi organizzativi incidono parecchio anche sugli aspetti etici e ci coinvolgono anche come professionisti, soprattutto quei colleghi che si trovano a gestire problemi di natura organizzativa, come gli organici e la gestione del personale. Non a caso anche l'organizzazione ha sviluppato delle riflessioni etiche. Ovviamente essendo professionisti dobbiamo rilevare tutta questa serie di problemi che ci toccano ma anche per coloro che decidono nelle «alte sfere» bisogna tener presenti alcuni punti fermi. Alcuni nostri colleghi che fanno i Capo dei Servizi si trovano nella impossibilità di decidere, ma pur con gli organici stimati sotto numero siamo costretti ad aprire altre unità operative. Ci sono delle decisioni che implicano delle considerazioni etiche notevoli. Quindi che cosa facciamo? Non garantisco all'utente il servizio? Sottraggo il servizio all'utente malassistito della struttura in cui in questo momento non abbiamo l'organico a pieno regime? Devo tutelare comunque il professionista che si troverà a lavorare in condizioni non ideali? Sono certo tutti problemi aperti, ma avendo la consapevolezza di alcuni valori e di quello che siamo possiamo via via renderci competitivi ed incidere anche

soprattutto da un punto di vista sociale e politico, perché è questa anche la chiave per le soluzioni da trovare.

**D.:** FRANCESCONI (Roma) - Vorrei rivolgere una domanda alla signora Lusignani. Si usano moltissimo termini quali bisogno, cultura, valori e si usano con una valenza credo antropologica, non sociologica. Se è soprattutto sulla base dei bisogni che noi ci distinguiamo dalle altre figure professionali ed in primis dai medici, perché non ricerchiamo in questa nostra capacità di valutare correttamente non soltanto i bisogni primari, ma anche i bisogni di cultura, di comunicazione? Perché non ricerchiamo oltre alla nostra competenza tecnica, la nostra specificità antropologica e culturale? Se è vero che noi non abbiamo una preparazione medico-scientifica, possiamo però sicuramente arrivare ad avere una preparazione tecnico-antropologica e in questo senso siamo sicuramente due passi avanti rispetto ai medici perché se loro si limitano alla diagnosi e alla terapia e del resto non si occupano tanto o lo demandano a noi, noi siamo sicuramente nella condizione di farlo. Non credo che sia giusto banalizzare questa possibilità che ci è offerta di valutare correttamente i bisogni e di essere a tutti gli effetti il «tramite esperto» nel far comprendere alla nostra società le dimensioni e l'importanza dei bisogni personalizzati del soggetto.

**R.:** LUSIGNANI - È un'osservazione molto interessante a mio parere. Però c'è un'attenzione da fare che si analizza nel momento in cui si valuta quanto del bisogno può essere di pertinenza infermieristica. Non vorrei essere ridondante, ma un insegnamento ce l'ha dato anche il modello delle prestazioni. Quando nella formazione ci dicono che noi rispondiamo ai bisogni psicologici, fisiologici, spirituali e così via, in realtà non è vero che noi rispondiamo complessivamente al bisogno psicologico, spirituale... Se così fosse negheremmo l'esistenza di tutte le altre figure professionali che rispondono a questi bisogni. Il problema ritorna nel dover studiare, approfondire, capire dal punto di vista specifico fino a dove l'infermiere è competente a rispondere ai bisogni appartenenti all'area psicologica, spirituale, eccetera. Questo è il primo aspetto: bisogna lavorare per individuare delle definizioni precise. L'antropologia sicuramente può venirci in aiuto, ma l'antropologia viene in aiuto anche a tanti altri professionisti che stanno definendo meglio la loro area di intervento. Facendo un esempio, se si leggono le raccomandazioni del Comitato nazionale di Bioetica, che è composto per la maggior parte da medici, da filosofi ed altri, ma infermieri non ce ne sono, si legge che il medico non può continuare ad occuparsi di diagnosi e terapia nell'accezione tecnica del termine ma deve sicuramente studiare un approccio antropologico ai bisogni della persona. Quindi il problema è che tutte le discipline possono venirci in aiuto, la filosofia, l'antropologia, la sociologia e altre ancora, ma l'importante è che noi si riesca a teorizzare, ma non perché è importante la teoria e tutto il resto non esiste. Ma è importante perché la nostra è una professione molto

pratica ma questa pratica in questi anni ci ha sfavorito, perché non ci ha posti nelle condizioni di dire con gli altri professionisti fino a dove sia la competenza nella risposta ai bisogni ad esempio, nell'area psicologica, che è un'area ancora non ben chiara al pari dei bisogni fisici. Non è vero che noi rispondiamo «al bisogno psicologico», ma rispondiamo per quell'area di competenza che ci è dovuta nel riconoscere un problema, nel poter entrare in relazione con la persona o nel chiarire il problema, nel dare informazioni, ma poi fino a dove? In questo l'aiuto può venirci da tutte le discipline. Il problema nostro è che ancora dobbiamo produrre, studiare maggiormente sugli argomenti e possiamo farlo sicuramente prendendo da tutte le discipline, ma collegando sempre immediatamente quello che prendiamo da altre parti alla pratica. Ed è secondo me proprio questa la forza che ha avuto il modello per prestazioni. Sicuramente ha elaborato teoricamente, ma è andato a dire che «assicuro la respirazione, l'alimentazione, la comunicazione...» e non ha detto «assicuro il bisogno psicologico» che sarebbe stato tutto un altro capitolo da analizzare. Io lo vedo come un punto al quale siamo arrivati e da lì adesso bisogna approfondire nuovamente la competenza relativamente ai diversi bisogni ai quali rispondiamo e poi eventualmente tutti quegli aspetti di specializzazione che possono sicuramente completare le aree psicologiche, spirituali e così via. I bisogni del modello sono stati definiti, ma lo studio non è finito. Come tutti i modelli teorici deve evolversi, modificarsi, ma si devono avere anche tutti gli aspetti disciplinari specifici. Quindi se si prende da una disciplina bisogna farlo con il metodo e la struttura della disciplina per poi poter elaborare per la nostra professione.

**D.: MARCUCCI (Empoli) -** Il mio intervento emerge dalle varie deduzioni che sono venute fuori in queste giornate di congresso e soprattutto a carico del discorso della responsabilità professionale. Questa responsabilità che, bene o male dipende da norme sia giuridiche che da norme di tipo etico-deontologico. Ora però mi è sorto un dubbio: ho sentito parlare in questi giorni di una funzione che è quella assistenziale, sulla base di un modello infermieristico, ma una cosa mi è sembrata strana: in definitiva si è parlato meno di altre funzioni che forse andrebbero ritenute fondamentali, visto che si sta parlando di un ruolo specifico dell'infermiere e di un ruolo che forse anche l'infermiere si deve ancora oggi guadagnare. Qui mi sto riferendo anche a quelle funzioni giuridiche che ci vengono attribuite a ratifica dell'Accordo di Strasburgo. Questa ratifica, come ben sappiamo ha modificato quella che è la formazione infermieristica, ma ha anche dato nuove linee per definire quali sono le funzioni dell'infermiere. Una soltanto riguarda la funzione dell'assistenza diretta, ma troviamo altre funzioni quale quella educativa, la funzione organizzativa e la funzione di ricerca, che in realtà l'infermiere oggi mette in atto molto, molto poco. Io mi sto chiedendo questo: giusto, nell'assistenza diretta ci sarà una parte di lavoro autonomo e in cui ci sarà una parte di collaborazione da parte del medico, ovvio. Ma le altre funzioni, perché non

vengono messe in evidenza? Manca una preparazione di base da parte dell'infermiere? Oppure mancano anche realtà operative che possono mettere in luce questo tipo di funzioni in cui l'infermiere non si sente ancora oggi coinvolto direttamente, perlomeno nella maggior parte dei casi? Per cui è giusto, parliamo anche di un modello per prestazioni o di un mansionario che bene o male ci dà un elenco di azioni da compiere ma nello stesso tempo ci richiama a fare i piani di lavoro.

**R.: USAI** - Puntuale l'intervento della collega. Non è che ci siamo dimenticati di tutte le altre funzioni, ma anzi le teniamo ben presenti. L'importante è comunque cominciare a riflettere sulla principale funzione appunto per creare un linguaggio comune, per intenderci quando parliamo e come parliamo delle stesse cose, per dare tutti la stessa valenza agli attributi ed ai sostantivi che usiamo all'interno della professione. Questo è il grosso punto per cui abbiamo forse ridonato. Il dare accezioni diverse a termini molto comuni crea solo confusione.

Per quanto riguarda il resto delle altre funzioni e l'accento alla normativa europea, io mi rifaccio all'aggancio fatto dalla collega sulla regolamentazione. Quel flash era significativo perché ci richiamava come gruppo professionale, intendendo con regolamentazione tutte quelle forme e processi che danno alla professione un ordine ed una coerenza interna. Questa regolamentazione che la stessa professione deve mantenere va a definire diversi ambiti e va a incidere e a toccare tutte le funzioni infermieristiche. La professione che si regola dà degli orientamenti ben definiti con un sistema normativo.

**R.: SILVESTRO** - Un'ulteriore precisazione. È ben vero che forse è stata fatta una grossa sottolineatura dell'ambito assistenziale, però ricordo alla collega che le relazioni che si sono tenute nei giorni precedenti sono andate a toccare la funzione formativa e quindi il ruolo che la formazione permanente che si aggancia alla formazione di base, possono avere nel costruire il processo assistenziale. È stato ben sottolineato il ruolo della formazione e quindi la funzione didattica che l'infermiere ha. Credo sia ormai dato per scontato che la nostra formazione debba essere fatta da noi infermieri.

Il grosso discorso dell'aggancio con la componente organizzativa; addirittura si è parlato di assioma. Quello che succede nell'organizzazione è strettamente legato a quello che succede nell'assistenza. Se non ho una buona impostazione organizzativa non avrò una buona assistenza. Sono stati dati degli strumenti che sono fruibili da tutti i colleghi per cercare di leggere la propria realtà organizzativa e cercare di capire quali sono gli strumenti più adeguati per integrare assistenza ed organizzazione. E per capire come debbano integrarsi assistenza ed organizzazione è chiaro che abbiamo bisogno di ricerca, è chiaro che abbiamo bisogno di una funzione didattica per dare i contenuti che in quel momento sono necessari a sviluppare tutto il processo assistenziale. Io credo, se posso permettermi, oltre a complimentarmi con tutti voi per

il livello molto alto del dibattito, credo ci sia bisogno ancora di «macinare» queste cose e recuperare tutti gli stimoli che sono stati dati e che forse sono stati ricondotti rispetto all'assistenza, perché ci siamo maggiormente abituati o perché abbiamo più capacità e competenza di leggerli.

L'obiettivo era proprio di cominciare ad allargare il campo; tu ti assumi delle grosse responsabilità, riesci ad assumertele con serenità in campo assistenziale se hai degli agganci organizzativi, se hai capito l'importanza della funzione didattica ed educativa, se hai capito che devi fare ricerca per individuare come meglio soddisfare i bisogni. Quindi noi si è tentato di fare questa cosa; se non ci siamo riusciti ben venga la critica e lo stimolo a fare meglio, ma il tentativo era proprio quello di delineare questo quadro complessivo anche se l'aspetto assistenziale è stato preponderante; ma questo diventa qualificante soltanto se abbiamo molto ben presenti gli altri.

**D.: GAVAZZI (Pistoia)** - Credo di dover dire senza retorica, che parlo a nome di un gruppo infermieristico e volevo fornire una verifica empirica a quello che viene chiamato «specifico infermieristico». Penso che tutti conosciate che cosa avviene in rianimazione, dei problemi riguardanti il confine tra morte e vita e dell'importanza degli strumenti che ci vengono forniti dalla bioetica e da altre scienze. Nella nostra esperienza di appena quattro anni è successo che, naturalmente senza prescindere dai bisogni dei nostri utenti e dei loro familiari, ci siamo resi conto che non riuscivamo a rispondere ai bisogni di relazione. Quindi mi discosto da quelli che sono i bisogni della sfera fisica, pratici, un campo in cui credo si debba molto ricercare e molto sperimentare. Noi abbiamo chiesto aiuto alla nostra Unità di Psicologia dell'USL ed abbiamo costruito insieme un percorso che è iniziato da un «gruppo Balint». Insieme con le colleghe vorrei dire, psicologhe dell'USL, stiamo facendo un percorso interdisciplinare che attinge fortemente da un altro scibile, ma mai discostandoci da quelli che sono i bisogni del malato espressi in quella unità operativa. Noi abbiamo avuto l'impressione che si sia aperto davanti a noi un campo immenso in cui altri scibili, ed anche i nostri medici sono stati coinvolti loro malgrado in questa dinamica, hanno contribuito in maniera importante ma integrata.

**D.: BIASI (Verona)** - Io vedo davanti a noi un periodo sinceramente difficilissimo, un periodo di transizione tra una coscienza infermieristica datata ed una coscienza professionale più elevata. La situazione attuale secondo me è ancora «in emergenza», non credo che adesso che non se ne parla più, non ci sia carenza di infermieri. Semplicemente ci siamo abituati a lavorare con standard assistenziali inferiori a come vorremmo. Ci sono diversi livelli di coscienza della professione; c'è addirittura un baratro a volte tra infermiere e infermiere e questo rappresenta un grosso problema. C'è la difficoltà concreta, quotidiana di «combattere» 8 ore su 8 ore; ognuno con i suoi propri problemi viene a lavorare e deve lottare per l'acquisizione della propria pro-

fessionalità con i medici ed a volte anche con i colleghi. Io vedo il pericolo in questa fase di transizione, di una mera acquisizione di funzioni superiori. Questo è dato proprio dalla poca coscienza professionale ed è sicuramente colpa nostra. Però è dato anche da certe situazioni concrete che non sono facilmente risolvibili dal singolo individuo, ma sono proprio legate alla struttura. Vorrei chiedere alle relatrici che proposte di ripromozione di questa nuova figura professionale possono darci a livello molto concreto, tenendo conto soprattutto dell'ostacolo maggiore a mio avviso, della diversificazione della coscienza professionale.

**D.: BELLI (Genova)** - Io sono all'interno della professione da vent'anni ed ho passato un certo arco di esperienza nel quale le situazioni che ricordavano i colleghi di Bari erano molto più frequenti. Mi rifaccio anche alle accuse rivolte al Collegio IPASVI, per aver perso delle occasioni per poter essere riconosciuti. Come mai se a noi mancano gli strumenti siamo poi costretti a litigare tra di noi, a dire che ci manca il collega, a litigare in Direzione, ma di fatto non abbiamo quell'autorevolezza professionale per essere diversamente riconosciuti e per avere delle diverse risposte che non diventano più «opinioni», ma diventano fatti dimostrati? Mi rifaccio a queste cose perché purtroppo quando dobbiamo valutare questa grossa diversità che c'è anche tra gli infermieri che compongono l'insieme del corpo professionale, determiniamo in qualche modo questa sorta di blocchi o di occasioni perdute. È vero, bisogna riportare le situazioni come quelle di Bari, ma bisogna stare attenti che se noi non facciamo anche questi discorsi di concettualizzazione, di responsabilità, se noi non affrontiamo questi temi, noi non diventiamo una professione che può essere riconosciuta come tale ed avere il peso di una vera professione; e queste situazioni che denunciavamo continueranno ad esserci. Per cui è estremamente offensivo, io ritengo che all'interno della professione, quando noi ci incontriamo a livello nazionale e non solo a livello locale, qualcuno possa canticchiare «parole, parole» riferendosi a quanto qui ora stiamo discutendo.

**R.: LUSIGNANI** - Vorrei tentare una provocazione come risposta alla collega e anche alla collega di Bari. Sicuramente i problemi organizzativi sono tanti e non solo da voi ma anche in Lombardia; certo sarebbe da valutare se siano problemi di reale emergenza rispetto al fatto che forse a qualcuno serve dire che l'emergenza c'è. La provocazione potrebbe essere questa: noi nel nostro codice deontologico non abbiamo dal punto di vista etico qualcosa che ci possa venire in aiuto a questa domanda. Noi dal punto di vista etico non abbiamo mai pensato, perché il problema dell'emergenza non era così forte, non abbiamo mai pensato di scrivere un obbligo che potrebbe essere un'ipotesi come ad esempio: l'infermiere si impegna a non accettare condizioni assistenziali che ledano la dignità del paziente. Questo per dire che non è che ci sono probabilmente soluzioni a una domanda di questo tipo perché comporterebbe

un ragionamento da fare sull'organizzazione e l'organizzazione non la pensa come il professionista; il professionista invece vuole dare un servizio dignitoso alla persona che sta assistendo. Probabilmente l'etica potrebbe venirci in aiuto in questo senso con un obbligo che ci impegna tutti a non accettare condizioni di assistenza che riteniamo come infermieri inadeguate rispetto alle aspettative praticabili. Però per fare questo siamo noi che dobbiamo pensare ai problemi che abbiamo, tradurli in una elaborazione teorica e dire: d'ora in poi possiamo proporci questo come un dovere professionale. Sicuramente tutti riconosciamo di non dover lavorare in condizioni assistenziali troppo inadeguate, però questa potrebbe essere una strada da seguire e che potrebbe darci un aiuto. Un dovere etico perché garantiamo alla gente che l'assistiamo con livelli di decenza. Poi chiaramente questo comporta anche l'osservanza da parte di tutti gli infermieri di un principio di questo genere. Ovviamente non sto invitando tutti alla rivoluzione nel caso in cui non ci siano le condizioni ideali per l'assistenza, però sto invitando alla riflessione su un impegno che in fondo noi non ci siamo mai dati in un codice deontologico anche se l'abbiamo in testa.

**R.:** USAI - Volevo dire due cose rispetto a quanto detto dalla collega. Non stiamo coniato, definendo in queste giornate una nuova figura dell'infermiere: non mi piace questa espressione, anche perché vorrebbe dire disconoscere tutto il nostro passato.

Stiamo riflettendo su che cosa siamo e su che cosa vogliamo essere e come possiamo porci nei confronti dell'utenza. Utenza che comunque è molto sensibile ed è il nostro scopo ultimo: la collettività. È su questo che dobbiamo confrontarci; e mi rifaccio all'intervento del collega Belli; senz'altro non abbiamo l'autorevolezza, ma non possiamo aspettare che siano gli altri a darcela come la manna dal cielo. L'autorevolezza viene conquistata giorno per giorno dimostrando di essere capaci di costruire conoscenze. Questa è la sfida in questo momento che ci lancia l'università ad esempio, ma non solo. E volevo citare una raccomandazione delle nostre colleghe europee, perché non possiamo dimenticarci in questo momento il rapporto con l'Europa che ci toccherà più precisamente. Nel congresso di Vienna dell'88, pensate già nell'88, si diceva chiaramente che la legislazione che regola la pratica infermieristica deve riconoscere il contributo degli infermieri all'organizzazione e allo sviluppo dell'assistenza sanitaria. Inoltre, la legislazione deve essere formulata in modo da promuovere la capacità degli infermieri di soddisfare i bisogni sanitari della popolazione. È ovvio che in questo campo gioca a forza la professione infermieristica. Questa è una grossa sfida. Una collega diceva: sono preoccupata, vedo degli anni duri davanti. Senz'altro è vero, ma è questa la forza propositiva, non stiamo ad aspettare che il legislatore per il tema responsabilità professionale ci dimenzi ad hoc una legge. Dobbiamo essere noi ad aver chiaro che cosa dobbiamo fare e dove vogliamo andare; anche a livello istituzionale e quindi di organismi professionali soprattutto.

**D.:** MAURO (Rimini) - Ho i capelli bianchi, un'esperienza quasi trentennale che mi ha portato ad acquisire una elevata professionalità, per effetto di anzianità molto probabilmente. Il mio pormi nei confronti dei medici è molto diverso rispetto a quello che era agli inizi. La mia constatazione vuole essere questa: non vorrei aver acquisito solo per effetto dell'anzianità un mio pormi diversamente nei confronti dei miei collaboratori, medici stessi. Vorrei, è un augurio che faccio per rispetto ai miei capelli bianchi, aver conquistato il mio pormi diversamente anche attraverso le conoscenze e le competenze effettivamente acquisite perché costantemente ricercate.

*SESSIONE SPECIALE*

L'ASSISTENZA E LA MEDICINA ALTERNATIVA



## **Elio Drigo**

Iniziamo quest'ultima sessione di questo XI Convegno dell'Aniarti con la proposta di una informazione, vorrei dire, di tipo ampio e aperto su alcuni aspetti che interessano la salute e la malattia delle persone e le modalità con cui la nostra società affronta questi problemi.

Ci pare che possa essere un contributo di informazione necessario anche per l'interesse che la professione infermieristica manifesta nei confronti della complessità della persona.

Questo incontro vuole essere un approccio alle modalità alternative, nei confronti della patologia o comunque delle situazioni problematiche salute. I problemi che andremo così ad esaminare, nascono certamente da filosofie o da modi di pensare, da culture che sono diverse o alternative alla nostra cultura più diffusa. Ci è sembrato importante, comunque, incominciare ad offrire dei contributi di informazione su questi aspetti proprio perché questi possono contribuire ad arricchire l'esperienza che noi, come infermieri, facciamo, di offrire un'assistenza alle persone sempre più a misura d'uomo.

Noi confessiamo la nostra non conoscenza di queste problematiche, per cui ci affidiamo ai tre esperti che abbiamo contattato per questa sessione e che sono il dr. Caprara Andrea, medico e antropologo presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma, insegnante in un corso internazionale per management ed organizzazione di sanità pubblica per i paesi in via di sviluppo. C'è poi il prof. Paul Bütler, chiropratico, «doctor of chiropractics» e il dr. Volpe Guido, medico di base a Tarcento, un paese in provincia di Udine, specialista anche in nefrologia e che comunque esercita anche come omeopata.

Il dr. Caprara affronterà il problema in termini molto generali ed eventualmente ci presenterà più precisamente il campo del suo intervento.

## **Andrea Caprara**

Medico e antropologo - Istituto Superiore di Sanità, Roma.

Il tema riguardante la coesistenza di diversi modelli di medicina sarà qui affrontato in due parti: la prima in cui cercherò di introdurre alcuni concetti di base riguardanti il rapporto tra la salute e la malattia in diversi contesti culturali (gli esempi si riferiscono alla realtà indigena in America Latina e al contesto dell'Africa Occidentale), la seconda in cui cercherò di proporre alcuni aspetti operativi, di approccio pratico al problema.

Già dalla fine degli anni settanta, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha conferito una attenzione sempre maggiore ai programmi che cercano di creare forme di collaborazione tra le cosiddette medicine alternative e la me-

dicina occidentale (Bannerman et al. 1983). Si tratta di un approccio che si pone naturalmente in termini diversi se si tiene conto delle diverse realtà dei paesi nei quali queste forme di collaborazione dovrebbero svilupparsi. In molti paesi in via di sviluppo, a forme tradizionali di interpretazione del rapporto salute-malattia, si è accompagnata la nascita di forme di pluralismo medico dovute all'inserimento di modelli e pratiche occidentali. Ben diversa è la situazione in Europa o negli Stati Uniti in cui forme di medicina «alternativa» si sono diffuse in un contesto dominato dalla medicina moderna.

### **Concetti di base**

È necessario sottolineare innanzitutto che le diverse popolazioni interpretano il rapporto salute-malattia secondo paradigmi di pensiero diversi tra loro. Questo enunciato sarà illustrato attraverso l'utilizzo di tre esempi riferentisi alla medicina occidentale, alla medicina andina e al contesto africano.

La cultura occidentale considera il rapporto salute-malattia come strettamente legato a tre fattori: l'ospite (in senso fisico e psicologico), l'agente (fisico, biologico) e l'ambiente (sociale, fisico). Per spiegare ad esempio le malattie cardiocircolatorie, si fa riferimento allo stile di vita dell'individuo, (nutrizione, esercizio fisico, fattori psicologici, professione) all'età, al sesso, ai fattori ereditari. L'approccio occidentale interpreta quindi il rapporto salute-malattia prendendo in considerazione diversi fattori ma conferendo una attenzione particolare agli aspetti organici. Questa prospettiva è il prodotto, secondo molti autori, della famosa distinzione cartesiana tra corpo e psiche. Sul piano terapeutico vige la regola del trattamento per opposizione, per contrasto, che ha poi portato all'utilizzo del termine di medicina allopatrica come sinonimo di medicina occidentale: si riportano nella norma i valori di laboratorio (iper e ipo), si elimina chirurgicamente ciò che è anormale dal punto di vista anatomico o funzionale, si combatte farmacologicamente per contrasto eventuali forme infettive. Questo approccio, seppur con larga diffusione in molti paesi del mondo, resta uno dei tanti modelli utilizzati per interpretare il fenomeno della malattia, ma non certo l'unico.

Tra le popolazioni indigene dell'America Centrale e Latina (quechua, maya ecc.) la salute è strettamente legata ad un equilibrio tra due elementi «caldo» e «freddo» che classificano il mondo e gli individui. Questi due concetti non si riferiscono a una caratteristica di temperatura ma a certe qualità che gli elementi possiedono. Per quanto riguarda ad esempio gli alimenti, presso i quechua dell'Apurimac in Peru, la carne di maiale, la birra, l'acqua, sono considerati come «freddi», mentre la carne di manzo e altri cibi sono considerati «caldi». Le malattie si producono per un eccesso di cibi troppo freddi o troppo caldi. Vi è quindi una attenzione particolare alla combinazione degli elementi e al loro giusto equilibrio, per evitare di essere colpiti da malattie da eccesso (di un componente o di un altro). Tra le popolazioni andine, questi

fattori sono complementari a quelli religiosi come il rapporto con la terra, *Pachamama*, e gli dei delle montagne, *Apus*.

L'equilibrio caldo-freddo è presente anche tra le culture del Nord Africa (Tunisia e Marocco) ed è il prodotto della diffusione della medicina ippocratica nei paesi islamici all'incirca nel nono secolo AC. Nella teoria ippocratica il corpo contiene quattro liquidi o umori: sangue, flemma, bile gialla e bile nera. La salute è il risultato dell'equilibrio tra questi umori e quattro elementi: caldo, freddo, secco, umido. La medicina ippocratica è stata successivamente elaborata da Galeno (130-200 A.D.), medico greco che viveva a Roma. Nel nono secolo buona parte del suo lavoro è stato tradotto in arabo e durante l'occupazione dei Mori nella penisola Iberica, la medicina umorale è stata adottata dai medici spagnoli e portoghesi ed è quindi stata trasferita in America Latina (Helman C.1984). Forme simili di interpretazione delle malattie (equilibrio caldo-freddo) erano già presenti presso i popoli autoctoni e quindi si spiega la presenza così diffusa di queste forme interpretative.

Tra diversi gruppi etnici dell'Africa occidentale la malattia è considerata come il prodotto di una rottura della relazione tra l'individuo ed il suo gruppo (infrazione di una regola sociale, o di un interdetto). Per esempio, quando un malato si rivolge ad un guaritore per un problema di natura somatica (respiratorio, digestivo, ecc...) il guaritore si preoccupa di capire se la persona mantiene buoni rapporti con la propria famiglia, il proprio villaggio ed in caso di un conflitto o di un problema sociale, cerca di risolvere quel problema ristabilendo la pace tra il malato e il proprio gruppo. Spesso infatti, i conflitti tra padre e figlio, tra marito e moglie, tra nuora e suocera sono considerati come causa di disturbi e malesseri fisici. Anche gli attacchi o le accuse di stregoneria fanno spesso riferimento a conflitti di natura sociale.

Queste forme di pensiero permettono di dare un senso alla malattia e di classificare gli elementi che compongono l'universo (cibi, acqua, animali ecc.) attraverso qualità astratte come il caldo-freddo, sacro e profano, maschio femmina, puro impuro ecc. Non è infrequente in questi contesti, l'utilizzazione sia della medicina occidentale sia di forme terapeutiche tradizionali da parte del malato (polimorfismo terapeutico). Se il guaritore, in questo caso, serve soprattutto a risolvere la «vera causa della malattia» (la causa sociale) che è alla base del problema, la terapia «occidentale» contribuisce a risolvere il problema sul piano somatico e sintomatologico.

### **Implicazioni operative**

L'attenzione a queste diverse forme di interpretazione della malattia ci deve portare a considerare fundamentalmente due aspetti:

il primo, a relativizzare l'approccio con cui la medicina occidentale interpreta il rapporto salute-malattia. La teoria e la pratica medica occidentale rappresentano uno dei diversi modi possibili di spiegare e risolvere i proble-

mi legati alla malattia ma non sono l'unico modello esistente al mondo. Ciò ha un risvolto pratico importante in società che sempre di più stanno caratterizzandosi per la componente multi-etnica e multiculturali (non solo in occidente). Ad esempio, il rapporto tra operatore sanitario e paziente proveniente da diverse culture è influenzato dalla componente culturale; un senegalese interpreta la malattia in modo diverso da un filippino o da un peruviano. La componente etnica, culturale, si aggiunge al livello educativo, al sesso, all'età, al tipo di lavoro che la persona svolge.

I medici definiscono e diagnosticano la malattia secondo una interpretazione bio-medica mentre il malato vive la propria malattia su base esperienziale. Alla fine degli anni settanta, due autori, Eisenberg e Kleinman hanno coniato due termini, *disease* e *illness* per distinguere la diagnosi fatta dal medico (*disease*) e l'esperienza, il vissuto della malattia da parte del malato (*illness*) (Eisenberg L. 1977; Kleinman A. 1980). Questi autori affermano che il rapporto tra l'operatore sanitario e il paziente può migliorare solo se vi è una attenzione dell'operatore non solamente ad una corretta diagnosi ma anche a come il malato vive la propria malattia, a come interpreta i propri sintomi, quali pensa siano le cause. È necessario quindi una attenzione maggiore a come il malato percepisce la propria malattia e reagisce a questa perché ciò ha conseguenze importanti per es. per ciò che riguarda la *compliance*.

Nel caso di un *disease* senza *illness*, una malattia ipertensiva può essere diagnosticata dal medico come patologia ma non essere percepita dal paziente come malattia (nel caso sia asintomatica), e quindi influenzare la *compliance*. In altri casi di *illness* senza *disease* il malato può accusare disturbi non accertati o diagnosticati dal medico sul piano organico. Le persone possono avere diverse percezioni dell'anatomia e del funzionamento del corpo: in uno studio realizzato in Inghilterra, alla domanda del medico: le fa male lo stomaco? 60% dei pazienti (inglesi) interpretava lo stomaco come un organo occupante tutta la cavità addominale (Helman C.1984). Questi problemi, lungi dall'essere trattati in forma aneddotica, dovrebbero invece essere analizzati e considerati con attenzione da parte degli operatori a cominciare dalla lingua che resta il punto di partenza di ogni struttura con pazienti provenienti da diverse culture.

Il secondo punto apre il discorso verso un approccio critico al modo di operare della medicina occidentale. L'analisi comparata con altre forme interpretative e pratiche dovrebbe farci chiedere se è possibile migliorare le pratiche occidentali apprendendo da altre culture nuovi modi di operare. Pensiamo ad esempio come studi in altri contesti stanno contribuendo a modificare le pratiche occidentali per es. nel campo della salute mentale (scuola di Palo Alto, etnopsichiatra) e dell'assistenza al parto.

Alcuni studi realizzati in occidente mostrano come molti pazienti utilizzino contemporaneamente due o più sistemi di cura. Una ricerca realizzata in Scandinavia negli anni ottanta ha mostrato come il 95% di pazienti recatisi presso medici «alternativi» aveva in precedenza utilizzato, per lo stesso pro-

blema, forme occidentali di trattamento. Un quinto della popolazione scandinava ha consultato un medico «alternativo» almeno una volta (Vigdis M.C. 1991). Se i pazienti mostrano una attitudine di apertura verso l'utilizzazione di diverse forme terapeutiche, i medici allopatrici mostrano una attitudine critica nei confronti delle forme di medicina alternativa. Le conoscenze che derivano da un modello a un altro spesso sono trasmesse dai malati stessi.

Da un punto di vista operativo, a livello locale è necessario creare gruppi di lavoro composti da personale che opera secondo le regole della medicina moderna e delle varie forme di medicina alternativa, per iniziare una discussione sulle pratiche terapeutiche e diagnostiche sulla base di casi clinici e patologie specifiche. Il riferimento a casi clinici ben definiti può essere lo spunto per una discussione più ampia sui fattori sociali e psicologici che intervengono nella «costruzione» della malattia, per identificare diversi modi di intervento sulla base di diversi modelli di pensiero. Questa collaborazione, a partire da una serie di incontri e discussione di casi clinici, potrebbe portare alla creazione di un sistema di riferimento che permetta ai malati di ottenere le risposte terapeutiche più adatte in base alle proprie necessità.

### Bibliografia

- BANNERMAN R., BURTON J., WEN-CHIEN C., *Traditional medicine and health care coverage*, 1983, Geneva: World Health Organization.
- EISENBERG L., *Disease and illness: distinctions between professional and popular ideas of sickness*, 1977, *Cult. Med. Psychiatry*, 1: 9-23.
- HELMAN C., *Culture, Health and Illness*, 1984, Bristol: Wright.
- KLEINMAN A., *Patients and Healers in the Context of Culture*, 1980, Berkeley: University of California Press.
- VIGDIS M.C., *A dialogue between practitioners of alternative (traditional) medicine and modern (Western) medicine*, 1991, in *Norway Soc. Sci. & Med.* 32, 5, pp. 549-552.

### Elio Drigo

Ringraziamo il dr. Caprara per queste indicazioni molto importanti, da tener presenti nella nostra attività quotidiana e soprattutto in funzione dell'atteggiamento che dobbiamo iniziare ad avere nei confronti delle persone, l'atteggiamento per l'impostazione delle caratteristiche della nostra modalità di fare assistenza.

Credo che questo possa essere un effettivo arricchimento nel nostro modo di pensare la nostra attività futura e anche un arricchimento per quanto riguarda la modalità che la società dovrebbe adottare nell'affrontare il problema della salute.

Grazie dunque al dr. Caprara e più tardi, eventualmete, nel dibattito approfondiremo ancora l'argomento.

La parola al prof. Paul Bütler, chiropratico.

**Paul Bütler**

Chiropratico - Firenze

Io ho il piacere di presentarvi la chiropratica. La chiropratica è una di queste arti di guarigione che sono ritenute senza farmaci. In altre parole, l'origine della parola chiropratica viene dal greco «chiros» che significa la mano e la «prassi» che viene effettuata sul paziente.

La chiropratica ha delle vecchissime origini. Se ne trovano segni nelle cave degli Egiziani; è stata descritta anche in Grecia. Galeno disse: «Se un osso del collo è fuori posto, te lo devi rimettere a posto». Questo significa che la chiropratica è soprattutto l'arte che prende in considerazione la funzionalità della struttura dell'essere umano.

Tutti voi sapete che una colonna vertebrale consiste di sette vertebre cervicali, dodici dorsali, cinque lombari e la fusione di alcune ossa che formano l'osso sacro che si articola ai lati con il bacino.

Dentro il canale della colonna, corre il sistema nervoso. Un determinato impedimento sia a livello del disco o della vertebra, può disturbare il flusso del nervo e di conseguenza disturbare gli organi o le strutture che vengono controllate da questo nervo.

Questi problemi sono diventati naturalmente molto più eclatanti negli ultimi decenni, da quando l'essere umano non ha più una attività equilibrata come era alcune centinaia di anni fa.

L'essere umano oggi è maggiormente abituato ad agire con modalità omolaterale. Nelle fabbriche deve svolgere sempre le stesse attività e questo, con l'andare del tempo, porta naturalmente ad un eccessivo uso di una parte o dell'altra del corpo e di conseguenza a uno squilibrio.

Che cosa vuol dire artrite? Artrite come termine in genere non vuol dire altro che frizione, non c'è armonia. Questa disarmonia può avvenire in qualsiasi articolazione del corpo umano. Generalmente queste disarmonie sono dovute a un non perfetto equilibrio dei vari gruppi muscolari che tra di loro controllano la posizione dell'articolazione. Quello che sulla pelle sarebbe un callo, sull'osso si chiama artrosi.

Non è una malattia infiammatoria di base, ma una malattia degenerativa: la reazione dell'osso al fatto di essere sottoposto ad un sovraccarico.

In tutte le persone dove troviamo questa artrite, o artrosi, noi riteniamo inutile combattere l'effetto. Noi dobbiamo combattere la causa, che ha provocato questa artrosi.

A livello della colonna vertebrale la troviamo in tutte le sue parti. Le persone soffrono di solito maggiormente di dolori che vanno dal collo verso le braccia; quando il disturbo è a livello toracico si irradia nel torace e può disturbare gli organi interni; quando sono interessati i nervi più bassi abbiamo le sciatalgie, i dolori intorno al bacino, con tutto quello che ci possiamo immaginare.

L'essere umano in posizione eretta viene continuamente controllato dal

cervello. Tutti i muscoli devono tenere una loro posizione; è tutta una questione di gioco tra muscoli agonisti e antagonisti. Se c'è l'armonia fra questi due gruppi, l'equilibrio è garantito.

Quali possono essere i disturbi, allora? Il disturbo può essere nel sistema nervoso stesso, da patologia pura; certo che in questo caso il chiropratico non può intervenire, non è di sua competenza. Quando però è un disturbo funzionale — cioè che a livello della colonna vertebrale si è formata una disfunzione — noi troviamo e andiamo a controllare il paziente per questa disfunzione.

Oltre ai normali esami di risonanza magnetica, tac, radiografie, elettromiografie (tutti esami a voi conosciuti), noi usiamo soprattutto il test muscolare. In che cosa consiste il test muscolare? Desidererei poterlo presentare su un volontario. Ecco quando noi andiamo a esaminare i muscoli il paziente deve stare con le gambe non incrociate; cerchiamo di individuare i vari muscoli e prendiamo in esame sempre un singolo muscolo e non un gruppo muscolare, perché i gruppi muscolari sono sempre innervati da vari nervi e non da un solo nervo, mentre la stragrande maggioranza dei muscoli ha una sola innervazione. Ci sono anche muscoli che hanno più di una innervazione.

La prima cosa che facciamo quando guardiamo un paziente è di tenerlo davanti a noi in piedi, per vedere i vari equilibri. Come appoggia il piede, come stanno le ginocchia, il livello del bacino, il livello delle spalle e il livello degli orecchi. Questo ci dà determinate informazioni sul piano laterale del paziente.

Adesso, prendiamo in considerazione i test muscolari, che vi farò vedere, che riguardano il livello della colonna cervicale. Per ciascun livello, la prima e la seconda vertebra non possono essere esaminate con questi test particolari, perché non controllano muscoli abbastanza periferici che potrebbero essere indicativi.

Posso chiederLe di flettere questo braccio?, spingo in avanti, lei resiste ... forza ... buono ... tiri verso di sé. Questo sarebbe l'esame di un muscolo. Il primo muscolo corrispondeva al livello tra la seconda e la terza vertebra; questo secondo era innervato dal quarto nervo che risponde a un nervo tra la terza e quarta vertebra. Prendiamo quindi il deltoide, che consente di esaminare la quinta radice nervosa e troviamo che questo muscolo, sull'insistenza della pressione dolce, via via cede.

Ora, naturalmente voi potete dire: questo muscolo potrebbe essere debole per vari motivi. Noi riusciamo a riconoscere questo e cerchiamo di conseguenza di trovare se sia possibile stabilire se l'origine sia veramente vertebrale; mettendo la testa del paziente in questa posizione (laterale), apriamo tutti i forami della colonna cervicale da dove escono i nervi: valuto lo stesso muscolo ... ed è fortissimo ... Che cosa vuol dire? Non può essere una malattia al nervo stesso che lo controlla, ma è proprio un disturbo funzionale. Il soggetto, nella sua posizione neutra, controlla in maniera non perfetta il suo deltoide destro.

Questo stesso principio può essere allargato su tutto il corpo e su tutti i livelli della colonna, perché noi dobbiamo specificamente sapere dove intervenire. Non è sempre la radiografia che fa vedere una discopatia o un avvicinamento che necessariamente dia disturbi. Da quando abbiamo la risonanza magnetica e tutti questi esami, spesso si trova in un paziente non un'ernia, ma tre o quattro ernie, di cui due/tre possono essere assolutamente senza importanza, per quanto riguarda la funzionalità della persona.

Noi, con il nostro esame partiamo direttamente da un lato pratico. A che cosa sono dovuti questi disturbi? Come ho detto prima, sono spesso delle posizioni che dobbiamo per forza assumere, sia sul lavoro, sia ad esempio nelle varie attività sportive.

Il chiropratico cerca questi livelli in cui si trova il problema, corregge in quella sede — in questo caso sarebbe la quarta/quinta vertebra —, libera la radice nervosa, se è possibile, e ristabilisce una funzionalità normale.

Questi disturbi possono essere dati da una semplicissima artrosi che si è formata; possono essere dati da un semplice cattivo uso della articolazione; però potrebbero anche essere causati da un'ernia discale.

Per una più raffinata definizione ci servono poi naturalmente tutti gli altri sistemi della medicina che abbiamo a disposizione per fare una valutazione corretta. Una volta che è ristabilita una funzionalità normale a livello della colonna, può spesso essere indicato insegnare al paziente determinati movimenti da fare per riacquistare la normale potenza avuta in precedenza nel deltoide (in questo caso particolare).

Quando noi troviamo qual'è il disturbo (non sempre questo è possibile: spesso si può fare quello che si vuole e non si trova il perché dell'indebolimento di questo muscolo), allora noi facciamo i soliti esami della medicina per stabilire quale altra cura eventualmente deve essere presa in considerazione.

Di recente, si è anche moltissimo parlato del collegamento — lo potete leggere su tutte le riviste... — dei vari collegamenti tra i denti e la struttura umana.

Vi spiego un attimo questo collegamento. La posizione dei denti deve essere perfetta per permettere un normale movimento a livello degli epicondili della articolazione temporo-mandibolare. L'articolazione temporo-mandibolare è l'unica articolazione attaccata direttamente al cranio, al di fuori dell'atlante con la testa. Un determinato malfunzionamento a livello della temporo-mandibolare può influire sulla struttura cranica. Consideriamo che l'osso cranico non è un osso unico; anche quando hanno studiato i vari cadaveri si è trovato che lungo tutto l'arco della vita nel cranio persistono le varie suture.

Secondo la teoria anglosassone c'è un micro movimento che avviene dentro queste suture nel tempo, e sempre con la respirazione. Questo affermano i testi anglosassoni, in diretto contrasto ai testi europei mediamente.

Per concludere, vi vorrei dare una o due piccole informazioni sulla chiropratica in generale. Negli Stati Uniti — duecento milioni di abitanti — prati-

cano ventottomila chiropratici. In Italia, con una popolazione che è quattro volte di meno, praticano sì o no centocinquanta chiropratici. Vuol dire che siamo ancora molto lontano da quello che è ritenuto utile in quei paesi dove hanno fatto già da lungo tempo una certa esperienza. È un campo che è decisamente in sviluppo.

Come gruppo professionale non abbiamo ancora un riconoscimento nel sistema sanitario italiano.

La chiropratica è perfettamente legalizzata in America, Svizzera, Danimarca e Inghilterra. In Danimarca c'è una scuola, l'Inghilterra ha una sua scuola, la Svizzera invece usa sempre le scuole americane e poi alla fine, durante il tirocinio che uno deve fare richiede un paio d'anni di corsi per adeguare la formazione ai livelli richiesti dalla legge.

In Italia in questo gruppo di centocinquanta chiropratici ci siamo riuniti in una associazione professionale con sede a Genova, perché nessuno sa oggi chi è chiropratico e chi non lo è. È un titolo che chiunque si può attribuire perché è inesistente per la legge italiana.

Se qualcuno vuole rivolgersi a un cosiddetto chiropratico è molto importante, eventualmente, rivolgersi alla sede centrale per sapere se questo individuo che sta praticando questa arte della salute sia veramente competente o se sia un autodidatta. Questo non vuol dire che un autodidatta non possa essere bravissimo, però i vari esami che noi dobbiamo superare negli Stati Uniti e poi anche nella nostra associazione in Italia, internamente, naturalmente danno una maggiore garanzia.

### **Elio Drigo**

Ringraziamo il prof. Bütler per la sua presentazione che certo ha contribuito alla chiarificazione delle novità sugli aspetti non così conosciuti degli interventi per la salute dell'uomo.

Passiamo la parola adesso al dr. Volpe per l'ultimo intervento di questa tavola rotonda.

### **Guido Volpe**

Medico di base, Tarcento - Udine

Come è già stato detto prima, io sono un medico di base e da circa dieci anni, oltre ad usare i farmaci chimici soliti, utilizzo anche dei farmaci cosiddetti «naturali», vale a dire utilizzo nella pratica quotidiana di tutti i giorni, sia le piante, gli estratti di piante ed anche farmaci omeopatici. E devo dire che, specialmente negli ultimi anni, c'è stata sempre una maggiore quantità di persone, di pazienti, che richiedono questo genere di intervento, che si avvicinano cioè sia alla medicina omeopatica, ma anche ad un tipo di approccio appunto curativo che sia il più possibile naturale.

Oltre però ad avere questa grande richiesta da parte dei pazienti, noi abbiamo invece una scarsa risposta da parte dei medici. Vale a dire che sono pochi i medici che si interessano seriamente di utilizzare questo genere di cure, mentre invece direi che il campo è abbastanza vasto. È un po' il problema a cui accennava adesso il prof. Bütler, nel senso che — essendo il campo abbastanza aperto ed essendoci una grandissima richiesta — purtroppo ci possono essere anche delle improvvisazioni o comunque delle persone che utilizzano questi farmaci senza avere delle conoscenze approfondite.

Vorrei quindi iniziare a spiegare in maniera semplice, che cosa si intende per medicina omeopatica.

Il tempo a disposizione di venti minuti è abbastanza breve, per cui mi limiterò soltanto a accennare a quelli che sono i concetti fondamentali, cioè le teorie più importanti. Se qualcuno ha degli interessi particolari, potrà eventualmente rivolgersi anche a dei testi (ce ne sono tantissimi anche in vendita) che spiegano in maniera sufficientemente completa tutta la teoria ed anche la pratica della medicina omeopatica.

Col termine di medicina omeopatica si intende un metodo di cura che è stato inventato, o comunque messo a punto, verso la seconda metà del 1700 da un medico tedesco, un certo Samuel Hahnemann, il quale era un medico famoso, tanto è vero che era medico di corte, un medico che curava dei nobili e quindi aveva anche uno stipendio abbastanza alto per quell'epoca e utilizzava comunque quelli che erano i farmaci tipici del periodo, vale a dire le purghe, i salassi, utilizzava dei farmaci anche eroici, come il mercurio, lo zolfo, il fosforo, ecc...

Il suo ideale di cura però era diverso, cioè desiderava curare i pazienti in un modo che fosse il più possibile senza danno, cioè che non venissero procurati danni dai farmaci e che si potesse riportare in equilibrio l'insieme, cioè la totalità del paziente.

Non avendo una possibilità concreta che gli permettesse di realizzare pienamente questo suo ideale, abbandonò la professione di medico, ovviamente con grande dispiacere da parte della moglie e dei numerosi figli.

Per sopravvivere si dedicò all'opera di traduttore di testi scientifici. E fu proprio durante questa sua attività che venne in contatto con una relazione scientifica che appunto veniva dall'America. L'America in quel tempo era considerata il continente «nuovo» e quindi c'erano parecchi scambi tra Europa ed America anche per quanto riguarda sostanze, farmaci, ecc.

In questa relazione lesse che gli operai che ne venivano a contatto con la corteccia della china (la china, sapete, è un albero e veniva utilizzata principalmente la corteccia, sia a scopo farmacologico, ma anche per preparare delle tinture, per preparare delle bevande, liquori, ecc.), svilupparono, dopo un po' di tempo, un quadro sintomatologico che era un effetto della intossicazione cronica della china stessa. Ed in particolar modo c'era un sintomo che a lui interessò moltissimo, ed era questo: questi operai svilupparono delle febbri intermittenti, delle febbri che si presentavano circa ogni tre giorni.

Questo fatto non passò inosservato nella mente di Hahnemann; ed egli anzi si chiese: «Che cosa strana, noi utilizziamo la corteccia della china (cioè un suo estratto, vale a dire il chinino) per curare delle febbri intermittenti, cioè le febbri malariche, e guarda caso l'intossicazione cronica nell'uomo sano di questa medesima sostanza provoca proprio quel genere di febbre».

Aveva scoperto, o comunque intuito, quella che è la legge fondamentale dell'omeopatia, che è una legge naturale, quindi è sempre valida ed è la «legge di similitudine».

Questa legge dice esattamente così: quella medesima sostanza che, ad usi ponderali, riesce a provocare determinati sintomi nell'uomo sano, riesce a eliminare quei medesimi sintomi anche nell'uomo malato. Vorrei che fosse abbastanza chiaro questo concetto perché è proprio la legge fondamentale su cui si basa appunto la medicina omeopatica, da cui deriva anche il termine; cioè il termine «omeopatico» deriva proprio dal termine greco «omeos» che vuol dire «stesso», «simile» e «pathos» che vuol dire «malattia», da cui «curare il simile con il simile».

Nella nostra concezione occidentale moderna, noi siamo invece abituati ad avere un concetto esattamente diverso, opposto, per quanto riguarda i farmaci. Cioè noi usiamo la legge dei contrari; curiamo un determinato sintomo con una sostanza chimica che abbia un'azione esattamente opposta. Ad esempio, se noi vogliamo ridurre l'acidità in uno stomaco iperacido, gli diamo un antiacido...

Mentre invece, nel concetto della medicina omeopatica, usiamo esattamente il contrario e cioè usiamo la sostanza simile.

Continuando con la storia di Hahnemann, egli ha voluto provare, ha voluto vedere se questo concetto, se questa relazione di cui aveva letto, aveva un nesso con la sua intuizione. E quindi iniziò a sperimentare, prima su se stesso, e poi anche sugli amici e sui parenti, prima la china stessa e poi anche numerose altre sostanze, ad esempio lo zolfo, il fosforo, dell'arsenico, ecc.

E vide che in effetti, dopo un certo periodo di tempo che si intossicava volontariamente con queste sostanze, sviluppava determinati sintomi che erano proprio il quadro sintomatologico dovuto alla sostanza che lui assumeva.

In questa maniera praticamente fece uno studio che durò anche parecchi anni, con cui mise a punto proprio il quadro sintomatologico dovuto alla intossicazione cronica di svariate sostanze.

Questa tecnica è stata poi utilizzata allo stesso modo anche dai suoi successori. Anche ultimamente, cioè nei nostri anni, quando si vuole studiare un farmaco nuovo si procede sempre con questo sistema; vale a dire, si prendono degli sperimentatori volontari, che siano possibilmente sani e a loro viene somministrata una determinata sostanza per un certo tempo e quindi vengono analizzati attentamente quelli che sono i sintomi che compaiono e che sono la specifica conseguenza della introduzione, dell'assunzione di questa sostanza.

Questi sintomi, ovviamente però, vengono analizzati non soltanto dal pun-

to di vista anatomo-patologico, cioè come azione lesionale, ma vengono studiati anche dal punto di vista delle loro modalità. E questa è una cosa molto importante e che è una caratteristica peculiare della medicina omeopatica; vale a dire che il medesimo sintomo viene studiato anche in relazione alle sensazioni che il paziente ha quando lo manifesta. Ad esempio, un mal di stomaco viene visto non soltanto come un dolore, ma viene visto anche come tipologia di dolore e cioè a che ora insorge, come è, cioè che sensazione provoca, se è come un peso, come una scheggia, come un crampo, ecc., quali sono i fattori che determinano un miglioramento e quali fattori che determinano eventualmente un peggioramento; cioè: migliora col caldo, migliora col freddo, migliora in una certa posizione, ecc.

Ecco, quando è stato fatto un quadro sufficientemente valido della intossicazione sperimentale di una determinata sostanza, di un certo farmaco, praticamente bisogna utilizzare questo stesso farmaco nel paziente, nel malato che presenti un quadro clinico simile.

Questo praticamente sarebbe il concetto di similitudine: utilizzare cioè un farmaco che abbia una patogenesi, cioè una sperimentazione di un certo tipo, esattamente su una persona malata che presenti quel tipo di caratteristica, quel tipo di sintomo.

Quindi l'individuazione della terapia. Voi stessi penso vi rendete conto che utilizzare questi concetti poi nella pratica clinica comporta anche delle difficoltà, difficoltà che sono prima di tutto di tempi, nel senso che volendo studiare un paziente con un certo sintomo in questo modo, richiede un certo tempo, abbastanza lungo; e in più è anche abbastanza difficile, perché soltanto se il farmaco è giusto, il farmaco funzionerà.

La seconda legge — diciamo così — della medicina omeopatica è quella delle «dosi infinitesimali». E questo è un po' il tallone di Achille di questo tipo di pratica, in quanto proprio sulla base dell'utilizzo di dosi così basse si sono scatenate le resistenze verso la sua utilizzazione.

Andiamo sempre avanti col discorso di Hahnemann.

Hahnemann praticamente, quando utilizzava i suoi farmaci nelle persone malate, si era accorto che, se utilizzava dello zolfo, dell'arsenico, del fosforo, del mercurio, ecc., queste potevano essere tossiche anche se prese in dose anche leggermente più basse a quelle che lui aveva sperimentato. Per risolvere questo problema iniziò ad effettuare delle diluizioni progressive e, con suo grande stupore, si accorse che nonostante la diluizione il farmaco funzionava ugualmente.

E quindi arrivò a delle diluizioni molto spinte.

Io vorrei aprire una parentesi per spiegarvi come è fatto un farmaco omeopatico. Io penso che tutti voi vi sarete imbattuti, nella vostra pratica quotidiana, in dei pazienti che magari sono giunti appunto in ospedale facendovi vedere degli strani tubetti o delle gocce, ecc., oppure che vi hanno detto che stavano facendo una cura omeopatica. Quindi penso che sia giusto conoscere anche che genere di farmaci sono i farmaci omeopatici, come vengono fatti e che caratteristiche hanno.

Diciamo che il procedimento di preparazione del farmaco omeopatico è lo stesso che utilizzava Hahnemann; cioè, anche ai giorni nostri, sebbene con l'uso delle macchine, il farmaco viene fatto sempre allo stesso modo. Diciamo che i farmaci vengono presi da tutti e tre i regni naturali, cioè dal regno minerale, vegetale o animale.

Facciamo un esempio molto semplice, dato che la stragrande maggioranza dei rimedi omeopatici proviene dal regno vegetale.

Noi abbiamo una tintura madre supponiamo di arnica; l'arnica è una pianta che cresce in montagna e che da sempre viene utilizzata nei traumi. La tintura madre non sarebbe altro che un estratto della pianta stessa per mezzo di un solvente, cioè per mezzo dell'alcool e dell'acqua. Da questa tintura madre vengono quindi effettuate delle diluizioni progressive; vale a dire: noi prendiamo una goccia di tintura madre, la diluiamo con novantanove gocce di acqua oppure di alcool e quindi viene effettuata una sucussione o dinamizzazione, cosiddetta, cioè viene sbattuta violentemente. Questo meccanismo, questo metodo della sucussione è molto importante per quanto riguarda la corretta produzione del farmaco omeopatico.

Quindi, da questa soluzione, cioè noi abbiamo una goccia di tintura madre di arnica con novantanove gocce di acqua, abbiamo una prima diluizione che viene anche detta prima diluizione centesimale. Da questa viene prelevata quindi successivamente un'altra goccia e viene diluita con altre cento gocce d'acqua. E qui abbiamo la seconda diluizione centesimale. E così andiamo avanti fino ad arrivare alla nove, ad esempio, alla trenta, alla duecento, alla mille, alla diecimila, ecc. Queste sono delle diluizioni progressive.

Ad un certo punto però ognuno riesce a rendersi conto che, quando noi superiamo un determinato valore, quando andiamo cioè oltre un certo grado di diluizione, ovviamente, che cosa abbiamo della nostra soluzione originaria? Praticamente non abbiamo nulla, abbiamo soltanto del solvente. Nonostante questo però, il farmaco continua a funzionare lo stesso, ed anzi si manifesta, in certi casi, anche molto più potente rispetto a quella che poteva essere la soluzione più concentrata. Difatti, quando si vogliono curare delle patologie che abbiano un interesse prevalentemente mentale, bisognerà utilizzare specialmente le diluizioni molto alte.

Io non vorrei entrare nel merito della modalità con cui funziona il rimedio omeopatico, però ci sono anche degli studi, delle ipotesi che sono state fatte per spiegare il motivo per cui il farmaco funziona e con quale meccanismo.

Comunque, quello che a me preme evidenziare è il perché in effetti tante persone si rivolgono a questo genere di cure. Io penso che il punto principale sia proprio quello della individualità, della individualizzazione della terapia.

Ad esempio, in questo periodo — in autunno — sappiamo che c'è una grandissima quantità di pazienti che presentano mal di stomaco: le ulcere, gastriti, ecc. Volendo usare un farmaco chimico è molto semplice dare a tutti ad esempio un antiacido. Però, se noi vogliamo utilizzare il rimedio omeopatico, dobbiamo veramente individualizzare il paziente, dobbiamo comprender-

lo. E cioè dobbiamo vedere la persona nel suo insieme, vedere quali sono le modalità del suo sintomo, vedere quali sono le sensazioni che lui ha e vedere anche qual è il quadro psicologico che si accompagna al suo mal di stomaco. Per cui possiamo arrivare ad un estremo che con dieci pazienti, tutti con il medesimo sintomo di mal di stomaco, possiamo avere dieci farmaci diversi, perché sono dieci rimedi specifici, per ognuno, per quel tipo di mal di stomaco lì.

Ecco, questo, in sintesi è il concetto di come funziona, di che cosa è la medicina omeopatica.

Penso che quello che ho detto vi susciterà parecchie domande, comunque il tempo mi pare che sia scaduto; se volete chiedere qualcosa sono a disposizione.

### **Elio Drigo**

Ringraziamo anche il dr. Volpe per la sua relazione.

È stato molto interessante tutto quanto è stato presentato e adesso possiamo passare alle domande.

Mi pare necessario rilevare come sia stato importante anche per noi, se vogliamo confermare la necessità di una diversa conoscenza dei problemi di salute e malattia, anche della diversità dell'approccio alla problematica della salute e delle malattie, come ci è stata presentata dal dr. Caprara all'inizio.

E quindi anche tener costantemente presente l'importanza che ha nel nostro lavoro un'ottica di apertura nell'affrontare questi problemi e anche nell'approccio alle persone malate.

Poi mi pare, per quanto riguarda il prof. Bütler, la chiroprassi: credo sia significativo per noi, scoprire come tenere presente la necessità di una conoscenza approfondita dell'organismo dell'uomo, quando a volte — specialmente nelle strutture più avanzate dal punto di vista tecnologico — il corpo viene trattato come un oggetto di indagine, un oggetto di sezione da parte però di apparecchiature, quasi non più direttamente dall'uomo. A volte quasi si rischia di non toccare l'uomo e di farlo sezionare dalla testa ai piedi da apparecchiature, da strutture che allontanano il corpo da noi.

Si preferisce molte volte utilizzare questa medicina e questa tecnologia che potremmo chiamare ormai «spicciola», senza andare magari ad approfondire questo rapporto più preciso.

Infine, mi è sembrato interessante anche, se posso comunicare delle rilevazioni personali, come il mondo, il diverso, quello che sta al di fuori del nostro organismo, entri nella ricerca di un equilibrio da parte dell'uomo quando si trova in una situazione di malattia, quasi un contributo alla rigenerazione dell'equilibrio di cui l'uomo ha bisogno.

È aperto il dibattito.

## DIBATTITO

**D.: INTERVENTO?** - Volevo chiedere al dr. Volpe una cosa che probabilmente m'è sfuggita nella sua relazione. Ha parlato a un certo punto delle diluizioni dei farmaci e della componente mentale delle malattie. Chiedo se può precisare di nuovo questo punto.

**R.: GUIDO VOLPE** - Bene. In effetti ne ho parlato un po' in breve. La medicina omeopatica tende a vedere l'individuo nell'insieme psicofisico. Cioè non a vedere soltanto nel malato un semplice sintomo, ma tende a integrare questo sintomo nell'insieme anche psichico del paziente.

Nel caso che abbiamo citato prima, dell'ulcera allo stomaco ad esempio, si sa benissimo che è una malattia di origine quasi sempre psicosomatica. Per cui, se noi vogliamo curare efficacemente questa persona, dobbiamo porre attenzione anche a quello che è il suo aspetto mentale, il suo aspetto psichico e vedere in effetti da dove prende origine il problema.

Ad esempio può essere una collera trattenuta, un dispiacere, un dolore, una situazione magari di tensione prolungata in famiglia, ecc.

Ogni farmaco ha anche quindi una peculiarità, che non è soltanto fisica cioè non è soltanto legata ad un aspetto fisico della pura malattia ma tiene presente anche l'aspetto mentale, l'aspetto psicologico. Quindi, quando siamo certi e comunque abbiamo il quadro abbastanza chiaro per cui troviamo rilevante anche un aspetto psicologico, un aspetto mentale molto evidente, possiamo ricorrere al farmaco omeopatico possibilmente in diluizioni molto alte, in quanto si è visto proprio dalla pratica, che la diluizione alta, cioè quella che sfugge alla materialità del farmaco, agisce molto meglio a livello psicologico, a livello mentale, rispetto al farmaco con diluizione più bassa.

Anzi, nella teoria della omeopatia, di solito si suole dire questo: che le diluizioni basse vengono utilizzate per dei sintomi fisici, mentre invece le diluizioni alte vengono utilizzate di solito quando c'è una componente psichica.

**D.: INTERVENTO?** - Sempre una domanda per l'«omeopata». Ho notato che voi parlate sempre molto volentieri di componente psichica: chi pratica la vostra professione è abilitato anche in questa branca particolare, come la psicologia, ecc.?

**R.: GUIDO VOLPE** - Vuole dire se noi siamo appunto abilitati a fare gli psicologi? Beh, no! Comunque diciamo che la visita omeopatica non è una visita psicologica, è un po' diversa, nel senso che il paziente viene visto nella sua interezza di entità psicofisica però sempre dal punto di vista clinico.

Cioè, prima di tutto bisognerà vedere che cosa ha il paziente, cioè una diagnosi deve essere sempre fatta, questo è ovvio. Per cui verranno utilizzati

anche gli esami di routine, gli esami del sangue, le ecografie, le radiografie, ecc... Quindi deve essere fatto tutto quello che deve fare il medico normale; poi, oltre a questo, quando noi siamo arrivati ad una diagnosi certa sappiamo anche cosa facciamo (perché c'è anche il rischio dell'omissione di soccorso, al limite, per cui bisogna stare anche attenti a cosa si fa). Quando abbiamo fatto una diagnosi chiara, allora si può vedere anche da dove ha origine il problema, cioè possiamo andare un pochettino al di là di quello che è la preparazione ufficiale che ci viene data nell'università. E quindi si comincia a vedere anche quale può essere l'aspetto psicologico del malato, però comunque sempre da mettere in relazione col sintomo.

**D.:** INTERVENTO (= precedente) - E c'è questo aspetto psicologico che si mette in relazione con la malattia. Quello che io chiedevo è di sapere se è una vostra preparazione da autodidatti a far fronte a questa cosa, oppure se siete preparati o fate dei corsi specifici.

**R.:** GUIDO VOLPE - Direi che non vengono fatti dei corsi specifici di psicologia. Però quando si frequenta una scuola, nell'ambito degli insegnamenti di quella scuola eventualmente c'è la possibilità di apprendere anche questo aspetto, però sempre in funzione dell'uso del farmaco omeopatico.

Ma comunque non c'è una preparazione specifica dal punto di vista psicologico, almeno in Italia.

Questa cosa viene invece vista in maniera diversa in Francia, ad esempio, dove ci sono delle scuole riconosciute e che vengono frequentate a livello di specializzazione post-laurea. Cioè, uno che desidera specializzarsi in omeopatia, frequenta non so se tre o quattro anni di corso di specializzazione in omeopatia proprio, che viene anche riconosciuta a livello universitario e quindi nell'insieme, c'è anche ovviamente questa psicologia.

**D.:** ELIO DRIGO - Vorrei fare una domanda ai tre relatori e chiedere che tipo di rapporto hanno avuto finora, con il mondo dell'assistenza infermieristica; se hanno avuto dei rapporti e che tipo di rapporti hanno avuto; e eventualmente se pensano che potrebbe essere utile e in quali forme, l'intervento degli infermieri, proprio per la specificità del loro ruolo, nei rapporti con le persone, con la possibilità di promuovere anche questo tipo di medicine alternative, di attenzione ai problemi della salute rispetto alla medicina ufficiale.

**R.:** ANDREA CAPRARA - L'esempio che prendo si riferisce alla realtà canadese, nella quale ho vissuto per alcuni anni. La cosa interessante che ho notato nelle strutture ospedaliere era proprio questa attenzione da parte degli infermieri a quello che chiamavo prima l'«illness», cioè a come il malato vive la propria malattia. Venivano adottate tutta una serie di metodiche che permettevano di modificare il proprio supporto infermieristico in funzione di biso-

gni individuali, cosa abbastanza strana, anche perché nel lavoro routinario si è sempre portati anche a sottovalutare queste cose.

Quindi, in questo senso io penso che sia importante porre una maggiore attenzione a come il malato esprime i propri bisogni, vive la propria malattia e soprattutto tenendo in considerazione anche l'aspetto etnico; quindi che diverse persone appartenenti a gruppi culturali diversi possono esprimere anche bisogni diversi, iniziando dalla lingua. Purtroppo conosco dei pediatri che lavorano per esempio all'ospedale San Giovanni di Roma che si trovano spesso anche nel servizio di neonatologia, di maternità, di fronte ad una percentuale elevatissima di casi di immigrati che partoriscono bambini nell'ospedale con un personale che non ha nemmeno la capacità di comunicare con queste persone, proprio perché non conosce la lingua.

Direi che una maggiore attenzione ad alcuni aspetti culturali, iniziando dalla lingua, sia importante per iniziare a migliorare quel rapporto operatore/paziente che io penso sia il punto chiave del vostro lavoro.

**R.: PAUL BÜTLER** - Nell'attività mia, come chiropratico, la partecipazione dell'infermiere è una questione di struttura organizzativa.

Per esempio, in un centro dove io lavoro, è l'infermiere che in un primo momento pone determinate domande alla paziente o al paziente, per fare un certo screening. Spesso il paziente è molto più aperto verso l'infermiere che, a lui, sta molto più vicino, rispetto al dottore dal quale viene visitato in un secondo tempo. E noi abbiamo notato che le informazioni che l'infermiere ottiene dai pazienti sono molto più serene di quelle che il paziente dà a noi medici direttamente.

E anche per comunicare, dare dei consigli, ecc., ritengo che la persona dell'infermiere è quella più vicina al paziente; un vero e proprio contatto, abbastanza intimo, sia dal punto di vista del linguaggio che della comprensione. Il paziente è molto più disinvolto in questa situazione di quando lo è quando entra nell'ambulatorio del medico.

**R.: GUIDO VOLPE** - Per quanto riguarda me, vorrei dire che il rapporto di solito che avviene con il paziente omeopatico riguarda specialmente il medico, in quanto c'è un rapporto diretto tra due soggetti.

Però spesso volte capita che, ad esempio, determinati pazienti possono anche andare all'ospedale o comunque possono dire che si curano con questo sistema e quindi la prima cosa io direi che sarebbe bene che l'infermiere almeno abbia una conoscenza, se non molto approfondita, ma comunque abbastanza buona, abbastanza valida, di questo genere di cure, in modo tale che il suo approccio con pazienti di questo genere possa essere il più possibile mirato ... sia possibile sapere almeno che cosa stanno prendendo, di che cosa si tratta, che cure seguono.

In Italia, mi pare che ci sia soltanto un reparto ospedaliero dove si tratta anche appunto la omeopatia e mi pare sia presso l'ospedale di Catania; però

all'estero ci sono anche degli ospedali o comunque dei reparti, dove viene praticato questo tipo di cura. Quindi lì è ovvio che l'infermiere imposta un'attività diversa.

Direi che, nell'ambito nostro italiano, l'aspetto più importante per l'infermiere sia quello della conoscenza.

ELIO DRIGO - Grazie. Credo che possiamo chiudere anche questa sessione.

Prima di salutarci, volevo, come ormai è diventata tradizione in questo Convegno, offrire ai nostri tre relatori un ricordo di Firenze, che vuole essere anche un ricordo di questo incontro con gli infermieri dell'Aniarti.

A questo punto, allora, iniziamo a dichiarare concluso questo Convegno; questo è il momento degli addii, dei saluti, speriamo degli arrivederci, dei ringraziamenti.

In modo particolare il ringraziamento per questo Convegno va a quanti hanno dedicato la loro fatica e la loro passione alla realizzazione di questo momento importante di incontro per tutti gli infermieri italiani. Ormai il Congresso annuale dell'Aniarti è diventato un momento di incontro tra colleghi che si ritrovano frequentemente dopo un anno e che dibattono assieme argomenti che sono sempre scottanti e cruciali per il futuro e lo sviluppo della professione infermieristica. Anche quest'anno la partecipazione ha dimostrato che l'interesse per determinati argomenti nella professione infermieristica sta crescendo.

Quindi è il momento di ringraziare quanti hanno dedicato il loro lavoro e la loro fatica, il loro entusiasmo, alla realizzazione di questo Convegno; in modo particolare Gianfranco Cecinati e tutta la sua équipe, la moglie e sarebbe lungo elencare tutti i collaboratori... Assieme a Gianfranco Cecinati, Claudia Bancolini che ha accumulato in fatto di organizzazione dei congressi una lunghissima esperienza. Assieme a lei anche Silvia Villani.

Per la segreteria scientifica anche e soprattutto Annalisa Silvestro e Claudia Silvestri, che hanno contribuito a creare l'armonia tra tutti gli interventi e le tavole rotonde di questo Convegno.

Inoltre tutti i delegati regionali, tutti i soci, quanti non sono soci Aniarti e quanti non sono nemmeno infermieri, ma hanno lavorato per mettere in piedi un'organizzazione che è diventata decisamente complessa, che parte da lontano... generalmente ci mette un anno ad arrivare a questo appuntamento.

Spero che anche questa esperienza accumulata costituisca patrimonio culturale per gli infermieri anche nel realizzare momenti di incontro di questo tipo. Ringrazio anche tutti i collaboratori, quanti lavorano in questo Centro Congressi, le ditte espositrici che ci danno la possibilità di realizzare questi momenti di crescita comune e questi appuntamenti per stabilire relazioni e rapporti a livello nazionale. Essi vanno a costituire poi il terreno fertile sul quale si impianta un cambiamento reale nell'operativo della nostra professionalità.

Voglio ringraziare anche i colleghi che sono stati presenti al cosiddetto

«Aniarti point» che hanno diffuso informazioni riguardanti l'Associazione, quello che l'Associazione fa, quello che pensa, quello che produce e tutta la bibliografia sulla quale abbiamo tentato di fermare le nostre idee e che speriamo possa essere un contributo a livello nazionale per la crescita comune della professione.

Vorrei ringraziare anche tutti coloro che posso aver dimenticato di citare espressamente; me ne scuso con loro.

Arrivederci il prossimo anno, nel 1993, a Bologna.



## INDICE

ELIO DRIGO		
<i>I bisogni assistenziali in relazione all'evoluzione sociale ed organizzativa</i> .....	Pag.	5
ZAULI		
<i>Implicazioni legali del concetto di responsabilità professionale in ambito sanitario</i> .....	»	15
L.G. SEMA		
<i>La responsabilità professionale infermieristica: riferimenti legislativi ed evoluzione sociale</i> .....	»	21
A. LOLLI		
<i>Responsabilità, autonomia e professionalità infermieristica</i> .....	»	27
DIBATTITO .....	»	31
TAVOLA ROTONDA		
<i>La regolamentazione dell'esercizio professionale secondo la normativa vigente: vincoli, opportunità ed ipotesi di cambiamento per l'infermiere del futuro</i> .....	»	35
DIBATTITO .....	»	47
A. BRANDI		
<i>Ruolo formale e sostanziale dell'infermiere; quale lo scostamento</i> .....	»	53
A. DALPONTE		
<i>Formazione infermieristica e responsabilità professionale</i> .....	»	61
A. SILVESTRO		
<i>Assistenza e responsabilità professionale: meccanismi e strumenti di integrazione</i> .....	»	65
DIBATTITO .....	»	73
TAVOLA ROTONDA		
<i>La riforma della formazione infermieristica: quale la ricaduta sull'assistenza, sull'organizzazione e sull'assunzione delle responsabilità professionali</i> .....	»	87
DIBATTITO .....	»	109

M. USAI	
<i>La definizione del range di responsabilità professionale: quali nuove ipotesi? .....</i>	» 121
M. MORI	
<i>Etica, competenza e deontologia: quale utilizzo giuridico per la definizione della responsabilità professionale .....</i>	» 127
M. LUSIGNANI	
<i>La responsabilità professionale e le connessioni etico-deontologiche .....</i>	» 133
<i>DIBATTITO .....</i>	» 139
<i>SESSIONE SPECIALE</i>	
<i>L'assistenza e la medicina alternativa .....</i>	» 153
<i>DIBATTITO .....</i>	» 169