

Principi medico-legali e deontologici di responsabilità infermieristica

1 Responsabilità penale dolosa

L'**art. 27 della Costituzione** stabilisce che *«La responsabilità penale è personale»*.

A sua volta, la *responsabilità penale* può essere, in base all'elemento psicologico, *dolosa, colposa o preterintenzionale*.

Ai sensi dell'**art. 43 del codice penale**, il **delitto** è:

- **doloso** (o *secondo l'intenzione*), quando l'evento dannoso o pericoloso, che è il risultato dell'azione o dell'omissione da cui la legge fa dipendere l'esistenza del reato, è dall'agente previsto e voluto come conseguenza della propria azione od omissione;
- **preterintenzionale** (o *oltre l'intenzione*), quando dall'azione od omissione deriva un evento dannoso o pericoloso più grave di quello voluto dall'agente;
- **colposo** (o *contro l'intenzione*), quando l'evento, anche se previsto, non è voluto dall'agente e si verifica a causa di negligenza, imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini, discipline.

Come chiarisce l'**art. 40 del codice penale (Rapporto di causalità)**, *«Nessuno può essere punito per un fatto preveduto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione. / Non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo»*.

Per quanto concerne la **responsabilità penale dolosa dell'infermiere**, i reati che egli può commettere sono quelli di seguito specificati.

a) Rivelazione del segreto professionale (art. 622 c.p.)

Fra i diritti dell'assistito vi è quello di esigere dagli operatori sanitari la riservatezza su tutto ciò che lo riguarda, non soltanto per quanto concerne le patologie sofferte, ma anche in merito a circostanze e situazioni attinenti all'ambiente in cui è stato effettuato l'intervento. Oltre a rappresentare un obbligo legale, si tratta anche di un obbligo morale, ribadito dal codice deontologico.

Sul piano giuridico l'obbligo è regolato dall'art. 622 del codice penale, che così recita: *«Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio o della propria professione od arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocimento, con la reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 30 a euro 516 (sanzione aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili societari, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società). Il delitto è punibile a querela della persona offesa»*.

La notizia, che può essere acquisita direttamente o indirettamente dal sanitario, attraverso familiari del paziente o documentazione medica, deve riguardare un **segreto**, cioè un fatto da tenere nascosto, ovvero appartenente alla sfera intima del paziente, non notorio, né già conosciuto o conoscibile. Esempi in tal senso sono le notizie riguardanti: gravidanza, aborto, tentato

suicidio, malattia mentale, adulterio, condilomi acuminati dell'orifizio anale e vaginale, dissesto finanziario, condizione di tossicodipendenza, neoplasia a prognosi infausta etc.

La **rivelazione**, consistente nell'atto di comunicare circostanze sconosciute ad altri (più precisamente: a personale non tenuto al segreto), può avvenire in forma verbale o scritta, oppure per mezzo di atteggiamenti espressivi e allusivi, mentre non è da considerare «rivelazione» la comunicazione tra sanitari.

La **causa della rivelazione** può essere giusta qualora scaturisca da norme legislative, disposizioni giudiziarie, contratti privati, come ad esempio avviene per:

- caso fortuito o forza maggiore (art. 45 c.p.);
- consenso del paziente o di chi ne ha la rappresentanza legale (art. 50 c.p.);
- costringimento fisico (art. 46 c.p.);
- inganno (art. 48 c.p.);
- stato di necessità (art. 54 c.p.);
- visite per assunzioni in pubblici impieghi;
- ordine del giudice.

In alcuni casi il sanitario è responsabile del delitto in oggetto anche quando non dispone di adeguati accorgimenti per evitare l'accesso di estranei alla fonte dei segreti (archivi, computer), naturalmente a patto che venga dimostrato il *dolo*, cioè la coscienza e la volontà di consentire la diffusione delle notizie sanitarie.

b) Rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.)

Si configura siffatto delitto, invece di quello contemplato dall'art. 622 c.p., qualora il sanitario responsabile rivesta la qualifica di *pubblico ufficiale* o *incaricato di pubblico servizio*.

I **pubblici ufficiali**, da intendersi come coloro che concorrono a formare la volontà di una pubblica amministrazione, sono muniti di poteri decisionali, di certificazione, di attestazione, di coazione (Cass. pen., sez. VI, 81/148796), di collaborazione, anche saltuaria (Cass. pen., sez. VI, 84/166013). L'esercizio di fatto delle pubbliche funzioni, senza, cioè, che ci sia stata un'investitura formale a mezzo del giuramento e questo solo se non previsto espressamente da una norma di legge, è sufficiente a che si riconosca lo status di pubblico ufficiale quando ci si trovi nelle condizioni stabilite dall'art. 357 del codice penale o dagli artt. 2699 e 2700 del codice civile.

Per **incaricato di pubblico servizio** si intende, invece, chi, pur non essendo propriamente un pubblico ufficiale con le funzioni proprie di tale status (certificative, autorizzative, deliberative etc.), svolge comunque un servizio di pubblica utilità presso organismi pubblici in genere. L'art. 358 del codice penale così definisce l'incaricato di pubblico servizio: «*Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. / Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale*».

Vale la pena sottolineare che ancora oggi sussiste una certa confusione legislativa: infatti, nel caso di un infermiere triagista (che rilascia diagnosi, che decreta il codice di accesso al servizio di emergenza) non si parla ancora di pubblico ufficiale, nonostante che l'infermiere eserciti poteri certificativi.

Trattasi di un delitto perseguibile d'ufficio e punibile con la reclusione:

- da sei mesi a tre anni, se vengono rivelate notizie d'ufficio che dovrebbero rimanere riservate, segrete;
- fino ad un anno, se l'agevolazione è soltanto colposa;
- da due a cinque anni, se il fatto viene compiuto per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale;

- fino a due anni, se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto (art. 326 c.p.).

Circa l'elemento psicologico del reato, la rivelazione della notizia è sempre a carattere doloso, mentre l'agevolazione può essere anche colposa.

c) Esercizio abusivo della professione medica (art. 348 c.p.)

L'infermiere che somministri, a pazienti ricoverati nelle strutture sanitarie dove egli presta l'attività di infermiere, farmaci per i quali sia necessaria la prescrizione medica, essendo privo della qualifica professionale richiesta e in assenza di prescrizione di un medico, in quanto non presente nel diario clinico né nel piano terapeutico del singolo paziente, neanche con «somministrazione al bisogno», esercita abusivamente la professione medica. Il reato di abusivo esercizio di una professione ha natura di reato istantaneo sicché, per la sua consumazione, è sufficiente il compimento anche di **un solo atto tipico** o proprio della professione (Cass. pen., sez. IV, 17-4-2015, n. 16265).

d) Uso illegittimo di cadavere (art. 413 c.p.)

Secondo questa disposizione legislativa, chiunque dissezioni o altrimenti adoperi un cadavere o una parte di esso, a scopi scientifici o didattici, in casi non consentiti dalla legge, è punito con la reclusione fino a sei mesi o con la multa fino ad euro 516. La pena è aumentata se il fatto è commesso su un cadavere, o su una parte di esso, che il colpevole sappia essere stato da altri mutilato, occultato o sottratto.

Per «casi previsti dalla legge» si intendono quelli contemplati dalla normativa concernente l'autopsia giudiziaria, il riscontro diagnostico e il prelievo di parti di cadavere a scopo di trapianto terapeutico.

e) Sequestro di persona (art. 605 c.p.)

Il sequestro di persona, reato previsto dal codice penale all'art. 605, si configura ogni qualvolta una persona venga privata della libertà personale. Tale reato è punito con la reclusione da sei mesi a otto anni. Accanto a tale ipotesi-base, il reato prevede numerose configurazioni aggravate, fra le quali si segnalano, a titolo esemplificativo, il fatto commesso in danno di un ascendente, discendente o coniuge, ovvero commesso da un pubblico ufficiale con abuso dei poteri inerenti alla sua funzione.

L'infermiere può essere condannato per tale reato qualora dovesse utilizzare mezzi di contenzione non richiesti per la patologia sofferta dal paziente.

f) Perquisizione e ispezione personali arbitrarie (art. 609 c.p.)

Tale reato, previsto dall'art. 609 del codice penale, si configura ogni qualvolta una visita o una procedura vada ad intaccare il pudore della persona assistita. Il reato è punito con la reclusione fino ad un anno.

g) Violenza privata (art. 610 c.p.)

Integra il reato di violenza privata la condotta dell'infermiere il quale sottoponga a trattamento terapeutico un paziente che in relazione ad esso abbia, invece, manifestato un libero e consapevole rifiuto, non potendosi ritenere applicabili, in tale ipotesi, neppure le scriminanti dell'adempimento di un dovere o dello stato di necessità, condizioni esimenti che cedono il

passo rispetto al diritto all'inviolabilità della libertà personale, intesa anche come libertà di salvaguardia della propria salute e della propria integrità fisica (fattispecie in cui l'operatore sanitario, in presenza di un espresso e consapevole rifiuto all'apposizione di catetere, procedeva egualmente all'intervento sanitario nei confronti del paziente in ricovero, ricorrendo a violenza fisica per vincere la sua opposizione, picchiandolo sulle mani e immobilizzandolo) (Cass. pen., sez. V, 18-3-2015, n. 38914).

2 Responsabilità penale colposa

La responsabilità penale è personale, cioè non trasferibile a terzi, sicché la sanzione penale può essere applicata soltanto a colui che ha commesso il reato (**art. 27 Cost.**). Inoltre, nessuno può essere punito se non in forza di una legge che sia entrata in vigore prima del fatto commesso (**art. 25 Cost.**).

Per i casi perseguibili d'ufficio (omicidio e lesioni personali gravi e gravissime inerenti ad infortuni sul lavoro e a malattie professionali), anche in caso di ristoro economico il processo non può interrompersi, mentre in caso di delitti perseguibili a querela della persona offesa (lesioni personali lievissime, lievi, gravi e gravissime, queste ultime non inerenti ad infortuni sul lavoro o a malattie professionali) il processo può interrompersi previo ristoro economico.

Ai sensi degli **artt. 25 e 102 Cost.** spetta al magistrato accertare se in una determinata situazione si configuri una delle ipotesi colpose previste dall'art. 43 c.p., cioè se si tratti di errore evitabile e giustificabile, e viceversa, ovvero che sussista un rapporto di causalità materiale. A tal proposito si ricordi che l'**art. 43 c.p.** recita: «*Il reato è colposo, o contro l'intenzione, quando l'evento, anche se preveduto, non è dall'agente voluto e si verifica a causa di negligenza o imprudenza o imperizia, ovvero per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline*».

Affinché si concretizzi una delle ipotesi colpose previste dall'art. 43 c.p. nei confronti di un esercente una professione sanitaria devono sussistere necessariamente (e contemporaneamente) **tre elementi**:

1. l'errore tecnico o la condotta astensionistica;
2. il danno alla persona, temporaneo o permanente;
3. il rapporto causale (eziologico e giuridico) tra il suddetto errore e il danno.

Con riferimento, in particolare, all'**omicidio colposo**, la fattispecie più rilevante, in considerazione della qualità e del corrispondente spessore contenutistico della relativa attività professionale, non può non ravvisarsi l'esistenza, in capo all'infermiere, di un preciso dovere di attendere all'attività di **somministrazione dei farmaci in modo non meccanicistico** (ossia misurato sul piano di un elementare adempimento di compiti meramente esecutivi), occorrendo viceversa intenderne l'assolvimento secondo modalità coerenti a una forma di collaborazione con il personale medico orientata in termini critici; e tanto, non già al fine di sindacare l'operato del medico (segnatamente sotto il profilo dell'efficacia terapeutica dei farmaci prescritti), bensì allo scopo di richiamarne l'attenzione sugli errori percepiti (o comunque percepibili), ovvero al fine di dividerne gli eventuali dubbi circa la congruità o la pertinenza della terapia stabilita rispetto all'ipotesi soggetta ad esame; da tali premesse derivando il ricorso di puntuali obblighi giuridici di attivazione e di sollecitazione volta a volta specificamente e obiettivamente determinabili in relazione a ciascun caso concreto.

Pertanto, si configura il reato di **omicidio colposo**, per il decesso del paziente a seguito di somministrazione di farmaco cui era allergico, a carico dell'infermiere — già presente al momento dell'anamnesi con il paziente, prima del ricovero, quando questi rende note eventuali intolleranze — che lo ha materialmente somministrato (Cass. pen., sez. IV, 10-12-2014, n. 2192).

Sotto un diverso profilo, sussiste la responsabilità professionale dell'infermiere del pronto soccorso addetto al **triage** che risponde di **omicidio colposo** del paziente deceduto per un ritardato intervento indotto da una sottovalutazione dell'urgenza del caso (Cass. pen., sez. IV, 19-3-2015, n. 11601).

A questo punto occorre puntualizzare alcuni elementi costitutivi della problematica.

- Per **errore tecnico** s'intende un comportamento non corretto nella fase diagnostica, nella scelta dell'indirizzo terapeutico o nell'esecuzione del trattamento terapeutico.

Esso può essere distinto in:

- **imprevedibile/inevitabile**, nel senso che non può essere prevenuto né evitato con idonei accorgimenti diagnostici e/o terapeutici;
- **prevenibile/evitabile**, nel qual caso si può evitare con opportuni presidi diagnostico-terapeutici. Questa tipologia di errore, a sua volta, si distingue ulteriormente in *scusabile* e *inescusabile*, con la precisazione che le condizioni che rendono scusabile un errore tecnico sono le seguenti: caso fortuito (art. 45 c.p.), forza maggiore (art. 45 c.p.), errore di scienza, tipo di struttura sanitaria, circostanze di luogo, circostanze di tempo, qualifica del sanitario, prestazione sanitaria di speciale difficoltà.
- Per quanto riguarda i **concetti di negligenza, imprudenza e imperizia**, bisogna fare riferimento ai contrari delle parole stesse; infatti:
 - la *diligenza* consiste nel comportarsi con cura, impegno, assiduità, attenzione, ovvero con l'amore del buon padre di famiglia, sicché la *negligenza* è espressione di superficialità, disattenzione, discontinuità nell'impegno, scarsa premura;
 - la *prudenza* consiste nel prevedere l'evento che può derivare da un'azione, da un comportamento, e nel mettere in atto tutti gli accorgimenti utili per evitarlo, mentre l'*imprudenza* è espressione di avventatezza, scarsa ponderazione, incapacità di tener conto di ciò che deriva da una disciplina, da una legge, da un regolamento;
 - la *perizia*, infine, consiste nel possedere sia un adeguato bagaglio culturale, sia una congrua abilità tecnica sostenuta anche da una sufficiente esperienza personale (cosicché è «perito» colui che non soltanto «sa», ma sa anche «fare»), laddove l'*imperizia*, al contrario, è espressione di scarsa preparazione, inadeguata capacità tecnica, poca esperienza.
- Altro punto importante da considerare è la **definizione di**:
 - **leggi**, da intendersi come le norme approvate dal Parlamento o emanate dal Governo su delega del Parlamento, oppure come i provvedimenti emanati dal Governo in caso di necessità (decreti-legge) e convertiti in legge entro sessanta giorni dalla loro emanazione;
 - **regolamenti**, corrispondenti alle norme giuridiche emanate dall'Autorità Pubblica per l'esecuzione di una legge;
 - **ordini**, sia scritti che orali, costituiti dalle disposizioni impartite da chi occupa un grado gerarchico superiore ed è autorizzato a farlo;
 - **discipline**, da intendersi come le materie di insegnamento e di studio, specie a livello scientifico, mentre nell'ambito sanitario, in particolare, sono le regole alla base del rapporto di lavoro tra gli esercenti la professione sanitaria e la struttura pubblica o privata presso la quale essi operano.

È importante tener presente che l'inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline assume rilevanza giuridica solo in presenza di un danno in rapporto causale con tale inosservanza.

- Per **nesso causale** s'intende il rapporto esistente tra un determinato errore tecnico o condotta astensionistica e un determinato danno alla persona, come dire che il comportamento censurabile

deve costituire una causa o concausa nel determinismo dell'evento. Si distinguono un nesso causale *eziologico* e un nesso causale *giuridico*. Il primo è di competenza del medico legale, il secondo del magistrato e dell'avvocato; per affermare l'ipotesi colposa è necessario che sussistano ambedue.

Per concludere va detto che il **medico legale** ha il compito di:

- accertare l'eventuale sussistenza dell'errore tecnico o di una condotta astensionistica;
- indicare i presidi terapeutici corretti che avrebbero dovuto essere messi in atto;
- individuare gli eventuali danni alla persona e accertare il rapporto causale eziologico.

Spetta, invece, al **magistrato** accertare che l'errore sia rilevante dal punto di vista giuridico, ovvero che si sia verificato per negligenza o imprudenza o imperizia (*colpa generica*), oppure per inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (*colpa specifica*).

3 Responsabilità civile

Dal punto di vista civile si distinguono:

- una **responsabilità contrattuale**, che si concretizza quando si verifica un danno a seguito di un'inadempienza o di un ritardo nell'esecuzione di una prestazione dovuta (**art. 1218 c.c.**);
- una **responsabilità extra-contrattuale**, che invece si concretizza al verificarsi di un danno ingiusto cagionato da una condotta dolosa o colposa (**art. 2043 c.c.**) da parte di un prestatore d'opera che non abbia ricevuto l'incarico di eseguirla.

Nel contesto delle strutture sanitarie sussiste generalmente la responsabilità contrattuale e l'operatore che rappresenta l'azienda sanitaria contrae con il paziente un negozio giuridico, definito **contratto d'opera**, disciplinato dai seguenti **articoli del codice civile**:

- **art. 2222 (Contratto d'opera)**, il quale stabilisce che «Quando una persona si obbliga a compiere verso un corrispettivo un'opera o un servizio, con lavoro prevalentemente proprio e senza vincolo di subordinazione nei confronti del committente, si applicano le norme di questo capo, salvo che il rapporto abbia una disciplina particolare nel libro IV [cfr. 1655 ss.]»;
- **art. 2229 (Esercizio delle professioni intellettuali)**, secondo cui «La legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi».

L'operatore sanitario assume un'obbligazione di mezzi e non di risultato, in quanto deve garantire una corretta prestazione e non può assicurare la guarigione, dal momento che quest'ultima soggiace a influenze diverse da quella della prestazione richiesta. L'obbligazione di risultato, invece, consiste nel garantire all'utente il risultato pattuito, che non soggiace ad alcuna influenza diversa da quella della prestazione richiesta.

Le modalità di erogazione della prestazione sono indicate agli articoli 1176 e 2236 del codice civile, che così recitano:

- **art. 1176 (Diligenza nell'adempimento)**: «Nell'adempire l'obbligazione il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. / Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata»;
- **art. 2236 (Responsabilità del prestatore d'opera)**: «Se la prestazione implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, il prestatore d'opera non risponde dei danni, se non in caso di dolo o di colpa grave».

In caso di contenzioso il prestatore d'opera (il sanitario) deve dimostrare che la prestazione richiesta è stata eseguita in modo corretto e che il danno non è dipeso da negligenza propria,

bensi è derivato da cause a lui non imputabili e implicava la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà. Sono oggetto di risarcimento non soltanto i danni derivati, immediati e diretti (art. 1223 c.c.), ma anche quelli indiretti e mediati (Cassazione, sent. 9 maggio 2000, n. 5913).

Discorso diverso va fatto per la responsabilità extra-contrattuale, la quale riconosce il proprio fondamento giuridico nell'**art. 2043 c.c.**, che così recita: «*Qualunque fatto doloso, o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga colui che ha commesso il fatto a risarcire il danno*», con la precisazione che per «*danno ingiusto*» s'intende quello derivante da reato, cioè ogni comportamento che violi un interesse della norma penale.

4 Il Codice deontologico

a) La valenza del Codice e il concetto di «centralità dell'assistito»

Accanto al processo di evoluzione professionale e alle disposizioni legislative relative al sistema sanitario, il **Codice deontologico** rappresenta una coordinata fondamentale che può orientare l'attività di assistenza infermieristica in maniera da risultare non solo tecnicamente avanzata, ma anche consapevole, responsabile, etica.

Mentre nel 1965 il **Codice internazionale di etica dell'infermiera** dichiarava, all'art. 7, che «*L'infermiera è tenuta ad eseguire gli ordini del medico in maniera intelligente e leale*», nel 1973 il **Codice del Consiglio internazionale delle infermiere** indicò un cambiamento di rotta nel ruolo attribuito alle infermiere stesse, affermando che la «*responsabilità primaria*» non è più nei confronti dei medici ma dei pazienti, cioè di «*coloro che hanno bisogno della cura dell'infermiera*», richiamando, nello stesso tempo, ad un'azione «*collaborativa con coloro che lavorano insieme a lei*». Questa nuova prospettiva ha tra l'altro portato, in tempi diversi, all'adeguamento dei codici deontologici nei vari Paesi (compresa l'Italia), prima nel 1977, poi nel 1999. Attualmente la **centralità dell'assistito** viene costantemente ribadita, ad esempio, in tutti i punti concernenti i rapporti con la persona, l'informazione, il pluralismo etico, il consenso agli atti sanitari, l'autonomia e l'autodeterminazione dei pazienti, i dolori e i sintomi, il limite alle cure, il ruolo dei familiari, il lavoro di équipe.

«*Il Codice è un insieme convenuto di regole e aspettative per orientare la pratica della professione [...] con la funzione anche di promuovere e mantenere gli standard etici di condotta professionale*» (Johnstone, 1999). Rappresenta da sempre un modello nel campo dei doveri professionali, ma ora, dopo la nuova normativa sulla professione infermieristica, implica anche un discorso sulla responsabilità. In particolare la **legge 42/1999** (*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*), oltre ad aver abolito il mansionario, precisa all'art. 1 che «*Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie [...] è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché degli specifici codici deontologici*», la qual cosa contribuisce ancor di più a rendere il **Codice deontologico** uno strumento reale e un riferimento concreto per lo svolgimento della professione.

b) Il Codice del 1999

Nei vari articoli del Codice, presentato dalla Federazione IPASVI nel 1999, si fa riferimento svariate volte alla responsabilità assistenziale dell'infermiere e alla necessità della sua competenza, mentre per quanto concerne più specificatamente il rapporto con i cittadini/pazienti, il riferimento è ai vari punti degli articoli 2 e 4:

1. Premessa.
2. Principi etici della professione.

3. Norme generali.
4. Rapporti con la persona assistita.
5. Rapporti professionali con colleghi e altri operatori.
6. Rapporti con le istituzioni.
7. Disposizioni finali.

Il Codice del '99, benché non abbia realmente prodotto l'auspicato ed esteso coinvolgimento nella riflessione degli infermieri, è nato dal confronto e dalla collaborazione di vari gruppi: infermieri specializzati in problemi etici, «infermieri di base» esperti in diverse aree di esercizio professionale, nonché esponenti del mondo scientifico e culturale con competenze in ambito etico e medico-legale.

Un codice deontologico è un corpo di regole che i professionisti si autoimpongono rispetto ai doveri professionali. Un ambito di studio di tale ampiezza trova i propri orizzonti concreti quando il termine «**deontologia**» viene coniugato al campo dei **doveri professionali**, fermo restando che un codice non sostituisce la legge (che disciplina i comportamenti di ogni cittadino) o l'etica (che regola i comportamenti dell'uomo), ma rappresenta piuttosto una guida per affrontare talune situazioni cliniche più problematiche, senza per questo costituire un ricettario, né tanto meno un mansionario. Esistono, infatti, alcuni fattori che non permettono di «standardizzare» l'assistenza e che sono inoltre motivo di complessità, come ad esempio le caratteristiche dei singoli pazienti e le loro patologie, la crescente complessità degli atti sanitari, la molteplicità dei ruoli professionali, le caratteristiche delle strutture, le politiche sanitarie etc. Contestualmente, un codice deontologico va inteso anche come strumento utile per far crescere i professionisti e stimolare il confronto e la riflessione, oltre a fornire spunti per la produzione di ulteriori documenti all'interno di specifiche aree assistenziali, senza dimenticare, infine, che può contribuire pure a chiarire l'identità del gruppo di professionisti.

Sono **principi-guida sottesi al Codice del '99**:

- **l'autonomia**: rispetto per l'autodeterminazione del paziente e suo coinvolgimento nelle decisioni che lo riguardano;
- **la beneficalità**: orientamento al bene del paziente secondo i suoi valori e il suo interesse;
- **la non maleficalità**: evitare ciò che nuoce o danneggia il paziente;
- **la giustizia/equità**: opporsi a discriminazioni e ingiustizie e promuovere un'equa distribuzione delle (limitate) risorse.

Come si legge in un articolo della presidente nazionale IPASVI pubblicato ne «L'infermiere» (2/99), contenuti innovativi del Codice sono, in particolare: «*l'impegno dell'infermiere ad essere preparato; l'agire «se» e «quando» è preparato; il diritto/dovere a essere formato e al richiedere l'intervento di colleghi esperti o di altri professionisti come consulenti o erogatori di prestazioni nel caso in cui non si ritenga pronto ad eseguirle. Il Codice impegna il professionista, ai vari livelli funzionali, anche verso l'organizzazione sanitaria nella quale agisce, in particolare col fine di buon uso delle risorse disponibili. Questo Codice vuole diventare uno strumento di lavoro reale, [...] supporto nel proporre modelli*».

Secondo il Codice del '99:

- (1.1) L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.
- (1.3) La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- (1.4) Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo dell'identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. È uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

- (2.1) Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.
- (3.2) L'infermiere assume responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze e abilità a disposizione della comunità professionale.
- (3.3) L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto e il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possano costituire rischio per la persona.
- (6.1) L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.
- (6.3) L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e, per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole. In un contesto dato, per ogni situazione specifica l'operatore deve essere in grado, attraverso l'analisi e l'attivazione del processo decisionale, di assumersi le responsabilità per il migliore benessere del paziente.

«Non è retorico affermare che ci troviamo in un periodo in cui siamo invitati ad una trasformazione delle culture, delle situazioni e delle conoscenze [...]. È possibile che le nuove tecnologie, terapie, i progressi della scienza rendano necessario che la professione riveda il Codice, espliciti dei dubbi, prenda posizioni. Il Codice deontologico va considerato in questo senso un documento «in progress», che richiede continue revisioni e approfondimenti e va discusso, dibattuto e interiorizzato dai professionisti» (comitato centrale IPASVI, in «L'infermiere», 6/99).

c) Il nuovo Codice del 2009

Nel febbraio 2009 è stato presentato il **nuovo Codice deontologico** degli infermieri italiani, da cui si evince anzitutto che l'infermiere non è più l'«operatore sanitario» dotato di un diploma abilitante, bensì il «**professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica**». Un professionista che, in quanto tale e anche nella sua individualità, assiste la persona e la collettività attraverso l'atto infermieristico, inteso come il complesso dei saperi, delle prerogative, delle attività, delle competenze e delle responsabilità dell'infermiere in tutti gli ambiti professionali e nelle diverse situazioni assistenziali. Una svolta significativa per la professione infermieristica, che si delinea nettamente nella relazione infermiere/persona-assistito, ossia in un rapporto che racchiude due soggetti autonomi e reciprocamente responsabili del patto assistenziale. Un patto di per sé valido e operante senza mediazioni da parte di altre professionalità e che acquisisce una propria specificità all'interno dei percorsi terapeutici e clinico-assistenziali.

Il Codice del 2009 fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi-guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito; relazione che si concretizza mediante interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

I **termini usati per definire gli interventi assistenziali** contengono le chiavi interpretative della natura dell'atto infermieristico, che ricerca e persegue, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, appropriatezza e pertinenza nell'interesse primario della persona/assistito:

- «*specifici*» sta per «*propri*», ossia interni alla professione, in quanto patrimonio di peculiari competenze ed esperienze infermieristiche;

- «*autonomi*» sta per «*di decisione propria*» rispetto ad altre figure professionali;
- «*natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa*» sta per saperi disciplinari che sostengono le diverse funzioni infermieristiche, senza dimenticare l'irrinunciabilità della relazione, dell'educazione e dell'informazione.

Anche la *responsabilità*, collegata all'autonomia, è intesa come un principio-guida dell'agire professionale. Infatti l'assunzione di responsabilità pone l'infermiere in una condizione di costante impegno: quando assiste, cura e si prende cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo; quando si richiama ai principi di equità e giustizia nell'assumere decisioni organizzativo-gestionali; quando rispetta i valori etici, religiosi e culturali, oltre che il genere e le condizioni sociali della persona/assistito, nell'assumere decisioni assistenziali.

L'infermiere è un soggetto attivo, che agisce in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per assistere e perseguire la **salute**, intesa come bene fondamentale del singolo e interesse peculiare della collettività; un bene da tutelare in ogni ambito professionale mediante attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

L'infermiere sviluppa il suo sapere e il suo essere professionista nella relazione con la persona che assiste. «**Persona**» e «**assistito**», due accezioni complementari di una specifica concettualizzazione: *persona* è il cittadino inteso come detentore di diritti e protagonista delle attività di promozione e tutela del suo stato di salute in costante cambiamento; *assistito* è la persona con cui l'infermiere attiva una peculiare, specifica e professionale relazione, in cui si manifestano il rispetto, il confronto e il dialogo vissuti come principi-guida della deontologia professionale.

La **mission primaria** dell'infermiere consiste nel **prendersi cura della persona che assiste** secondo una logica olistica, considerando le sue relazioni sociali e il contesto ambientale. Il prendersi cura è agito attraverso la strutturazione di una relazione empatica e fiduciaria soprattutto quando l'assistito vive momenti difficili, diventa «più fragile» ed è quindi ancora più bisognoso di aiuto e sostegno. Nel processo del prendersi cura l'infermiere orienta la propria azione al bene dell'assistito, attivandone le risorse e sostenendolo affinché raggiunga la maggiore autonomia possibile, soprattutto quando vi è disabilità, svantaggio o fragilità.

La relazione insita nel rapporto infermiere/assistito è ricca di incontri, scambi, confidenze, confronti, richieste. È possibile che in tale ricchezza relazionale si verifichino incomprensioni, tensioni e conflitti derivanti da diverse visioni etiche, concernenti ad esempio la concezione della vita, il significato della sofferenza, l'idea e la percezione della propria dignità, la libertà di scelta rispetto ai percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali. In questi momenti difficili gli strumenti principali per la composizione delle tensioni, delle incomprensioni e dei conflitti sono l'ascolto, il confronto rispettoso e, soprattutto, il dialogo, da mantenere anche quando l'assistito reitera comportamenti e richieste tali da rendere persistente il contrasto etico e indurre l'infermiere ad avvalersi della cosiddetta «**clausola di coscienza**», in virtù della quale l'infermiere rende trasparente la propria opposizione a richieste contrastanti con i principi della professione e con i suoi valori, al di fuori delle situazioni in cui l'obiezione di coscienza è prevista e regolamentata dalle leggi vigenti.

In ogni caso l'adesione intima e coerente ai principi della professione (quindi all'assistenza, alla cura e al prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo) indurrà l'infermiere ad adoperarsi perché l'assistito possa ricevere, attraverso l'intervento di altri colleghi o tramite il coinvolgimento della struttura sanitaria, le prestazioni necessarie per la sua incolumità e per la sua vita. Così facendo l'infermiere tutelerà l'assistito, non lo lascerà mai solo e gli garantirà il diritto di manifestare la propria volontà. Nello stesso tempo, la tutela dell'assistito verrà garantita dall'infermiere anche per mezzo dell'impe-

gno quotidiano, affinché non abbia mai a subire danno o nocumento in conseguenza dell'agire professionale. L'infermiere agirà dunque con «prudenza», per «non nuocere», e si richiamerà al principio dell'equità nelle scelte allocative per un uso ottimale delle risorse disponibili.

Perseguire la centralità dell'assistito nei processi di cura e assistenza significa per l'infermiere riconoscere la dignità in ogni fase della malattia; significa impegnarsi per prevenire e contrastare il dolore e la sofferenza, operare perché riceva i trattamenti necessari, assicurargli una vicinanza empatica in qualunque condizione clinica, anche fino al termine della vita, servendosi pure della palliazione e del conforto fisico, psicologico, relazionale, spirituale e ambientale.

Il **fine vita**, in particolare, costituisce un momento a cui l'infermiere guarda con rispetto e sensibilità, ponendosi dalla parte dell'assistito, dei suoi bisogni e delle sue volontà in merito alle prestazioni da erogare. Pertanto l'infermiere, come tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita, così evita qualsiasi forma di accanimento terapeutico o assistenziale. Potrebbe però capitare che l'assistito non sia in grado di manifestare la propria volontà, nel qual caso l'infermiere tiene conto di quanto l'assistito ha chiaramente espresso e documentato in precedenza, pur ribadendo con fermezza che non attuerà né parteciperà ad interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dal paziente stesso.

La sfera delle **relazioni professionali e inter-professionali** comprende tutte le dinamiche insite nella quotidianità del lavoro tra colleghi e con gli operatori appartenenti ad altre professioni. In tale contesto l'approccio dell'infermiere è basato sulla collaborazione, sulla valorizzazione del lavoro d'équipe e sulla tutela della dignità propria e dei colleghi. Di conseguenza egli assume comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà, anche facendosi carico di segnalare al proprio Collegio ogni abuso o comportamento, attuato da altri infermieri, che sia contrario alla deontologia professionale. Inoltre tutela il decoro personale e del proprio nome e salvaguarda il prestigio della professione (che esercita con onestà e lealtà) nei confronti dei colleghi e degli altri operatori. Pone altresì attenzione, rispettando le indicazioni dei Collegi provinciali, ai messaggi pubblicitari riferiti all'esercizio professionale.

Impegnarsi per processi assistenziali di elevata qualità significa pure schierarsi per una sanità efficace e attenta ai bisogni dei cittadini. Ciò riguarda la professione tutta e assume particolare rilevanza, alla luce dell'evoluzione dell'infermieristica, in termini di cultura disciplinare, profilo professionale, nonché progresso e innovazione assistenziale. Il sapere, l'esperienza e la competenza infermieristica sottendono un ruolo attivo dell'intera compagine professionale anche sul monitoraggio dei servizi attivati e delle prestazioni effettuate, sulle proposte per il loro miglioramento e sui percorsi di adeguamento del sistema sanitario all'evoluzione della domanda di salute. In questa logica l'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, **contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario**, con l'obiettivo di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo ed appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale. Pertanto, a fronte di carenze o disservizi, ne dà comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o della struttura a cui afferisce il proprio assistito quando opera in regime di libera professione.

La complessità delle organizzazioni sanitarie, la molteplicità dei processi operativi e le numerose correlazioni tra risorse umane, carichi di lavoro, diritti e doveri contrattuali e diversificazione della domanda sanitaria e delle modalità di risposta possono produrre disfunzioni organizzative e disservizi organizzativo-assistenziali. Qualora ciò avvenga, l'infermiere, coerente con la propria *mission*, si impegnerà, nell'interesse primario degli assistiti, a compensare le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Tuttavia, altrettanto coerentemente con la propria *mission*, si rifiuterà di **compensare le carenze e i disservizi** quando non vi sia eccezionalità ma consuetudine; quando sussista una riproposizione di problemi e carenze già verificatisi, ricorrenti e costantemente irrisolti; o quando venga sistematicamente

pregiudicato il suo mandato professionale, ad esempio per demansionamento, inappropriato utilizzo della sua competenza professionale, impossibilità a garantire adeguati standard assistenziali per sistematica inadeguatezza dell'organico.

Sempre in questa logica l'infermiere si impegna a **tutelare la collettività** per tutto quanto concerne **il benessere e la sicurezza**, denunciando l'esercizio abusivo della professione e tutte le situazioni in cui le circostanze o le condizioni ambientali e strutturali possono limitare la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale. Non a caso il nuovo Codice deontologico si pone come alto strumento per perseguire la qualità dell'assistenza infermieristica e per manifestare le modalità con cui gli infermieri devono impegnarsi, nell'agire professionale, per gli assistiti e per l'intera collettività.

Le norme del Codice deontologico fanno emergere a tutto tondo il profilo dell'infermiere italiano così come si è venuto delineando, sia sul piano giuridico, sia per ciò che riguarda lo status e le competenze, a seguito di una straordinaria stagione di innovazione ed evoluzione professionale. Oggi l'infermiere italiano è, a tutti gli effetti, un **professionista della salute** a cui ogni cittadino può rivolgersi in un rapporto diretto, senza mediazioni, e con la possibilità di cogliere la grande opportunità di ricevere un'assistenza professionalizzata, pertinente e personalizzata. La relazione infermiere/assistito, rilevante e fondamentale per rispondere a esigenze di cura e assistenza in costante e veloce evoluzione, si manifesta come una realtà significativa del «sistema salute». Una realtà in grado di fornire risposte innovative e competenti alla crescente domanda di percorsi assistenziali diversificati e di coniugare, sistematicamente e nel tempo, capacità di presa in carico, risposte strutturate ai bisogni dei singoli e della collettività, continuità assistenziale.

In definitiva, anche attraverso il rispetto delle norme del nuovo Codice deontologico gli infermieri italiani possono rendere manifesto il proprio impegno per un «**saper essere**» ad alta valenza etica e per un «**saper assistere**» ad alta valenza professionale, con la possibilità di attuarli al meglio ovunque.