

L'Assistente di volo Sanitario:

con la scomparsa del mansionario infermieristico, quali prospettive e quali responsabilità.

<i>I°) IL VECCHIO MANSIONARIO</i>	<i>pag 2</i>
<i>II°) PROFILO INTERMEDIO DEL "VECCHIO" MANSIONARIO</i>	<i>pag 5</i>
<i>III°) IL NUOVO PROFILO</i>	<i>pag 9</i>
<i>IV°) IL CODICE DEONTOLOGICO</i>	<i>pag 13</i>
<i>V°) IL COMMENTO "PERSONALE"</i>	<i>pag 18</i>

*Inf. Gabriele Venzi
A.V.S. Elibase di Ravenna*

Per iniziare il complesso discorso del mansionario prima e dopo la scomparsa, mi fa obbligo ricordarvi il vecchio mansionario per essere compreso.

Il vecchio mansionario

1. D.P.R. 14 Marzo 1974, n.225

Modifiche al regio decreto 2 Maggio 1940, n. 310 sulle mansioni degli Infermieri professionali

TITOLO I

Mansioni dell'infermiere professionale

art. 1 Le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri professionali sono le seguenti:

- programmazione di propri piani di lavoro e di quelli del personale alle proprie dipendenze, loro presentazione ai superiori e successiva attuazione.
- annotazione sulle schede cliniche degli abituali rilievi di competenza (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti) e conservazione di tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali: registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio.
- richiesta ordinaria e urgente di interventi medici e di altro personale a seconda delle esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti: compilazione dei dati sul movimento degli assistiti e collaborazione alla raccolta ed elaborazione di dati statistici relativi al servizio :
- tenuta e compilazione dei registri e dei moduli d'uso corrente:
- registrazione del carico e scarico dei medicinali, dei disinfettanti, dei veleni e degli stupefacenti: loro custodia e sorveglianza sulla distribuzione. Custodia delle apparecchiature e delle dotazioni di reparto:
- controllo della pulizia, ventilazione, illuminazione e riscaldamento di tutti i locali del reparto.

- sorveglianza sulle attività dei malati affinché le stesse si attuino secondo le norme di convivenza prescritte dai regolamenti interni.

Gli infermieri professionali sono inoltre tenuti;

- a partecipare alle riunioni periodiche di gruppo ed alle ricerche sulle tecniche e sui tempi dell'assistenza;
- a promuovere tutte le iniziative di competenza per soddisfare le esigenze psicologiche del malato e per mantenere un clima di buone relazioni umane con i pazienti e con le loro famiglie;
- ad eseguire ogni altro compito inerente alle loro funzioni.

art. 2 Le attribuzioni assistenziali dirette ed indirette degli infermieri professionali sono le seguenti:

- assistenza completa all'infermo :
- somministrazione dei medicinali prescritti ed esecuzione dei trattamenti speciali curativi ordinati dal medico :
- sorveglianza e somministrazione delle diete;
- assistenza al medico nelle varie attività di reparto e di sala operatoria :
- rilevamento delle condizioni generali del paziente, del polso, della temperatura, della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria;
- effettuazione degli esami di laboratorio più semplici,
- raccolta, conservazione ed invio in laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche;
- disinfezione e sterilizzazione del materiale per l'assistenza diretta del malato;
- opera d'educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari;
- opera d'orientamento e d'istruzione nei confronti del personale generico, degli allievi e del personale esecutivo.
- interventi d'urgenza(respirazione artificiale assistita, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguita da immediata richiesta d'intervento medico;
- esecuzione dei seguenti trattamenti diagnostici e curativi ordinati dal medico:

- a) prelievo capillare e venoso del sangue;
- b) iniezioni ipodermiche, intramuscolari e test allergodiagnostici;
- c) ipodermoclisi;
- d) vaccinazioni per via orale, per via intramuscolare e percutanee;
- e) rettoclisi;
- f) Frizioni, impacchi, massaggi, ginnastica medica;
- g) applicazioni elettriche più semplici, esecuzione di E.C.G, E.E.G e similari
- h) medicazioni e bendaggi.
- i) clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi;
- l) lavande vaginali;
- m) cateterismo nella donna;
- n) cateterismo nell'uomo con cateteri molli;
- o) sondaggio gastrico e duodenale a scopo diagnostico;
- p) lavanda gastrica;
- q) bagni terapeutici e medicali;
- r) prelevamento secrezioni ed escrezioni a scopo diagnostico, prelevamento dei tamponi.

Le prestazioni di cui ai punti d), g), n), o), p) debbono essere eseguite su prescrizioni e sotto controllo medico.

È consentita agli infermieri professionali la pratica delle **iniezioni endovenose**.
Tale attività potrà essere svolta dagli infermieri professionali soltanto nell'ambito di organizzazioni ospedaliere o cliniche universitarie e sotto indicazione specifica del medico responsabile del reparto.

N.B. - il Consiglio Superiore di Sanità ha precisato che i prelievi citologici (Pap-test) sono di competenza dell'Ostetrica: l'I.P. e A.S.V. possono effettuarlo previo corso di formazione regionale.

Per controllo medico (comma 2 art.2) deve intendersi presenza del medico di reparto nel momento dell'esecuzione della citata mansione.

Per esami di laboratorio più semplici devono intendersi quelli effettuati in reparto.

Profilo Intermedio del "vecchio" mansionario

Per continuare nel discorso che si complica ulteriormente vi presento in "breve" il profilo intermedio (transitorio dal vecchio al nuovo profilo) che sostituisce il vecchio mansionario.

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELLA SANITÀ

Decreto 14 settembre 1994, n. 739.

Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

ADOTTA

il seguente regolamento :

art. 1.

1. È individuata la figura professionale dell'infermiere con il seguente profilo: l'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica.

2. L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria.

3. L'infermiere:

- a) partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico.
- d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- e) agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali;
- f) per l'espletamento delle funzioni si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto;
- g) svolge la sua attività professionale in strutture sanitarie pubbliche o private, nel territorio e nell'assistenza domiciliare, in regime di dipendenza o libero professionale.

4. L'infermiere contribuisce alla formazione del personale di supporto e concorre direttamente all'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale e alla ricerca.

5. La formazione infermieristica post-base per la pratica specialistica è intesa a fornire agli infermieri di assistenza generale delle conoscenze cliniche avanzate e delle capacità che permettono loro di fornire specifiche prestazioni infermieristiche nelle seguenti aree:

- a) sanità pubblica: infermiere di sanità pubblica;
- b) pediatria: infermiere pediatrico;
- c) salute mentale-psichiatrica: infermiere psichiatrico;
- d) geriatria: infermiere geriatrico;
- e) area critica: infermiere di area critica.

6. In relazione a motivate esigenze emergenti dal Servizio sanitario nazionale, potranno essere individuate, con decreto del Ministero della sanità, ulteriori aree richiedenti una formazione complementare specifica.

7. Il percorso formativo viene definito con decreto del Ministero della sanità e si conclude con il rilascio di un attestato di formazione specialistica che costituisce titolo preferenziale per l'esercizio delle funzioni specifiche nelle diverse aree, dopo il superamento di apposite prove valutative. La natura preferenziale del titolo è strettamente legata alla sussistenza di obiettive necessità del servizio e recede in presenza di mutate condizioni di fatto.

art. 2.

1. Il diploma universitario di infermiere, conseguito ai sensi dell'art. 6, comma tre, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, abilita all'esercizio della professione, previa iscrizione al relativo albo professionale.

art. 3.

1. Con decreto del Ministro della sanità di concerto con il Ministro dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica sono individuati i diplomi e gli attestati, conseguiti in base al precedente ordinamento, che sono equipollenti al diploma universitario di cui all'art.2 ai fini dell'esercizio della relativa attività professionale e dell'accesso ai pubblici uffici.

LE FONTI EXTRAMANSIONARIALI RESIDUE

Data la rigidità del sistema mansionario, a partire dal 1990 il legislatore ha iniziato ad attribuire funzioni e compiti alla professione infermieristica, in modo disorganico in varie fonti normative, di carattere legislativo e regolamentare.

Solo alcune di queste fonti sopravvivono all'ondata abrogatrice del mansionario, tanto da poter far parlare di "fonti extramansionarie residue".

D.P.R.27MARZO 1992

ATTO DI INDIRIZZO E COORDINAMENTO ALLE REGIONI IN MATERIA DI EMERGENZA SANITARIA

Art.4

Responsabilità medico - organizzativa della centrale operativa è nominativamente, anche a rotazione, a un medico ospedaliero con qualifica inferiore ad aiuto corresponsabile, preferibilmente anestesista, in possesso di documentata esperienza e operante nella medesima area dell'emergenza.

La centrale operativa è attiva per 24 ore al giorno e si avvale di infermieristico adeguatamente addestrato, nonché di competenze mediche di appoggio [.....]

Art .10

Il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza può essere autorizzato a praticare iniezioni per via endovenosa e fleboclisi nonché altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio.

DECRETO DEL MINISTERO DELLA SANITÀ 22 AGOSTO 1994 N. 582

REGOLAMENTO RECANTE LE MODALITÀ PER L'ACCERTAMENTO E LA CERTIFICAZIONE DI MORTE

Art.4

L'esecuzione delle indagini elettroencefalografiche deve essere effettuata da tecnici neurofisiopatologia sotto supervisione medica.

In mancanza di tale figura professionale, in via transitoria e a esaurimento e sempre sotto supervisione medica, l'esecuzione degli esami può essere affidata a tecnici e/o infermieri professionali adeguatamente formati a svolgere tali mansioni.

LINEE GUIDA N. 1/1996 (IN GAZZETTA UFFICIALE 17/5/1996 N. 114)

IN APPLICAZIONE DEL D.P.R. 27 MARZO 1992 SUL SISTEMA DI EMERGENZA E URGENZA

All'interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentono di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato che opera secondo protocolli prestabili dal dirigente del servizio.

Il nuovo profilo

Cercherò ora di fare un "breve" commento del decreto in modo da riuscire a cucire il vecchio mansionario con il nuovo profilo.

La Legge 26/2/1999 n. 42 interviene a modificare, ovvero integrare, la legislazione vigente in tre punti.

Il Primo riguarda la nuova definizione delle professioni sanitarie;

Il secondo introduce modifiche alla disciplina della pubblicità sanitaria;

Il terzo attiene al riconoscimento dei diplomi e degli attestati conseguiti in base alla normativa anteriore alla innovata regolamentazione delle professioni sanitarie, anche per i profili di nuova istituzione.

art. 1 punto uno

Con la disposizione contenuta in questo articolo, viene ad essere eliminato il riferimento alla "ausiliarità", per quanto si riferisce alle professioni sanitarie, così come considerate nel T.U. leggi sanitarie. (regio Decreto 1265 del 1934) È una piccola modifica, ma di grande valore simbolico, che riconosce a queste professioni il diritto a non essere più definite "NON MEDICHE" o "PARAMEDICHE"

Le professioni sanitarie erano state suddivise dall'art. 99 del R.D. 27Z luglio 1934 in..

PROFESSIONI SANITARIE COSIDDETTE PRINCIPALI

rappresentate dal medico chirurgo,
dal veterinario,
dal farmacista e dall'odontoiatra

PROFESSIONI SANITARIE AUSILIARIE

rappresentate dall'ostetrica,
dall'infermiere professionale,
dall'assistente sanitaria e da tutte le professioni che hanno visto pubblicato un
profilo professionale

ARTI USILIARIE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

rappresentate dall'odontotecnico,
dall'infermiere generico massofisioterapista

Oggi quindi tutte le professioni, sia le ex professioni sanitarie principali che quelle ex ausiliarie, sono
tutte riconducibili a **professioni sanitarie**.

Nulla è innovato invece sulla qualificazione di **arte ausiliaria delle professioni sanitarie** riguardante l'
infermiere generico.

art. 1 punto due (superamento del mansionario)

È abrogato il regolamento approvato con Decreto del Presidente della Repubblica 14/3/1974 n. 225
"Mansionario"

Il mansionario conteneva un insieme di funzioni e mansioni.

Tutto ciò che non era specificatamente ricompreso era da considerarsi di competenza medica.

L'unico articolo sopravvissuto all'abrogazione è quello che riguarda le mansioni degli Infermieri
Generici (Allegato A)

In questo articolo vengono indicati **TRE CRITERI GUIDA** e **DUE LIMITI**.

I **criteri guida** sono dati dal contenuto dei profili professionali, dalla formazione di base e post-base
ricevuta e dal codice deontologico.

Non è semplice individuare il "campo proprio di attività e di responsabilità" dai criteri guida, in quanto
dobbiamo registrare una lacuna che deriva dalla mancata attivazione dei corsi di specializzazione.

Non vi sono dubbi che una figura, come per esempio sarà l' infermiere specializzato in area critica,
possa vantare e dimostrare maggiori competenze e di conseguenza vedere attribuito a questa figura
un' autonomia professionale maggiore rispetto
al' infermiere non specializzato.

Altro problema che potrebbe sorgere a livello interpretativo è dato dalla non esaustività del profilo professionale, che volutamente non ricomprende la ricchezza delle situazioni operative e cognitive in cui si trovano ad operare gli infermieri.

Oltre ai criteri guida la legge pone **due limiti**: il limite delle competenze previste per i medici e per gli altri professionisti sanitari laureati.

Il percorso professionalizzante e la soppressione del carattere di ausiliarietà portano le professioni sanitarie a esercitare a due livelli:

1. livello autonomo
2. livello collaborante.

Nella professione infermieristica, il livello autonomo è dato in primo luogo dal disposto contenuto nel primo articolo del D.M. 14/9/1994 n. 739 nella parte in cui si precisa che l' infermiere "è responsabile dell'assistenza generale infermieristica".

L'attività collaborante viene invece sottolineata dal terzo comma:

punto A)

dello stesso articolo laddove viene sottolineata la funzione integrante medico-infermiere, quando si specifica che l' infermiere "partecipa all' identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività", laddove per partecipare si intende un'attività non autonoma, ma svolta in collaborazione ed in equipe.

Inoltre al punto D)

stabilisce che l' infermiere " garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche" poste in essere dal medico.

il punto E)

ha modo di precisare, puntualmente, che l' infermiere "agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali".

Insomma, la legge in tema di disposizione delle professioni sanitarie lancia una nuova sfida e apre una nuova epoca, sancendo la fine del monopolio della figura medica, quanto meno come unica figura riconosciuta come professionista e livello normativo.

art. 4 punto uno

Ai fini dell'esercizio professionale e dell'accesso alla formazione post-base, i diplomi e gli attestati conseguiti in base alla precedente normativa sono equipollenti ai D.U.

Maggio 1999

I DOVERI DEGLI INFERMIERI SONO I DIRITTI DEI CITTADINI

Articolo 1

PREMESSA

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.

1.2. L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.

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 della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. E' uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.

1.5. L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta la appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel Codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.

Articolo 2

PRINCIPI ETICI DELLA PROFESSIONE

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.

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

2.3. L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.

2.4. L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.

2.5. Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.

2.6. Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.

2.7. L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale.

Articolo 3

NORME GENERALI

3.1. L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati, al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.

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 ed 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 ed 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 possono costituire rischio per la persona.

3.4. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica.

3.5. L'agire professionale non deve essere condizionato da pressioni o interessi personali provenienti da persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi. In caso di conflitto devono prevalere gli interessi dell'assistito. L'infermiere non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche per conseguire vantaggi per sé od altri. L'infermiere può svolgere forme di volontariato con modalità conformi alla normativa vigente: è libero di prestare gratuitamente la sua opera, sempre che questa avvenga occasionalmente.

3.6 L'infermiere, in situazioni di emergenza, è tenuto a prestare soccorso e ad attivarsi tempestivamente per garantire l'assistenza necessaria. In caso di calamità, si mette a disposizione dell'autorità competente.

Articolo 4

RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

- 4.1. L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.
- 4.2. L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.
- 4.3. L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.
- 4.4. L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto diagnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.
- 4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.
- 4.6. L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza.
- 4.7. L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.
- 4.8. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.
- 4.9. L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari.
- 4.10. L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.
- 4.11. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità.
- 4.12. L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.
- 4.13. L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico della persona, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerla ed allertare, ove necessario, l'autorità competente.
- 4.14. L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica.
- 4.15. L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.
- 4.16. L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.
- 4.17. L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai familiari o da altri.
- 4.18. L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un'espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Articolo 5

RAPPORTI PROFESSIONALI CON I COLLEGHI E GLI ALTRI OPERATORI SANITARI

- 5.1. L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.
- 5.2. L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.
- 5.3. L'infermiere ha il dovere di autovalutarsi e di sottoporre il proprio operato a verifica, anche ai fini dello sviluppo professionale.
- 5.4. Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi Ipasvi; nella definizione del proprio onorario rispetta il vigente Nomenclatore tariffario
- 5.5. L'infermiere tutela il decoro del proprio nome e qualifica professionale anche attraverso il rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria.
- 5.6. L'infermiere è tenuto a segnalare al Collegio ogni abuso o comportamento contrario alla deontologia, attuato dai colleghi.

Articolo 6

RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI

- 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.
- 6.2. L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato 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.
- 6.4. L'infermiere riferisce a persona competente e all'autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l'assistenza infermieristica o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona.
- 6.5. L'infermiere ha il diritto e il dovere di segnalare al Collegio le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure o il decoro dell'esercizio professionale.

Articolo 7

DISPOSIZIONI FINALI

- 7.1. Le norme deontologiche contenute nel presente codice sono vincolanti: la loro inosservanza è punibile con sanzioni da parte del Collegio professionale.
- 7.2. I Collegi Ipasvi si rendono garanti, nei confronti della persona e della collettività, della qualificazione dei singoli professionisti e della competenza acquisita e mantenuta.

LA MIA PERSONALE INTERPRETAZIONE DELLE NUOVE REGOLE DEONTOLOGICHE DEI PROFESSIONISTI DEL NURSING

Gli infermieri italiani hanno un nuovo codice deontologico. È un fatto che riguarda non solo gli Assistenti di volo Sanitario ma i duecentotrentamila professionisti del nursing e tutta la comunità civile, se è vero che le norme deontologiche hanno valore di regole del gioco destinate a far procedere senza intoppi il processo di erogazione delle cure anche nel campo dell'Elisoccorso.

Il nuovo codice deontologico presentato dalla presidenza della Federazione dei collegi provinciali, sostituisce quello precedente, datato 1977.

Non è un semplice aggiornamento, ma una riscrittura radicale.

E così mi sento autorizzato ad affermare che il codice precedente aveva a che fare, più che con la deontologia professionale, con la proposta di un'etica del prendersi cura.

Basti la citazione del primo capoverso del vecchio codice: "L'infermiere è al servizio della vita dell'uomo; lo aiuta ad amare la vita, e a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e ad affrontare l'idea della morte".

La formulazione enfatica (immaginiamo facilmente le maiuscole: la Vita, l'Uomo) si addice piuttosto a una funzione sacerdotale o quanto meno genitoriale-materna.

Gli altri ideali proposti mascheravano la realtà: in ambito sanitario l'infermiere era (ed è) il più delle volte considerato un servente, stretto in un ordine gerarchico che lo subordinava al medico.

Il mansionario - dal quale noi infermieri ci siamo liberati solo di recente, grazie all'abolizione della legge che lo aveva istituito svolgeva anche una funzione di difesa, mettendo limiti a una utilizzazione impropria dell'infermiere.

C'era di sicuro della retorica nelle immagini che hanno accompagnato la campagna condotta dai colleghi IPASVI per l'abolizione del mansionario: con inserzioni sui giornali dove ci hanno presentato con le mani legate, quasi con i ceppi della schiavitù.

Se non schiavi, certo però in sanità eravamo e siamo ancora, per nostra sola volontà considerati sudditi, operatori di seconda categoria.

Senza dire che, se qualcuno si deve confrontare con mansioni o compiti preassegnati, a partire da ciò che è autorizzato a fare, e non con obiettivi da conseguire, non potrà essere confrontato con i risultati, e quindi sviluppare un vero senso di responsabilità.

In altre parole, senza la libertà di azione nella scelta di mezzi adeguati per raggiungere gli obiettivi, non ci può essere una vera professione.

La libertà di azione e di scelta si acquisiscono con l'esperienza in attesa del D.U. specialistico. Ora la formazione necessaria all'A.V.S per potere esercitare è:

- diploma di abilitazione alla professione infermieristica conseguito da almeno 4 anni;
- rapporto di lavoro strutturato in ruolo presso il servizio S.S.N;
- essere in servizio da almeno 3 anni presso una delle U.O:
 1. Pronto Soccorso;
 2. Anestesia e Rianimazione;
 3. 118 Ambulanza o Automedica;
 4. Elisoccorsi (esperienza dove l'elisoccorso svolga almeno il 50% dei servizi primari
- disponibilità ad eseguire almeno due turni al mese,
- presenza documentata agli incontri di aggiornamento obbligatorio programmati;
- idoneità psico-fisica.

Come vediamo, l'Elisoccorso e noi A.V.S. abbiamo anticipato i tempi, dando delle regole alla figura dell'infermiere professionale operante nell'emergenza sanitaria sul territorio a bordo di elicotteri .

A livello nazionale invece mancava quindi la condizione fondamentale perché esistesse un codice deontologico - come corpo di regole che i professionisti si autoimpongono - nel senso preciso del termine.

Il codice che ci siamo dati sembra molto promettente.

La sua modernità è ancora più chiara se lo si confronta con quello dei medici ([* medici]* nell'ottobre 1998 è stata presentata la nuova redazione, che aggiorna quella pur recentissima del 1995).

È vero che i medici in pochi anni hanno fatto una specie di rivoluzione culturale riconoscendo - almeno a livello di norme codificate - il diritto del malato a essere informato e a dare il suo consenso a trattamenti diagnostici e terapeutici; gli infermieri si collocano d'emblée sulla frontiera della modernità formulando così il loro rapporto con la persona assistita: "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte"

La semplicità con cui viene indicato il fatto che l'ascolto è il punto di partenza per l'intero processo che conduce al consenso informato è più che una formulazione felice: è la spia che nel codice si esprime una percezione dei bisogni diversa da quella che nasce dalla pratica medica abituale.

Ancora un confronto, tra i tanti possibili: mentre il codice deontologico dei medici si limita a ribadire il loro no all'accanimento terapeutico, quello degli infermieri è attento a rispettare il ruolo che spetta all'individuo stesso nelle scelte cliniche a forte rilievo etico: "L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito"

La differenza tra le due impostazioni si rivela, più che nelle singole formulazioni letterali, e si inserisce nel quadro generale che fa da cornice alle norme deontologiche.

I medici fanno precedere il loro codice da un giuramento (dove si trova, tra l'altro, l'impegno del medico a non far ricorso all'accanimento terapeutico);

Gli infermieri invece antepongono alle norme un patto tra infermiere e cittadino.

Giuramento, dunque, contro patto: aristocratico il primo, democratico il secondo; sacro (anche se di una sacralità secolarizzata il giuramento dei medici, in cui il ruolo di garante non è affidato alla divinità, ma alla coscienza) contro la laicità del patto; impegno assoluto e unilaterale il giuramento, a fronte di un patto che esige una distribuzione di potere equanime tra i contraenti.

Basterà a noi infermieri professionali avere un buon codice deontologico per affrontare la transizione tempestosa che interessa tutto il mondo sanitario?

Una condizione previa perché possiamo agire come professionisti nel pieno significato della parola è di evitare i pericoli connessi con il periodo della decolonizzazione. Conosciamo questa realtà dall'esperienza politica dei paesi che sono stati colonizzati da potenze straniere.

Quando queste si sono ritirate, non è per questo automaticamente terminata la colonizzazione come fenomeno psicologico e culturale.

Negli anni sessanta il libro di Frantz Fanon, *I dannati della terra*, ha analizzato con acutezza il fenomeno: la colonizzazione non cessa il giorno in cui si dichiara l'indipendenza politica di un paese.

Cambia il regime, ma le strutture più profonde che reggono il modo di pensare e di comportarsi rimangono le stesse. Con la sua solita abilità a coniare formule trasparenti, Sartre nell'introduzione al libro di Fanon riconduceva il tema della decolonizzazione a una questione psicopatologica: "L'indigenato è una nevrosi introdotta e mantenuta dal colono nei colonizzati col loro consenso".

Se è vero che la professione infermieristica è stata colonizzata da quella medica, è ipotizzabile che negli strati più esposti a questo tipo di rapporto si riscontrino le deformazioni tipiche dei coloni.

Con buona approssimazione, si possono menzionare, come tratti caratteristici, la propensione al lamento sterile, l'autodenigrazione, le recriminazioni velleitarie, l'impressione di essere straniero in casa propria.

La decolonizzazione è effettiva solo quando ci si libera dalle strutture mentali che i coloni hanno interiorizzato.

Un codice di deontologia professionale è uno strumento adatto a questo fine.

Ci auguriamo, per il nostro stesso interesse di cittadini che usufruiscono dell'assistenza, che noi tutti infermieri professionali italiani ne sappiamo far tesoro.

Auguri di un buon lavoro e felici conquiste!

Inf. Gabriele Venzi