

**S.I.S.I.S.M.**  
**Società Italiana di Scienze Infermieristiche  
in Salute Mentale**

Via Rubizzano, 466 - 40018 San Pietro in Casale  
C.F. 91402240377  
segreteria@sisism.org  
www.sisism.org

**PRIMA STESURA DEL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE 2016  
PRESENTAZIONE CONSIGLIO NAZIONALE**

**26 Novembre 2016**

**AUDIZIONE  
Roma, 22 Febbraio 2019  
SEDE FNOPI**

*“Possiamo fare solo quello che possiamo. Ma questo lo dobbiamo fare” (Berlin J., 1990)*

**SOMMARIO**

PROPOSTE DI CARATTERE GENERALE	Pag 2
PROPOSTE DI CARATTERE SPECIFICO	Pag 3
COMMENTARIO ALLE INTEGRAZIONI	Pag 8
CONCLUSIONI	Pag 13

## PROPOSTE DI CARATTERE GENERALE

Vista la prima stesura del Codice Deontologico del 2016 redatta con 40 proposizioni suddivise per capi, si fa presente che le nostre sono proposte fatte salvo che lo strumento finale non abbia già previsto quanto segue:

- Partire con una **PREMESSA** che espliciti quali sono i destinatari del Codice Deontologico (infermiere, cittadini e istituzioni), la **MISSION** della professione infermieristica, i principi e i valori professionali con riferimento al Profilo Professionale, al Patto Infermiere e Cittadino, alla definizione di Infermiere, all'assistenza infermieristica con chiari riferimenti ai principi etici e valori professionali che orientano l'agire dell'infermiere.
- Inserimento di un **INDICE** per facilitare la consultazione
- Predisposizione di “Capo \_\_\_ e Art. \_\_\_” per facilitare il reperimento degli argomenti e citare
- Introduzione di un **GLOSSARIO**, predisporlo a priori con le parole chiave di ogni Capo per evitare di utilizzare termini che possono generare fraintendimenti e lasciare libera interpretazione (esempio: *responsabilità, autonomia professionale, ideale di servizio, agente attivo, clausola di coscienza, obiezione di coscienza, problema/dilemma etico, valore, valore professionale, principi etici, dignità della persona, diritti della persona, advocacy, conoscenze validate, lealtà, competenza, riservatezza, privacy, segreto professionale, segreto d'ufficio, veridicità, autonomia e autodeterminazione, accanimento terapeutico, eutanasia, cure palliative, testamento biologico, disposizioni anticipate di trattamento, prestigio e decoro della professione, decoro personale ...*)
- Utilizzo della lettera maiuscola I per indicare l'Infermiere.
- Evitare di ripetere la parola “L'Infermiere” e riferirsi più alla modalità adottata nel “Patto Infermiere – Cittadino”.
- Realizzazione di un **COMMENTARIO** per ogni articolo da parte del gruppo di lavoro FNOPI dedicato e di esperti in ambito etico-bioetico e giuridico
- Arricchimento del lavoro con **ESEMPI** su aspetti riguardanti l'ideale di servizio se l'intento è quello di lasciarlo; clausola di coscienza, obiezione di coscienza, problemi etici che si incontrano nell'agire quotidiano e dilemmi etici che in un ambito come quello della psichiatria, complesso, delicato e per molti versi misconosciuto, sono a tutt'oggi oggetto di discussione e discutibilità (consenso alle cure, contenzione meccanica e farmacologica, TSO/ASO, libera scelta, il segreto professionale, l'equa distribuzione delle risorse, la sperimentazione di farmaci ...), ma i dilemmi e vanno visti come una ricchezza per migliorare la propria competenza professionale.

### Capo I - I principi e i valori

1. L'infermiere è il professionista sanitario che nasce, si sviluppa ed è sostenuto da una rete di valori e saperi scientifici. *È responsabile dell'assistenza infermieristica; l'assistenza infermieristica è servizio e, consiste nel prendersi cura del singolo individuo, dei gruppi sociali e dell'intera collettività. È integrato nel suo tempo e si pone come agente attivo nella società a cui appartiene e in cui esercita. Promuove, in ogni contesto ed in ogni ruolo la cultura del prendersi cura dell'altro, soprattutto in stato di necessità.*

2. L'infermiere persegue l'ideale di servizio orientando il suo agire *alla persona assistita, considerata come singolo individuo, gruppo sociale o collettività.* Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito dell'assistenza, dell'organizzazione, *della riabilitazione, della prevenzione,* dell'educazione e della ricerca.

3. L'infermiere si prende cura *equamente,* nel rispetto della dignità, della libertà, dell'uguaglianza della persona assistita, delle sue scelte di vita e della sua concezione di salute e di benessere *senza distinzione di genere, etnia, orientamento sessuale e credo religioso.*

- **Proposta punto 3:** *L'infermiere promuove il miglioramento della qualità di vita e l'autonomia della persona assistita, favorendo il superamento dello stigma, dei pregiudizi e dell'emarginazione, sostenendo l'integrazione sociale e le pari opportunità.*

4. L'infermiere nell'agire professionale utilizza l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, *rispettandone la volontà nel richiedere gli interventi di assistenza infermieristica.*

5. L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici. Promuove il ricorso alla consulenza anche al fine di contribuire all'approfondimento e alla riflessione etica.

6. L'infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove la persona assistita esprimesse e persistesse in una richiesta di attività in contrasto con i principi e i valori dell'infermiere e/o con le norme deontologiche della professione, si avvale della clausola di coscienza rendendosi garante della continuità assistenziale.

### Capo II - La funzione assistenziale

7. *L'infermiere opera affinché i diritti umani siano rispettati anche per le generazioni future, in particolare il diritto ad un **ambiente salubre.*** Tutela l'ambiente e promuove stili di vita sani anche progettando, specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività, organizzandoli e partecipando ad essi.

- **Proposta punto 7:** *L'infermiere opera affinché i diritti umani siano rispettati anche per le generazioni future, e in particolare il diritto ad un ambiente salubre. Tutela l'ambiente, nonché progetta e organizza, in autonomia o in collaborazione con altri professionisti, specifici interventi educativi e informativi volti alla promozione di sani stili di vita, destinati a singoli, gruppi e collettività.*

8. L'infermiere dà valore alla ricerca e alla sperimentazione. Progetta, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico, assistenziale e organizzativo di cui cura e diffonde i risultati, *sempre che ciò non configga con i suoi valori etici*.

9. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna *costantemente* le competenze attraverso il pensiero critico, l'educazione continua, l'esperienza, lo studio e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione.

10. L'infermiere adotta comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo di assistenza. Si forma e/o chiede supervisione per attività nuove o sulle quali ha limitata casistica (oppure *non ha sufficiente competenza*).

- **Proposta punto 10.** L'infermiere adotta comportamenti leali e collaborativi *con tutti gli operatori sanitari e con tutte le agenzie extra sanitarie con i quali viene in contatto*. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo di assistenza. Si forma e/o chiede supervisione per attività nuove, *dove non ha sufficiente competenza e in tutte le situazioni che lo richiedono per migliorare l'assistenza*.

11. L'infermiere *assiste* sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti, specialisti o altri professionisti, *agisce con prudenza al fine di non nuocere o provocare danno alla persona assistita*.

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

13. L'infermiere riconosce che l'interazione e l'integrazione intra e inter professionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona. *Interagisce in maniera collaborativa con tutte le figure e le istituzioni che partecipano al piano assistenziale e di cura della persona, rispettando le specifiche professionalità, valorizzando le aree in cui gli ambiti disciplinari sono comuni*.

### **Capo III - La relazione e la comunicazione**

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

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

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

17. L'infermiere conosce il progetto diagnostico e terapeutico. Dà valore all'informazione integrata multi professionale *e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni necessarie alle proprie scelte ed ai suoi bisogni di vita, adeguandole alle conoscenze ed alla cultura dell'assistito*.

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

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

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

- **Proposta punto 20:** *L'Infermiere si adopera alla adozione di ogni accorgimento necessario alla instaurazione ed il mantenimento di una efficace relazione con l'assistito, funzionalmente al raggiungimento di una proficua alleanza terapeutica. Nella gestione della fase acuta della malattia saprà riconoscere le potenzialità positive della crisi, adoperandosi per favorire l'aderenza, la continuità terapeutica e la presa in cura.*

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

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

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

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

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

#### **Capo IV - Il fine vita**

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

27. L'infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita espressa dalla persona stessa.

28. L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita, nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

## Capo V - L'organizzazione e la funzione assistenziale

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

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

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

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

### - **Proposte punto 32**

- A. L'Infermiere si adopera attivamente per ridurre l'uso di ogni forma di coercizione nei confronti dell'assistito. L'Infermiere ritiene fondamentale la formazione in tecniche di de escalation e di gestione dei conflitti per ridurre gli episodi di violenza correlati all'assistenza. Nei confronti dell'assistito sottoposto a restrizione della propria libertà l'Infermiere garantisce comunque la propria assistenza, considerandolo un soggetto fragile e con ridotta autonomia nel soddisfacimento dei propri bisogni.
- B. L'Infermiere ricorre ad ogni possibile alternativa all'adozione della contenzione fisica, in un'ottica di massima riduzione e abolizione della pratica, con riferimento alle migliori prove di efficacia disponibili. Nel rispetto della posizione di garanzia, l'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, per pericolo grave e contestuale, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali per stato di necessità.
- C. L'Infermiere promuove la riduzione e la elaborazione di qualsiasi forma di coazione e coercizione nei confronti dell'assistito. A tale scopo si adopera affinché il ricorso a qualsiasi forma di restrizione rappresenti evento assolutamente straordinario e motivato meramente da soccorso di necessità, nell'interesse unico dell'assistito.

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

## **Capo VI - L'infermiere e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche oppure e l'Ordine Professionale**

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

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

36. L'infermiere e l'Ordine Professionale segnalano le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.

37. L'infermiere e l'Ordine Professionale denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica *e situazioni di de professionalizzazione, in cui l'infermiere non può o non è messo nelle condizioni di poter decidere e gestire l'assistenza alla persona.*

38. L'infermiere e l'Ordine Professionale promuovono il valore e sostengono il prestigio della professione e della collettività infermieristica.

39. L'infermiere tutela il proprio nome e il decoro personale. Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

40. L'infermiere esercita la funzione di rappresentanza professionale con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali.

### **Disposizioni finali**

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice sono vincolanti; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine Professionale.

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche sono garanti della qualificazione dei professionisti e delle competenze da loro acquisite e sviluppate.

Gli Ordini Professionali, recepiscono e attuano le indicazioni legislative, regolamentari e giuridiche, inerenti il loro essere enti ausiliari dello Stato.

### Capo I - I principi e i valori

#### Punto 1 e 2

Ricorre in questa nuova veste del Codice Deontologico il termine “*ideale di servizio*” che sembra essere il biglietto di presentazione della revisione al Codice Deontologico del 2009. È anche il tema più controverso e maggiormente dibattuto.

Esso necessita quindi, di argomentazioni supplementari per garantire una sua interpretazione univoca e non solo di una semplice revisione del testo. Si ritiene che le posizioni assunte e controverse siano in buona parte pregiudiziali. Infatti, qualsiasi cambiamento, ovviamente ragionato, prevede l'introduzione di novità che per essere comprese a fondo e in modo diffuso, devono essere prima implementate e poi eventualmente sottoposte a critica. Detto questo, pur ritenendo, in linea generale, che i termini usati in un codice debbano essere auto esplicativi (altrimenti si corre il rischio di lasciarli in balia di interpretazioni soggettive) si ripropongono i punti 1 senza “persegue l'ideale di servizio” e 2 lasciando “l'ideale di servizio” che sembra avere una sua precisa e significativa collocazione come ideale fondativo della professione infermieristica.

Altra osservazione sul punto 1: considerato lo status quo professionale va dato un imprinting in termine di immagine. Ovvero, il riconoscimento di professionista/agente attivo nella società (come recita l'Art.1) deve essere contraddistinto da un valore inconfutabile: andrebbe fatto comprendere il titolo di dottore.

Si propone al punto 2 di aggiungere l'ambito della prevenzione perché può sì far parte dell'educazione, ma per sottolineare che per educazione non si intende solo educazione sanitaria, ma anche informazione sul territorio. Sta nell'**informazione** la vera e propria prevenzione che soprattutto nell'ambito della salute mentale è limitata e manchevole.

#### Punto 3

Il significato di questo punto è lampante: l'infermiere non discrimina nessuno e in alcun modo. È indubbiamente strutturato su una visione ottimistica dell'antidiscriminazione che passa attraverso il concetto di rispetto. Ma come società in senso lato non siamo ancora del tutto pronti a questo tipo di visione, la cultura condiziona anche una professione; proprio per questo si pensa sia necessario ribadire, con termini espliciti, che noi infermieri non discriminiamo proprio nessuno. Infatti, troppe volte si sentono e leggono argomentazioni basate sul sessismo, sull'omofobia e sulla xenofobia. Queste argomentazioni, a forza di essere ripetute, costruiscono o rinforzano nella società alcuni stereotipi, cioè opinioni che si fondano sull'attribuzione ad alcuni gruppi o categorie sociali di determinate qualità. Sulla base degli stereotipi si formano poi i pregiudizi, intesi come atteggiamenti negativi nei confronti di un determinato gruppo sociale (Villano P. Pregiudizi e Stereotipi. Roma: Carocci Editore, 2003.).

A supporto, uno studio svedese (Lindroth M. *'Competent persons who can treat you with competence, as simple as that' - an interview study with transgender people on their experiences of meeting health care professionals. J Clin Nurs. 2016; 25 (23-24)*) che afferma che le persone transgender avvertono mancanza di rispetto dagli operatori sanitari.

#### Punto 6

Sebbene si debba lasciare al professionista l'autonomia di decidere il suo operato, anche dal punto di vista etico, si ritiene che il ricorso alla clausola di coscienza rischi di diventare un boomerang sul piano della responsabilità professionale, perché esporrebbe l'infermiere, se non

ben interpretata, a conseguenze giuridiche sia civili sia penali per sue scelte e sue azioni valutate, sulla base della normativa vigente, come inottemperanze.

Si rimanda quindi alle proposte di carattere generale già descritte in apertura a questo documento e cioè che extra codice deontologico, sia necessario produrre analisi di casistiche che configurino le condizioni per il possibile ricorso alla clausola di coscienza, e che nel contempo, definiscano i limiti per arginare possibili derive di astensionismo non giustificato. A maggior ragione per il fatto che, in questo codice, la clausola di coscienza è stata introdotta anche dal punto di vista organizzativo.

## Capo II - La funzione assistenziale

### Punto 9

Nel contesto del punto 9 è stato eliminato il termine i “saperi”, perché concettualmente è una componente essenziale della competenza del professionista sanitario. Il “costantemente” perché un professionista sanitario è obbligato deontologicamente ad aggiornare le proprie competenze (obbligo che qui si intende non riferito all’acquisizione dei crediti ECM) con cui rispondere ai bisogni di assistenza infermieristica.

“La competenza è organizzata in sistema: deve essere pensata in termini di connessioni e non di disgiunzioni, di spezzettamento, di frammentazione d’ingredienti. La competenza non si può apprendere o comprendere se si configura come un risultato di un lavoro di dissezione.

Fatta questa precisazione, per ragioni di chiarezza espositiva, è comunque utile considerare le sue componenti essenziali:

- caratteristica intrinseca;
- nesso di causalità;
- performance;
- ruolo;
- capacità;
- conoscenze;
- esperienze finalizzate;
- motivazione;
- contesto.”

(Marmo G, Gavetti D, Russo R. Profilo di posto. Dalla concettualità, al metodo e all’operatività. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche; 2011.)

## Capo III - La relazione e la comunicazione

### Punto 17

Il curare la documentazione riporta alla conservazione della documentazione sanitaria, compresa quella medica. La cura della documentazione può far parte del codice deontologico di un amministrativo ...

**Forse potrebbe funzionare meglio:** “curandone la relativa documentazione durante il percorso assistenziale”.

Alcuni pensano che il termine “curare” debba essere riservato alle persone/assistiti.

### Punto 18

Questo punto può essere concettualmente inglobato all’interno del punto 24. In fondo si parla, in entrambi gli articoli, di rispetto delle informazioni personali. Inoltre, l’espressione “durante

l'intero processo di cura" potrebbe essere erroneamente interpretata e letteralmente strumentalizzata.

### **Punto 22**

Punto 22 molto interessante però la condizione "tenuto conto della sua età e del suo grado di maturità" potrebbe prestarsi a libere interpretazioni. A quale età e grado di maturità si fa riferimento? A quale fase dello sviluppo cognitivo? Si devono possedere anche delle competenze specifiche quando si parla di grado di maturità o sviluppo cognitivo/emotivo. Questa condizione, probabilmente, necessita di un approfondimento extra codice e di precisazioni per evitare l'uso strumentale delle parole, ma soprattutto per non delegittimare questo articolo che, insieme ad altri, è innovativo e coraggioso.

## **Capo V - L'organizzazione e la funzione assistenziale**

### **Punto 29**

Se con "equa allocazione" si intende la diversa allocazione delle risorse in base ai bisogni, forse sarebbe opportuno cambiare tale termine, anche in coerenza con quanto affermato dal Ministero della Salute sulla Clinical Governance, con "appropriata distribuzione".

### **Punto 32**

Questo punto sembrerebbe in una prima lettura che abbia sostituito l'Articolo 30 del Codice del 2009:

#### **Articolo 30**

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

Si è più propensi a ritenere che non si tratti di una sostituzione perché all'interno di "eventi accidentali e/o dannosi" possono essere compresi i rischi del lavoro sanitario a qualsiasi livello, la gestione del rischio (Clinical Governance), la sicurezza delle cure e nondimeno la tutela di tutte le persone coinvolte nel percorso clinico/assistenziale e nell'organizzazione.

**Semmai, in un discorso di ampio respiro**, punto di maggior interesse per quanto riguarda l'attuale codice deontologico è la totale scomparsa di un articolo che normi chiaramente un atto ampiamente utilizzato in molti ambiti sanitari, quale è la contenzione. Il codice deontologico ha una funzione di guida all'esercizio della professione infermieristica per cui non può prescindere dal dare una guida su un argomento tanto importante.

Quando si entra in uno dei "dilemmi etici" più dibattuti, tra etica/deontologia e pratica professionale c'è tensione. I problemi sono sempre nelle "prassi professionali" e quindi nei comportamenti, per cui è fondamentale la riflessione sulle prassi e una integrazione della teoria per operare cambiamenti culturali.

**Basaglia scriveva:** «non credo si faccia cultura scrivendo libri, si fa cultura soltanto nel momento in cui si cambia la realtà».

La CONTENZIONE è un tema delicato, è uno dei temi che raccoglie “detrattori” e “sostenitori” ed ha generato divisioni spesso “ideologiche”, estremismi, riduzionismi solo dannosi per i pazienti, per le famiglie, per gli operatori coinvolti, per tutti i portatori di interesse. Tuttavia la SISISM non si situa in nessuna delle posizioni estreme, ritenendo doveroso operare in sanità in termini di prevenzione e gestione del rischio di qualsivoglia natura con metodi no-restraint.

Nel codice deontologico infermieristico del 1999 venne redatto un articolo, il 4.10 per la precisione, che era decisamente equilibrato e, possiamo a questo punto dire, attualissimo. Sicuramente migliore della successiva norma del codice deontologico 2009, in cui viene praticamente annullata la parte etica dell’articolo, **individuando nella prescrizione medica della contenzione una competenza infermieristica**. Vanno bene le documentate valutazioni assistenziali infermieristiche, ma diventa inaccettabile ormai che vi sia una prescrizione medica, vista le considerazioni scaturite dalla sentenza della cassazione per il caso Mastrogiovanni, in cui si evince che la contenzione non può essere considerata una pratica terapeutica.

**Tuttavia, è importante ricordare, che il Caso Mastrogiovanni (non unico caso nella storia tragica della psichiatria) non ha prodotto condanne verso gli infermieri soltanto per il contenimento meccanico senza alcuna prescrizione e per di più di una persona lasciata nuda e isolata, ma per aver anche omesso l’assistenza infermieristica di base verso una persona che non era neanche in condizioni di autonomia.**

Nel codice deontologico 2016, non compare alcun **chiaro** accenno alla contenzione, sia essa farmacologica, meccanica o fisica che dir si voglia. Scompare il termine, ma non scompare la pratica contenitiva. Scompare solo nel codice deontologico FNOPI, ma rimane nel codice deontologico medico mentre è presente nei documenti del comitato nazionale di bioetica in un articolo pubblicato nel 2015 (<http://www.governo.it/articolo/comitato-bioetica-pubblicato-il-parere-la-contenzione-problemi-bioetici/2407> ). Non che questo voglia significare qualcosa, ma il codice deontologico deve mettere in chiaro l’aspetto etico di una pratica sempre attuale nell’assistenza infermieristica quotidiana. Purtroppo non si può prescindere da questo perché, se in alcune realtà psichiatriche (analizzando l’ambito della salute mentale) non si mette in atto questa deprecabile pratica (SPDC no restraint), in moltissime altre purtroppo non si riesce a prescindere dall’utilizzo (e anche qui stendiamo un velo pietoso), sempre nei casi necessari ovviamente. Analizzando il codice deontologico 2016 l’articolo 32 appare criptico e contraddittorio. Nella fattispecie “L’infermiere pone in essere quanto necessario per proteggere la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, mantenendo la di lei libertà e dignità”. Evitando il campo minato del settore psichiatrico, in altri ambiti come si può tutelare la persona che cerca di strapparsi i drenaggi dopo un’operazione, senza privarla momentaneamente della sua libertà?

**Si propone quindi un qualcosa che sia una via di mezzo tra i primi due articoli tipo:**

“L’infermiere assicura che la contenzione sia un evento straordinario, motivato da documentate valutazioni infermieristiche e mediche”, visto che comunque è l’équipe che decide e pone in essere tutte quelle pratiche impegnative che solitamente portano a non contenere una persona in ambito psichiatrico.

Ulteriori riflessioni rendono evidenti condizioni di ambiguità, tra le proposizioni dei capi III e V: il capo III nei punti 20, 21, 23 e il capo V nel punto 32.

L’evidenza è relativa al mandato di controllo sociale che ancora definisce la nostra specificità ed i moti culturali di innovazione (un’innovazione che ha compiuto quarant’anni, quindi non del tutto “nuova”) del fare in psichiatria.

Il paradosso che ne nasce provoca stridori concettuali in contesti di cura che si trovano a sostenere impegni di custodia e controllo in un clima culturale che si evolve, ma abbandona l'operare in complicate gestioni ontologiche tra l'assistenza e l'obbligo.

Il punto 32 "L'infermiere pone in essere quanto necessario per proteggere la persona assistita da eventi accidentali e/o dannosi, mantenendo inalterata la di lei libertà e dignità" rappresenta un grande passo avanti, sebbene vi sono alcune perplessità riguardo una certa terminologia utilizzata come:

- "**pone in essere**" potrebbe essere migliore di si "adopera" (vecchio art 30), si potrebbe però ragionare su un termine che riconosca maggiormente l'approccio adeguato, appropriato, critico ma anche intellettuale che ci si deve aspettare da un infermiere al fine di eliminare una pratica (non citata esplicitamente) che non ha alcuna valenza sanitaria: non promuove la salute, non previene rischi, ma anzi li aumenta, non contribuisce a fare diagnosi, non è terapeutica, è disabilitante e non riabilitante, ed assolutamente non cura.
- "**proteggere da eventi accidentali e/o dannosi**", se è un evento eccezionale e straordinario, forse può non essere fondamentale citarlo esplicitamente in un codice deontologico, le situazioni "accidentali e straordinarie" competono alle persone presenti sulla scena (competono ai cittadini tutti, sanitari e non sanitari, ai quali si rivolge l'art 54 del CP). Il rischio di prevederlo nel nostro codice è che in qualche modo li riconosciamo.

Tra le righe emerge anche "la funzione di controllo e di garanzia della sicurezza", "protezione" storicamente attribuita all'infermiere e che richiama al concetto di custodia (non di cura) che, in particolare nell'ambito della Psichiatria, è un concetto che si vuole superare e da anni si sta lavorando in questa direzione.

## **Capo VI - L'infermiere e l'Ordine delle Professioni Infermieristiche oppure e l'Ordine Professionale**

### **Punto 35**

*Si propone di aggiungere che l'infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano (attraverso la formazione e la ricerca) a valorizzare le aree di competenze autonome infermieristiche, allo scopo di porre le basi a un percorso di crescita progressiva delle competenze della professione.*

## CONCLUSIONI

Considerata l'attuale "attenzione" ed evoluzione del concetto di percorso di presa in carico (*patologie importanti, cronicità, fragilità, disabilità*) che rimanda ad una operatività multi professionale, multi disciplinare, multi contestuale e multi livellare, un riferimento chiaro potrebbe essere appropriato per chi svolge la professione infermieristica e guidare l'infermiere ad aver presente ospedale e territorio e viceversa, aspetti sanitari verso aspetti sociali, agire nel sanitario e nel sociale.

### Altri ambiti che il Codice Deontologico potrebbe ospitare per migliorare l'agire infermieristico:

- MODELLI ORGANIZZATIVI E ASSISTENZIALI MODERNI (Primary Nursing – Case Management)
- LA FORMAZIONE
- EMPOWERMENT e suo sviluppo per l'infermiere stesso e per il paziente, la sua famiglia verso i quali l'infermiere può giocare un ruolo fondamentale attivo e **PROATTIVO** [termine non menzionato nella bozza] grazie alla sua "formazione" sia sul piano sanitario sia sociale
- CURE COMPLEMENTARI

Complessivamente la proposta del nuovo Codice Deontologico dell'Infermiere, a fronte di ulteriori revisioni, integrazioni e contributi migliorativi, sembra garantire i valori fondanti della nostra professione come nello schema che segue:



## *IL CONSIGLIO DIRETTIVO SISISM*

*Con la preziosa collaborazione dei soci SISISM:*

*Maurizio Ercolani (Marche), Sandra Bernardi (Marche), Elisabetta Bernardinello (Emilia Romagna), Maurizio Davi (Trentino), Margherita Di Giulio (Lombardia), Domenico Gulizia (Lombardia), Claudio Maliziola (Emilia Romagna), Stefano Marconcini (Puglia), Cesare Moro (Lombardia), Salvatore Piliero (Lombardia) Nando Simula (Sardegna), Gianfranco Tamagnini (Abruzzo), Annamaria Tanzi (Lombardia).*