

CONTRIBUTI SCIENTIFICI DI AGGIORNAMENTO

• “La riforma delle pensioni: i punti principali”

Dott. Rocco Longo*

*Infermiere - DSITR Azienda ospedaliero-universitaria di Bologna - Policlinico S. Orsola-Malpighi



PREMESSA

Con l'approvazione dell'ultima riforma previdenziale, quella che ha ritoccato la legge “Maroni” introducendo gli scalini e le quote, si allungano i tempi di pensionamento. Per l'anzianità, le finestre passano da quattro a due. Inoltre, anche chi matura il requisito per la vecchiaia dovrà d'ora in poi fare i conti con le uscite programmate.

Le buone notizie riguardano solo coloro che raggiungono il pensionamento d'anzianità con 40 anni di contribuzione, i quali continueranno come oggi ad usufruire di quattro uscite.

Pensioni, si cambia a tappe

Dopo un lungo percorso parlamentare è stata approvata, con legge 24 dicembre 2007, n. 247, (G.U. n. 301 del 29 dicembre 2007), la nuova riforma previdenziale che da gennaio coinvolgerà il mondo del lavoro.

Tutto l'interesse sull'argomento (che si rammenta ha avuto ben cinque riforme negli ultimi quindici anni), è stato richiamato dalla previsione della precedente riforma del 2004, la legge “Maroni”, che aveva previsto dal 1° gennaio 2008 l'innalzamento dell'età minima per ottenere il pensionamento d'anzianità a sessant'anni.

È stato introdotto un nuovo calendario per il pensionamento anticipato e accanto a questo, vera novità, sono state, per la prima volta, introdotte nel sistema pensionistico le “quote”, cioè dei termini numerici divenuti requisiti per l'ottenimento del diritto a pensione, determinati dalla somma degli anni di contribuzione e degli anni di età anagrafica. Di seguito si riportano le scadenze temporali e i requisiti per il **pensionamento d'anzianità**:

- dal 1° gennaio 2008 e sino al 30 giugno 2009 per poter ottenere il pensionamento anticipato di anzianità occorrerà, per i dipendenti sia pubblici che privati, avere 35 anni di contribuzione e 58 anni di età, 59 per i lavoratori autonomi;

- dal 1° luglio 2009 verrà richiesta **quota 95** con almeno 59 anni di età e 36 anni di contribuzione ovvero 60 anni di età e 35 di contribuzione;
- dal 1° gennaio 2011 sarà necessaria **quota 96** con almeno 60 anni di età e 36 anni di contribuzione o 61 anni di età e 35 di contribuzione;
- infine, dal 2013 la quota richiesta sale a **97** con almeno 62 anni di età e 35 di contribuzione, oppure 61 anni di età e 36 di contribuzione.

Se questi sono i nuovi requisiti richiesti per il pensionamento di anzianità invariate rimangono le condizioni per la pensione di vecchiaia su cui, limitatamente per le donne, si era discusso di un incremento. La **pensione di vecchiaia** si raggiunge per le **donne a 60 anni** e per gli uomini a 65. **Nel caso dell'impiego pubblico è possibile ottenere di permanere in servizio per un ulteriore biennio.**

Le nuove disposizioni sono intervenute anche a modificare le date di uscita, le famose “finestre”, stabilite in solamente **due per il pensionamento di anzianità**: dal 1° gennaio dell'anno successivo, per chi maturi i requisiti nel primo trimestre e dal 1° luglio, sempre dell'anno successivo, per chi raggiunga i requisiti nel secondo semestre dell'anno precedente. Restano quattro le finestre: 1°

I nuovi requisiti per la pensione di anzianità

	Dipendenti	Autonomi
2007	35+57	35+58
2008-30 giugno 2009	35+58	35+59
1 luglio 2009-2010	Quota 95 (60+35/59+36)	Quota 96 (61+35/60+36)
2011-2012	Quota 96 (61+35/60+36)	Quota 97 (62+35/61+36)
Dal 2013	Quota 97 (62+35/61+36)	Quota 98 (63+35/62+36)

Le finestre per conquistare la pensione

Requisiti	Uscite
PENSIONAMENTO D'ANZIANITÀ	
Maturati entro il I semestre	Dal 1° gennaio dell'anno successivo
Maturati entro il II semestre	Dal 1° luglio dell'anno successivo
PENSIONAMENTO DI VECCHIAIA	
65 anni uomini 60 anni donne entro il 31 marzo	Il 1° luglio dello stesso anno
65 anni uomini 60 anni donne entro il 30 giugno	Il 1° ottobre dello stesso anno
65 anni uomini 60 anni donne entro il 30 settembre	Il 1° gennaio dell'anno successivo
65 anni uomini 60 anni donne entro il 31 dicembre	Il 1° aprile dell'anno successivo
PENSIONAMENTO CON 40 ANNI DI CONTRIBUTI	
40 anni di contributi e 57 anni di età entro il 31 marzo	Dal 1° luglio dello stesso anno
40 anni di contributi e 57 anni di età entro il 30 giugno	Dal 1° ottobre dello stesso anno
40 anni di contributi entro il 30 settembre	Dal 1° gennaio dell'anno successivo
40 anni di contributi entro il 31 dicembre	Dal 1° aprile dell'anno successivo

gennaio, 1° aprile, 1° luglio e 1° ottobre **per coloro che vanno in pensione con almeno quarant'anni di contribuzione indipendentemente dall'età anagrafica, e anche per i pensionamenti di vecchiaia.**

Un dato importante, già previsto dalla riforma "Maroni" viene, invece, confermato dalla nuova riforma. Si tratta del diritto di poter andare in pensione in futuro, indipendentemente dalle nuove regole, per coloro che abbiano maturato i requisiti previdenti (35 anni di contribuzione e 57 anni di età) entro il 31 dicembre 2007. La norma richiedeva ai fini dell'applicazione della salvaguardia che il lavoratore avesse raggiunto i requisiti di età e di anzianità contributiva secondo la normativa preesistente a quella prevista dalla legge 23 agosto 2004 n. 243 e stabiliva altresì che, raggiunti i predetti requisiti, il diritto ad ottenere la pensione fosse indipendente da qualunque successiva modifica normativa. Dall'INPS è stato, in particolare, chiarito che per rientrare tra i destinatari della salvaguardia del diritto è sufficiente aver maturato il requisito anagrafico e contributivo previsto dalla normativa attualmente in vigore senza alcun riguardo al momento della cosiddetta apertura della finestra che può collocarsi anche in un momento successivo al 31 dicembre 2007. Pertanto, tutti coloro che hanno maturato i requisiti nel corso del 2007, sulla base della disciplina in vigore e le cui finestre di accesso si collocano nel 2008 potranno andare in pensione di anzianità in ogni momento dall'apertura della finestra di accesso.

ATTIVITÀ USURANTI

Una lunga e contrastata vicenda è quella che ha riguardato le attività usuranti e che potrebbero interessare anche le categorie sia della dirigenza medica sia del comparto della sanità. Già in passato, risalente addirittura al 1993, l'introduzione della definizione di usura per le attività di alcune particolari categorie di lavoratori aveva creato aspettative in gran parte non realizzate e confusione degli effettivi possibili fruitori. Reintrodotta dall'accordo governo/sindacati del luglio 2007, nel contesto delle modifiche da apportare alla riforma "Maroni" del 2004, anche nel nuovo contesto legislativo ha comportato contrasti nelle varie componenti del governo che è stato costretto, alla fine, a porre la fiducia sul testo. In pratica l'accordo prevedeva una definizione delle attività usuranti per le quali era concesso il diritto ad un pensionamento anticipato con requisiti inferiori a quelli previsti per la generalità dei lavoratori dipendenti, riferendosi, fra gli altri in particolare ai di-

pendenti con prestazioni lavorative notturne così come individuate dal decreto legislativo n. 66 dell'8 aprile 2003.

Il decreto in questione indica un numero minimo di 80 notti lavorate all'anno. Su questo numero una componente politica aveva ritenuto che si dovesse produrre una riduzione e aveva fatto approvare in Commissione l'abrogazione del riferimento al Dlgs. n. 66/2003 rendendo così possibile un ridimensionamento del limite minimo ivi previsto. Il governo ha, invece, considerato improponibile la modifica e ha posto la fiducia su tutto il dispositivo legislativo, reintroducendo l'originario testo dell'accordo.

La legge delega lo stesso governo ad adottare, entro tre mesi dalla data della sua entrata in vigore, uno o più decreti legislativi al fine di concedere ai lavoratori dipendenti, che maturano i requisiti per l'accesso al pensionamento a decorrere dal 1° gennaio 2008, impegnati in particolari lavori o attività, la possibilità di conseguire, su domanda, **il diritto a pensione con un requisito anagrafico minimo ridotto di tre anni, ma, in ogni caso, non inferiore ai 57 anni di età e fermo restando il requisito di anzianità minima contributiva di 35 anni.**

Per quanto riguarda l'**usura correlata ai periodi di lavoro notturno**, i lavoratori che possono usufruire della riduzione devono avere svolto, **nel periodo transitorio, un periodo minimo di sette anni negli ultimi dieci di attività lavorativa, ovvero, a regime, un periodo pari almeno alla metà della vita lavorativa.** Ma, ed è questa una condizione tutta da verificare, i Dlgs. per assicurare il beneficio devono anche prevedere la coerenza con il limite delle risorse finanziarie determinate aprioristicamente dalla stessa legge, e indicare, qualora nell'ambito della funzione di accertamento del diritto emerga, dal monitoraggio delle domande presentate e accolte, il verificarsi di scostamenti rispetto alle risorse finanziarie prestabilite, l'obbligo da parte del ministro del Lavoro e della Previdenza sociale di darne tempestiva notizia al ministero dell'Economia e delle Finanze ai fini di opportuni provvedimenti. Sono stati, quindi, indicati tutta una serie di paletti idonei a restringere il più possibile la platea dei beneficiari.

Resta da comprendere quando si possa definire un lavoro usurante. La questione non è di poco conto né di facile soluzione. Il fatto che se ne parla da circa 15 anni dimostra che la soluzione non è a portata di mano. Vedremo chi ne potrà usufruire e se fra questi saranno considerati anche i sanitari che di usura sono senz'altro fra i più soggetti.

PENSIONI: IL RISCATTO DIVENTA CONVENIENTE

Il riscatto degli anni di studio ai fini pensionistici è stato sempre ritenuto un atto particolarmente importante, ma soprattutto utile. Utile perché nel sistema di calcolo retributivo permetteva di anticipare la possibilità di andare in pensione ovvero aumentare il valore dell'importo del vitalizio.

Con l'entrata in vigore del metodo di calcolo con il sistema contributivo il riscatto ha perduto gran parte del suo appeal. Valido solamente ad aumentare il montante, cioè la somma complessiva dei contributi prodotti in tutta la vita lavorativa su cui viene calcolata la pensione, e non utile ad anticiparne l'attribuzione, il riscatto aveva perso il suo originario vantaggio.

C'è da considerare anche, e non è un fattore da sottovalutare, che l'importo del riscatto, richiesto dagli enti previdenziali, è diventato nel tempo sempre più oneroso. Sulla base di queste condizioni il legislatore, nel contesto dell'ultima riforma previdenziale (legge n. 247/2007), ha introdotto delle norme idonee a rendere, di nuovo, favorevole la procedura. In base alle nuove disposizioni, per le domande di riscatto presentate dal 1° gennaio 2008, l'onere del riscatto, per i periodi ricadenti in data antecedente al 1° gennaio 1996, e per i quali si applica il sistema retributivo, e per quelli successivi al 1° gennaio 1996 e relativi al sistema contributivo, potrà essere versato in un'unica rata ovvero in 120 rate mensili. In quest'ultimo caso la norma esclude l'applicazione di interessi (in generale intorno al 3 per cento) per la rateizzazione. Spiace che questa più favorevole condizione non trovi applicazione anche al pagamento dei riscatti, richiesti antecedentemente al 1° gennaio 2008, ma non ancora concretizzatisi con la formale richiesta del pagamento da parte degli enti previdenziali, che restano soggetti alle precedenti e più onerose norme. Potrebbe, fatti i relativi calcoli, in specie in relazione alla contribuzione e all'età del richiedente, elementi che condizionano significativamente il contributo, risultare, in questo caso, più conveniente rappresentare la richiesta lasciando decadere la primitiva domanda.

Ricordiamo che ogni lavoratore può chiedere di coprire con versamenti a proprio carico il periodo del corso legale degli studi universitari.

Ricadono in questa identificazione gli anni di studio per il "diploma universitario" che si consegue con un corso di studi di durata non inferiore ai due anni e superiore a tre: la cosiddetta laurea breve.

Inoltre, viene compreso il “diploma di laurea” realizzato con i corsi di durata non inferiore ai quattro anni e non superiore ai sei e il “diploma di specializzazione” che si consegue successivamente alla laurea.

Rientra nella possibilità di richiesta del riscatto anche il “dottorato di ricerca”.

Oltre alla rateizzazione più ampia e l'eliminazione degli interessi per il suo pagamento sono stati introdotti altri elementi favorevoli al riscatto degli anni di studio. La modifica davvero importante riguarda l'efficacia del riscatto in termini pensionistici per coloro che sono soggetti al sistema contributivo.

Esclusi in passato, dal 2008 i periodi di riscatto divengono, invece, utili ai fini del raggiungimento dell'anzianità contributiva dei 40 anni, necessaria al conseguimento del trattamento pensionistico di vecchiaia indipendentemente dall'età dell'interessato.

In pratica, si potrà richiedere il trattamento prima del limite dei 65 anni per gli uomini e i 60 anni per le donne ottenendo il trattamento con l'aliquota di rendimento massima prevista dal sistema di calcolo contributivo.

Se la richiesta di riscatto è possibile per chi è in attività lavorativa e il suo relativo contributo è integralmente detraibile ai fini fiscali per chi possiede un reddito, le nuove norme ammettono il riscatto anche per chi non risulti essere iscritto ad alcuna forma obbligatoria, di previdenza ovvero non abbia iniziato un'attività lavorativa. In questi casi, non essendoci una retribuzione o reddito da utilizzare come base di calcolo dell'onere si fa riferimento al minimale reddituale stabilito per la contribuzione dovuta da parte dei commercianti e degli artigiani, moltiplicato per l'aliquota di computo delle prestazioni pensionistiche dell'assicurazione generale obbligatoria dei lavoratori dipendenti.

Il contributo sarà versato all'INPS, in evidenza contabile separata, e verrà rivalutato secondo le regole del sistema contributivo con riferimento alla data della domanda.

Il montante, così maturato, verrà trasferito, a richiesta da parte dell'interessato, presso la gestione previdenziale alla quale, in seguito, risulterà iscritto.

Per calcolare l'importo per ogni anno di studio utile alla richiesta del riscatto da parte di chi abbia interesse a richiederlo prima di attivare un rapporto di lavoro, è sufficiente applicare l'aliquota attuale del 33 per cento, già prevista per i dipendenti, a un ipotetico reddito annuo di 13.805,00 euro.

L'onere del pagamento, non potendosi

realizzare la detrazione a carico dell'interessato in quanto non in possesso di reddito, potrà essere detratto dall'imposta dovuta dal genitore ovvero dai soggetti cui risulti fiscalmente a carico, nella misura del 19 per cento.



CONCLUSIONI

Dal 2008 chi matura il diritto alla **pensione di anzianità** con il nuovo sistema, basato su scalini e quote, ha a disposizione due uscite. I lavoratori dipendenti, a seconda che i requisiti contributivi e anagrafici vengano raggiunti nel primo o secondo trimestre, potranno lasciare il lavoro rispettivamente dal 1° gennaio o dal 1° luglio dell'anno successivo. Naturalmente, l'attesa sarà più lunga per coloro che raggiungono il diritto all'inizio del semestre. Un lavoratore che al 31 gennaio del 2009 avrà maturato il diritto alla pensione di anzianità (58 anni di età e 35 di contributi) con le vecchie finestre trimestrali sarebbe andato in pensione dal 1° luglio dello stesso anno, mentre con le nuove dovrà aspettare fino al 1° gennaio del 2010.

Gli effetti delle nuove finestre saranno sensibili soprattutto per gli **autonomi**. A seconda che il diritto venga perfezionato nel primo o secondo semestre chi lavora in proprio potrà andare in pensione, rispettivamente, dal 1° luglio dell'anno successivo, o addirittura dal 1° gennaio del secondo anno successivo.

Rispetto all'anno scorso l'attesa minima passa da 6 a 12 mesi, mentre quella massima sale da 9 mesi ad un anno e mezzo. Un commerciante che matura i requisiti per la pensione entro il 31 marzo 2008 (59 anni di età e 35 di versamenti) potrà mettersi a riposo dal 1° luglio del 2009, ossia dopo 15 mesi dalla data in cui ha raggiunto il diritto.

Tutto più facile per coloro che accumulano 40 anni di contributi, per i quali restano valide le “vecchie” quattro finestre, quelle utilizzate sino al 2007.

Anche per gli autonomi le finestre sono quattro, ma la decorrenza è più distanziata. La pensione scatta infatti dal 1° ottobre, dal 1° gennaio, dal 1° aprile, dal 1° luglio dell'anno successivo a seconda che il requisito venga maturato nel primo, secondo, terzo o quarto trimestre dell'anno.

I **pensionati di vecchiaia** che sino all'anno scorso ricevevano l'assegno dal mese successivo al compimento dell'età, ora dovranno sedersi in panchina.

Con il raggruppamento delle uscite in scaglioni si realizza di fatto un'elevazione dell'età pensionabile, fermo restando il requisito per la “vecchiaia” di 65 anni per gli uomini e 60 anni per le donne.

Uno slittamento che creerà qualche problema per il *turnover* nelle imprese cui la legge consente di licenziare i lavoratori per raggiunti limiti di età. È probabile che ci sarà un intervento legislativo per dirimere la questione.

Per i **dipendenti** la decorrenza è fissata all'inizio del trimestre successivo a quello in cui si maturano i requisiti anagrafici e di contribuzione. Mentre per gli **autonomi**, l'attesa per il primo assegno diventa decisamente più lunga; per loro si applicano le finestre previste per il pensionamento di anzianità con 40 anni.

Questo significa che una donna commerciante che compie 60 anni a gennaio, per la pensione deve aspettare il 1° ottobre.



BIBLIOGRAFIA

Testuzza C.A. *Pensioni, si cambia a tappe*, In: Il Sole 24 ore Sanità - Primo Piano, 8-14 gennaio 2008, pag. 8

Testuzza C.A. *Pensioni, il riscatto diventa conveniente*, In: Il Sole 24 ore Sanità - Fisco&Previdenza, 15-21 gennaio 2008, pag. 22

Comegna D. *La Pensione? È più lontana*, In: Il Corriere Economia, 21 gennaio 2008, pag. 21, Milano

• “Rischio e sicurezza nelle organizzazioni sanitarie: come apprendere dagli errori per prevenire gli eventi avversi”

Dott. Patrizio Di Denia*

* *Responsabile del Programma aziendale di Gestione integrata del Rischio degli Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna - Collaboratore Agenzia sanitaria regionale dell'Emilia-Romagna*



• IL PROBLEMA

Gli ultimi gravi eventi di cosiddetta “malasanità” avvenuti di recente in alcune strutture sanitarie della nostra città e diffusi con grande clamore dai **mass media** locali e nazionali hanno evidenziato, oltre a problemi relativi all'utilizzo delle tecnologie e a comportamenti dei professionisti, anche a problematiche relative alla gestione immediata dei singoli casi (ritardi nella segnalazione degli incidenti a livello aziendale, inadeguate

modalità di comunicazione all'esterno, colpevolizzazione degli operatori coinvolti, ecc.) legate prevalentemente a fattori di natura culturale. L'errore clinico non può essere letto con la ricerca del singolo colpevole, in particolare quando lo sviluppo odierno delle conoscenze specialistiche e delle alte tecnologie spinge verso il lavoro in équipe (multi-professionalità) e in servizi sempre più strutturati (multidisciplinarietà). È proprio di una cultura non scientifica considerare l'errore clinico esclusivamente connesso alla responsabilità del singolo. Sarebbe più corretto parlare dell'errore come "evento avverso", cioè come esito sfavorevole per la persona in cura non dovuto alla conseguenza naturale della sua malattia e dell'avversità come esiti molteplici e frequenti, di cui alcuni sono inevitabili. Gli eventi avversi sono riducibili ma non tutti evitabili.

In uno studio non recente negli USA si calcolava che in un anno gli eventi avversi si sono verificati nel 3,6% dei ricoveri (di cui 1,8 evitabili) con esiti di morte del 0,50 dei casi. Dunque, l'errore clinico costituisce un evento connesso con l'attività umana e con le strutture dei servizi di particolare complessità, come la sanità ospedaliera ed in particolare quella chirurgica. L'uomo non ha le potenzialità per annullare ogni fattore di rischio; non è possibile, come insegnano scienze e letteratura, ottenere una situazione in cui non esistono rischi, perciò quello che si ricerca non è una condizione di rischio zero, ma un ambiente in cui gli eventi rischiosi siano ridotti al minimo. L'errore è una componente inevitabile della realtà umana e cresce in relazione all'aumento dell'utilizzo di strumenti tecnologici, quindi fallibili da parte dell'individuo. L'errore, però, anche se inevitabile, richiede il miglioramento continuo dell'intero sistema per ridurre e controllare gli eventi avversi, e per evitare il più possibile gli esiti mortali.

Anche in Italia, quindi, negli ultimi anni la **sicurezza del paziente** è diventata una questione centrale per le strutture sanitarie e rappresenta oggi una primaria preoccupazione degli utenti, degli operatori sanitari e dei gestori dei servizi sanitari. Questa preoccupazione è aumentata col crescere della consapevolezza dei cittadini rispetto alle loro condizioni di salute e di cura e con la diffusione di dati relativi agli incidenti provocati da errori clinici; inoltre da più parti viene sottolineato come il numero dei reclami e le denunce per *malpractice* sono in continuo aumento, così come i costi assicurativi.

Parlare di "qualità delle cure" oggi si-

gnifica parlare non solo di efficienza ed efficacia delle prestazioni ma anche e soprattutto di **sicurezza** del servizio offerto.

Per le organizzazioni sanitarie ed i pazienti, la sicurezza è un prerequisito della assistenza di buona qualità; tale requisito, proprio perché implicito, quando viene disatteso, determina le peggiori reazioni di insoddisfazione.

RIFERIMENTI NORMATIVI NAZIONALI E REGIONALI

Negli ultimi tempi, sia a livello nazionale che regionale vi è un ampio dibattito e vi è stata una frenetica attività legislativa che ha prodotto cogenti e importanti disposizioni per le Aziende e gli operatori sanitari.

Si rammenta a questo proposito il recente disegno di legge per la "Qualità e Sicurezza del Servizio sanitario nazionale" collegato alla Finanziaria 2008, approvato dal Consiglio dei ministri il 16 novembre 2007 e presentato dal ministro della Salute on. Livia Turco, che si occupa tra l'altro della **Sicurezza delle cure e della risarcibilità degli errori medici**.

Con questo ddl. la gestione del rischio clinico, ossia l'errore che provoca un danno alla salute del paziente, diviene una delle funzioni attribuite alla Azienda. A questo scopo le Regioni creeranno le condizioni ottimali affinché in ogni struttura sanitaria siano previsti organismi appositamente dedicati, dotati di strumenti idonei per la rilevazione e l'analisi dei rischi, per il loro trattamento e per il monitoraggio nel tempo.

Le Aziende sanitarie dovranno altresì assicurare nei "luoghi delle cure" un servizio di *Ingegneria clinica* unicamente riservato all'accertamento dell'uso sicuro, efficiente ed economico dei dispositivi medici, ad esempio prevedendo procedure di accettazione e collaudo di apparecchi e impianti, sottoponendo gli stessi a manutenzione preventiva e correttiva.

Il disegno di legge affronta anche il tema della c.d. "Medicina difensiva". Si tratta di un fenomeno sempre più frequente che ha conseguenze potenzialmente gravi per la qualità e i costi dell'assistenza sanitaria. Esso consiste nella scelta di una condotta professionale che sia al riparo da rischi o da eventuali danni, anche a discapito del perseguimento dell'interesse del paziente. Nella migliore delle ipotesi ciò comporta la prescrizione di prestazioni o accertamenti diagnostici inutili, nella peggiore il rifiuto di curare taluni pazienti o alcune patologie. Con l'obiettivo di contrastare tale fenomeno il disegno di legge estende la responsabi-

lità civile per la condotta del personale medico e non medico alla struttura sanitaria di appartenenza e prevede che le Regioni provvedano a regolare la *definizione stragiudiziale delle vertenze* aventi ad oggetto danni derivanti da prestazioni fornite da operatori del Servizio sanitario nazionale.

Nella *Regione Emilia-Romagna*, già da alcuni anni, il tema della sicurezza del paziente è presente tra gli obiettivi prioritari delle politiche sanitarie regionali. Infatti, già nel *Piano sanitario regionale 1999-2001*, la gestione del rischio nelle strutture sanitarie è stata inserita nel quadro generale di "governo clinico" del Servizio sanitario regionale, come elemento caratterizzante il miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il modello proposto si basa sulla realizzazione di un approccio integrato alla gestione del rischio nelle strutture sanitarie, nei diversi aspetti della sicurezza all'interno delle strutture sanitarie, attraverso lo sviluppo di una cultura condivisa del rischio fra i professionisti afferenti ad aree tecnico-professionali diverse.

La prevenzione/trattamento del rischio "clinico" rientra fra le attività che sono espressione di un approccio sistemico alla qualità dei servizi e delle prestazioni, nella logica suggerita dalla *legge regionale n. 29/2004*, di una ampia partecipazione e responsabilizzazione delle professioni alla realizzazione del mandato dell'Azienda sanitaria (governo clinico) e in coerenza con quanto richiesto dal processo di qualificazione delle strutture e delle organizzazioni nella interpretazione dell'istituto dell'Accreditamento.

Inoltre, le *"Direttive della Giunta regionale per l'emanazione dell'Atto aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Emilia-Romagna"* (DGR n. 86/2006) hanno indicato le priorità per la gestione del rischio a livello regionale e aziendale: 1) ricomporre in un modello integrato le attività disperse in settori diversi, clinici, amministrativi e tecnici; 2) sviluppare la funzione di consulenza e supporto ai clinici responsabili dell'attività assistenziale per quesiti di natura etico-professionale e problemi di responsabilità professionale; 3) organizzare la gestione del contenzioso.

Sia nel *Piano socio-sanitario 2007-2009* che nella DGR n. 686/2007 "Linee di programmazione e finanziamento delle Aziende del Servizio sanitario regionale per l'anno 2007" è stato confermato come lo sviluppo della funzione aziendale di gestione del rischio, in termini organizzativi e funzionali sia un obiettivo prioritario del Servizio sanitario regionale e delle Aziende sanitarie regionali.

DAL CONCETTO DI RISCHIO ALLA CULTURA DELLA SICUREZZA

Nato nel XVII secolo nell'ambito della matematica applicata al gioco d'azzardo, il concetto di "rischio" ("Possibilità di subire un danno, una perdita, come eventualità generica o per il fatto di esporsi ad un pericolo" [Il Grande Dizionario Garzanti 1987:1642]) ha avuto a lungo una valenza neutra, indicando semplicemente le probabilità di successo o fallimento di una certa attività. Il rischio nella nostra società, invece, è divenuto un termine con significato marcatamente negativo: **rischio elevato** significa **pericolo elevato**.

Da una parte il dibattito scientifico sottolinea come la nostra sia una società del rischio (Beck, 1992), dall'altra come il fattore umano e organizzativo stia alla base dei grandi disastri industriali. Nel campo degli studi organizzativi ciò ha dato luogo allo sviluppo di un nuovo filone di indagine che, a partire dallo sforzo per spiegare alcuni dei grandi disastri industriali più recenti, come quelli di Seveso, di Three Miles Island, del Challenger e della Exxon Valdez, si è orientato allo studio e alla comprensione dei fattori e delle condizioni che determinano l'affidabilità e la sicurezza delle organizzazioni sia al loro interno, sia verso il loro contesto socio-ambientale.

Questo passaggio paradigmatico, ha portato al movimento culturale a cui stiamo assistendo: dallo studio del "rischio" - quale fattore oggettivo - alla produzione sociale di condizioni di sicurezza, sostenute da una "cultura per la sicurezza" (Gherardi, 1997).

In questo paragrafo si presentano, di seguito, mettendoli a confronto, i due principali approcci paradigmatici con cui viene affrontato il tema del rischio, il *tecnico-scientifico* e il *socio-culturale* (Tabella 1).

L'approccio tecnico-scientifico definisce il rischio come "il prodotto delle proba-

bilità e delle conseguenze (dimensioni e gravità) del verificarsi di un certo evento avverso (vale a dire, di un pericolo)".

Tale approccio, sviluppatosi originariamente negli USA, è andato via via affermandosi a partire dagli anni '70 come paradigma dominante dello studio di situazioni problematiche conseguenti la presenza di rischi all'interno degli ambienti produttivi. Questo approccio non prende però in considerazione la possibilità che il rischio non sia solo un fatto oggettivo, riconosce che la soggettività è una componente non eliminabile del giudizio umano, ma nella maggior parte dei casi sostiene che i calcoli, attraverso cui un individuo definisce il rischio ed agisce, sono puramente dei prodotti oggettivi, delle "verità assolute". Attraverso un tipo di analisi improntata sugli aspetti tecnici e tecnologici del processo produttivo, si cerca da un lato di introdurre tecniche di identificazione del rischio sempre più raffinate, mentre dall'altro si punta fortemente sulla formazione in funzione preventiva, codificando e sottoponendo a controllo e regolamentazione gli aspetti discrezionali del lavoro. Ad essa si affianca la via normativa che considera la sicurezza come prodotto dell'applicazione di norme e regolamenti che prescrivono comportamenti individuali e collettivi sicuri.

L'approccio tecnico-scientifico alla previsione e gestione del rischio è stato però sottoposto a critiche e osservazioni relative alla validità di una simile metodologia di studio ed intervento.

Obiettivo delle critiche è soprattutto la tendenza a considerare il rischio in modo sostanzialmente neurale e distaccato, come un aspetto "oggettivo" della realtà, che può essere misurato, calcolato e previsto su base probabilistica, con la relativa tendenza a offuscare quelle dinamiche economiche, politiche e tecnologiche

che giocano un ruolo estremamente importante nell'elaborazione e nella definizione di cosa sia socialmente rischioso.

L'individuazione dei limiti intrinseci a un approccio esclusivamente tecnico e progettuale ai problemi della sicurezza, accompagnato negli ultimi anni ad un crescente corpus di contributi alternativi provenienti da diverse discipline sociali, dalle scienze politiche all'antropologia, ha prodotto un *approccio socio-culturale*, che ponendosi in modo complementare all'approccio tecnico ha aumentato le conoscenze sulla percezione, la formazione e l'espressione degli atteggiamenti sociali nei confronti dei rischi.

Le origini dell'approccio socio-culturale si possono far risalire al primo importante lavoro della Douglas, *Purezza e pericolo* (1966).

Gli studi condotti nell'ambito di tale prospettiva considerano il rischio come "frutto di una complessa opera di costruzione sociale in cui si combinano elementi culturali e politici nei quali è riconoscibile sia l'influenza e l'opera delle istituzioni, sia la valutazione individuale".

Secondo la Douglas ogni sistema culturale definisce e codifica, attraverso modalità proprie, cosa debba intendersi per attività o comportamento a rischio, influenzando non solo le percezioni diffuse, ma le stesse analisi e decisioni sui rischi, nonché le modalità socialmente condivise di attribuzione delle colpe.

Deriva quindi che il rischio non può essere considerato un elemento oggettivo, in quanto ogni specifico contesto sociale ed organizzativo (nazione, comunità professionale, organizzazione) sviluppa una sua specifica definizione e cultura del pericolo e della sicurezza; ed è sulla base di tale definizione e cultura, piuttosto che su una serie di calcoli di probabilità o di giudizi razionali, che le scelte nei confronti dei rischi vengono compiute.

	APPROCCIO TECNICO-SCIENTIFICO	APPROCCIO SOCIO-CULTURALE
Concezione del rischio	Oggettivo	Relazionale e situato
Atteggiamento verso il rischio	Il rischio può essere scientificamente identificato, misurato e previsto	I membri di ogni contesto sociale e organizzativo definiscono rischio e sicurezza in base alla cultura locale della sicurezza
Chi riguarda	Gli esperti	Ogni membro del gruppo sociale
Enfasi dell'approccio su	Pianificazione, definizione di regole, training	Processi di costruzione sociale della sicurezza e caratteristiche delle pratiche quotidiane di lavoro

Tabella 1 - Confronto tra i due principali approcci paradigmatici con cui viene affrontato il tema del rischio

In tale prospettiva viene ad assumere una collocazione centrale il termine di “cultura della sicurezza”. Con tale termine ci si riferisce a un insieme di “credenze, norme, atteggiamenti e pratiche, sia sociali che tecniche, indirizzate a minimizzare l'esposizione di addetti, dirigenti, clienti e membri della collettività a condizioni considerate come pericolose o calamitose” (Turner, 1992). Benché la nozione di “Cultura della sicurezza” cominci a trovare una sua legittimazione anche nell'ambito della gestione dei rischi in ambito sanitario, il termine viene spesso utilizzato in modo vago e generico, o, peggio, in una accezione reificata e riduttiva che rischia di vanificare le potenzialità.

In primo luogo, è necessario chiarire che la “cultura della sicurezza” non consiste in qualcosa che l'organizzazione ha (o non ha), ma piuttosto una modalità di comprendere l'azione organizzativa. La cultura della sicurezza è quindi un **processo** e non un contenuto o un oggetto, e in quanto tale esso deve essere sostenuto continuamente con adeguati interventi organizzativi. Uno dei rischi insiti nell'adozione di una idea reificata di cultura della sicurezza risiede nella possibilità che si affermi una errata convinzione secondo cui modificando norme e regolamenti o introducendo esortazioni di principio o affermazioni d'impegno che richiamano la cultura della sicurezza nei documenti e nelle dichiarazioni ufficiali dell'organizzazione sia possibile trasformare una organizzazione disinteressata e pericolosa in una organizzazione sicura e affidabile.

In secondo luogo è necessario sottolineare che l'idea dell'esistenza di un'unica e condivisa “cultura organizzativa della sicurezza” può costituire un modo fuorviante di affrontare la questione. L'idea che tutta l'organizzazione condivida una unica cultura della sicurezza contrasta infatti non solo con quanto sostengono molti studiosi del fenomeno culturale nelle organizzazioni (Martin, 1992; Strati, 1996), ma anche con l'esperienza comune secondo cui sono la pluralità e la conflittualità dei punti di vista che costituiscono la quotidianità nelle organizzazioni e non il consenso e la condivisione di progetti, idee e valori.

È infatti possibile individuare la presenza di “culture della sicurezza” diverse e contraddittorie nell'ambito della stessa organizzazione. In particolare la ricerca ha evidenziato come diversi gruppi professionali nella stessa organizzazione sono portatori di concezioni divergenti del pericolo e della sicurezza e, soprattutto, attuano nella loro attività quotidiana modalità diverse di affrontare la questione della gestione del rischio e della preven-

zione di incidenti e infortuni (Gherardi, Nicolini, Odella, 1996).

La consapevolezza che dietro alla figura discorsiva della “cultura della sicurezza” esiste una diversità di assunti e pratiche aiuta ad evitare il pericolo molto reale che l'idea della cultura della sicurezza si trasformi in una forma di vuota ideologia o propaganda manageriale utilizzata per non intervenire affatto nel complesso tessuto di cause che definiscono la sicurezza e l'affidabilità dell'organizzazione. La sicurezza può essere dunque interpretata come una pratica situata, una proprietà emergente di un sistema socio-tecnico, il risultato finale di un processo collettivo di costruzione, un “fare” che coinvolge persone e tecnologie assemblate nell'ambito di un sistema di relazioni materiali. Questo sistema di relazioni include elementi eterogenei e non segue le tradizionali distinzioni fra elementi umani e non umani, aspetti culturali o naturali, fra azione e vincoli, viceversa tutti questi elementi sono coinvolti in un continuo processo di generazione radicato nella pratica organizzativa e definito come “ingegneria della eterogeneità” (Law, 1992). Un luogo di lavoro “sicuro”, una organizzazione “sicura” sono il risultato di una opera di quotidiana “ingegneria dell'eterogeneo” di elementi diversi - competenze, materiali, relazioni, comunicazioni, ecc. - che fanno parte integrante delle pratiche di lavoro dei membri dell'organizzazione.

APPROCCIO SOCIO-CULTURALE E GESTIONE DEL RISCHIO

Perseguendo il paradigma socio-culturale, quali conseguenze derivano per l'agire nella gestione del rischio?

In primo luogo da questi assunti deriva che nell'opera collettiva di costruzione della sicurezza vengono utilizzati una serie di risorse e “materiali” fra loro fortemente eterogenei. Fra questi hanno grande rilevanza le norme, gli standard tecnici e le procedure di comportamento codificati: si tratta di “materiali” che godono di una apparente oggettività. È importante tuttavia sottolineare che in quanto “materiali” essi vengono sempre *utilizzati* dagli operatori nel corso dell'opera di costruzione sociale della sicurezza; essi sono quindi in grado di vincolare e influenzare il processo di costruzione della sicurezza, ma mai di determinarlo. In altri termini, prescrizioni e norme non sono mai in grado di determinare la sicurezza e l'affidabilità e, al contrario, sono esse stesse interpretate, elaborate, ignorate o negoziate nell'ambito della quotidiana opera di costruzione della sicurezza.

Ciò suggerisce la necessità di applicare una buona dose di realismo nell'intro-

duzione di regolamenti e prescrizioni in modo che essi siano concepiti alla luce delle pratiche esistenti e resi compatibili con esse al fine di evitare un loro rigetto, o un rispetto solo apparente, in quanto confliggenti con le consolidate modalità di operare dei membri della comunità.

In secondo luogo, il perseguimento dell'approccio socio-culturale al rischio ha notevoli implicazioni anche per quanto riguarda il modello di formazione e aggiornamento degli operatori da adottare.

Per la costruzione della “cultura della sicurezza”, infatti, è fondamentale la capacità che ha l'organizzazione di apprendere dagli errori, la c.d. *learning organization* che consiste in una capacità collettiva che si realizza in pratica, che viene socialmente costruita, che viene innovata, che viene trasmessa ai nuovi membri che entrano a far parte di un sistema di pratiche, che viene istituzionalizzata in valori, norme ed istituzioni sociali. Sicurezza è allora sapere-in-azione e conoscenza oggettificata e codificata in saperi disciplinari.

Il fenomeno dell'*apprendimento organizzativo* si configura invariabilmente come processo sociale di mobilitazione di saperi che interseca fortemente la dimensione del potere. Ogni modificazione della conoscenza organizzativa si basa sugli equilibri di influenza impliciti nel quadro sociale esistente e allo stesso tempo ne minaccia la stabilità. Le nuove forme di conoscenza devono infatti essere riconosciute e legittimate come tali all'interno dell'organizzazione, sia che siano generate al suo interno, sia che siano traslate da altri contesti.

Ne discende che la sicurezza non è quindi solo una questione di *sapere*, ma anche di *potere*.

Gli interessi dei gruppi egemoni nell'organizzazione, possono quindi impedire, inibire o far fallire forme di cambiamento contrarie ai propri interessi.

Queste riflessioni portano innanzitutto a evidenziare la centralità della *partecipazione* e del *coinvolgimento* degli operatori nell'attività di promozione della sicurezza ed a fornire alcune indicazioni in tema di *formazione e aggiornamento*. Il modello della formazione come trasmissione di conoscenze mirate all'individuo contrasta infatti con la logica dell'apprendimento nelle organizzazioni. Nel migliore dei casi l'informazione/formazione alla sicurezza costituisce un'occasione per arricchire di un nuovo materiale lo sforzo di produzione della sicurezza. Tale nuovo elemento deve tuttavia essere traslato nel sistema culturale vigente, dove la sua forza e impatto è spesso minima. Più sovente la informazione/formazione alla sicurezza svolta in

contesti di aula (ovvero fuori dal luogo di lavoro) ottiene scarsi risultati.

I processi di *apprendimento organizzativo* della sicurezza nelle comunità professionali suggeriscono pertanto la necessità di orientare le iniziative di *formazione* e *aggiornamento* verso modalità meno modellate sul modello scolastico di tipo tradizionale (attività residenziali, lezioni frontali, ecc.) e più vicine alle modalità con cui effettivamente avvengono i processi di circolazione e mobilitazione della conoscenza (*active-learning*, formazione sul campo, simulazioni, ecc. o altre modalità partecipative che facilitino la circolazione dei saperi sulla sicurezza).

In terzo luogo, è soprattutto la "cultura locale" che guida ed orienta nell'identificazione di ciò che costituisce errore, di cosa è identificato rischio e anche l'utilizzo degli strumenti per l'identificazione e l'analisi degli eventi (il sistema di segnalazione spontanea *Incident reporting*, la *Root cause analysis*, l'*Audit clinico*, la *Fmea*, ecc.); infatti tali strumenti, quando introdotti in un contesto operativo perdono la loro caratteristica di strumenti de-contestualizzati e diventano "*tecnologie in uso*" con un impatto organizzativo che deriva dalle modalità di uso effettivo da parte degli utilizzatori e che potrebbe spiegare la viabilità della loro efficacia.

L'analisi della letteratura di orientamento socio-culturale dimostra quindi, come il cambiamento verso la cultura della sicurezza può essere perseguito, promuovendo la partecipazione e il coinvolgimento degli operatori, evitando, in caso di incidenti, di affrontare il tema della sicurezza in modo coercitivo e centrato esclusivamente sulla individuazione di responsabilità a livello individuale, in quanto inefficace, favorendo modalità di formazione basate su modalità partecipative e attive già ampiamente sperimentate di *action learning*; definendo

spazi di "non punibilità" e forme di incentivazione per favorire la discussione, la condivisione e il confronto su incidenti e soprattutto quasi-incidenti in chiave di crescita e prevenzione (Toft, Reynolds, 1994 [Tabella 2]).



CONCLUSIONI

Da quanto precedentemente affermato l'affidabilità di un sistema può essere misurata in considerazione della sua capacità e volontà di apprendere dagli errori. Per l'analisi degli eventi avversi avvenuti nelle strutture sanitarie della nostra città, l'Assessorato alle Politiche per la salute della Regione Emilia-Romagna ha istituito commissioni tecniche di indagine che hanno portato all'attenzione un programma di lavoro su alcuni punti specifici utili anche a tutto il Servizio sanitario regionale e nazionale in modo da ridurre il più possibile i rischi connessi all'attività sanitaria.

Dalle indicazioni delle commissioni sono quindi partite le attività di specifici gruppi di lavoro, istituiti dalla Direzione generale sanità e politiche sociali della Regione, a cui parteciperanno professionisti ed esperti dell'Agenzia sanitaria regionale e delle Aziende sanitarie, sulle seguenti tematiche:

- le indagini radiologiche, per attivare procedure di controllo che impediscono scambi di persona e per velocizzare i tempi del referto;
- le diagnosi complesse, con l'indicazione di percorsi di verifica in presenza di diagnosi discordanti;
- la profilassi antitromboembolica, da eseguire seguendo le linee-guida più accreditate e sulla base di procedure da revisionare periodicamente;
- la corretta redazione della documentazione clinica, quale strumento fondamentale di lavoro e di comunicazione multidisciplinare e interprofessionale,
- l'assistenza post-operatoria, con la va-

lutazione di soluzioni innovative per gestire questa fase delicata del percorso del paziente;

- le modalità di comunicazione con i pazienti, con i famigliari, e di comunicazione istituzionale pubblica al fine di garantire trasparenza anche nella gestione delle conseguenze di eventi avversi per i quali sono da individuare e formalizzare procedure e protocolli omogenei a tutto il Servizio sanitario.

Naturalmente questo non può cambiare quello che è già successo, ma un Servizio sanitario di qualità deve imparare dagli errori, di sistema ed umani, e deve quindi saper sistematizzare comportamenti professionali e procedure per aumentare la sicurezza dei pazienti e degli operatori.



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Beck U. *The Risk Society*, London, Sage 1992 (trad. it. *La società del rischio: verso una seconda modernità*. Roma, Carocci 2000).

Bucchi M., Neresini F. *Sociologia della salute*. Roma, Carocci 2001.

Cartoccio M, Forti M, Varchetta G, *Action Learning*. Milano, Unicopli 1988.

Catino M, *Da Chernobyl a Linate. Incidenti tecnologici o errori organizzativi?* Roma, Carocci 2002.

Caminati A, Di Denia P, Mazzoni. *Risk management. Manuale tecnico-operativo per le professioni di assistenza*. Roma, Carocci 2007.

Douglas M, *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Routledge, London 1966 (trad. it. *Purezza e Pericolo*, Bologna, Il Mulino 1993).

Gherardi S, Nicolini D, Odella F. *What Do You Mean by Safety? Conflicting Perspectives on Accident Causation and Safety Management inside the Firm*. Paper presented at the "3° European Conference on Risk Management and Communication", Bradford, February 25-27, 1996.

Lupton D. *Il rischio: percezione, simboli, culture*. Bologna, Il Mulino 2003.

Law J. *Notes on the Theory of the Actor-Network: Ordering, Strategy and Heterogeneity*. "System Practice", Vol. 5, n. 4, 1992.

Martin J. *Cultures in Organizations*. New York, Oxford University Press, 1992.

Strati A. *Sociologia dell'organizzazione*. Roma. La nuova Italia scientifica 1996.

Toft B, Reynolds S. *Learning from Disasters: A Management Approach*. Oxford Butterworth-Heinemann 1994.

Turner B.A. *The Sociology of Safety, in "Engineering Safety"*, D. Blochey (a cura di), Londra, Mc Graw Hill 1992.

LA PROMOZIONE DELLA SICUREZZA NELLA PROSPETTIVA DELL'APPRENDIMENTO ORGANIZZATIVO

La sicurezza può essere promossa solo tramite la partecipazione e il coinvolgimento degli operatori

Evitare di avere un approccio coercitivo e centrato esclusivamente sulla individuazione di responsabilità a livello individuale

Promuovere modalità di formazione attive di action-learning (formazione sul campo, simulazioni, ecc.)

È necessario definire spazi di "non punibilità" e forme di incentivazione per favorire la discussione di incidenti e quasi-incidenti

• Quattro passi sul pianeta diabete”

Daria Nesi*

**Assistente sanitaria - Azienda ospedaliera Policlinico S. Orsola-Malpighi*

Il diabete è una malattia cronica, non guaribile ma curabile il cui approccio richiede conoscenze e competenze che interessano varie figure: il medico di medicina generale, il diabetologo, l'infermiere professionale, la dietista, lo psicologo e vari specialisti per la prevenzione delle complicanze, sempre gravi, spesso invalidanti, talora mortali. Accanto a questi è decisiva, fondamentale ed insostituibile la partecipazione attiva della persona che, debitamente supportata ed istruita, attua una appropriata autogestione della terapia di cui fanno parte l'autocontrollo glicemico e il cambiamento del proprio stile di vita. Il diabete può colpire in concreto tutti i tessuti, gli organi e gli apparati condizionando negativamente il funzionamento cardio-vascolare, renale, nervoso, visivo, osteo-articolare.

L'insorgenza di questa malattia porta a danni economici in termini di:

- giornate di vita lavorativa perdute
- aumento della spesa sanitaria
- peggioramento della qualità di vita del paziente.

Volendo semplificare con uno schema la complessità del diabete, questo si può classificare in:

Qualunque ne sia la causa l'effetto è quello di un aumento dei valori di glucosio nel sangue (iperglicemia) i cui valori soglia sono definiti da Organi internazionali e periodicamente aggiornati a seguito della ricerca e degli studi che, sul diabete, continuano e progrediscono.

DIAGNOSI DI DIABETE

Attualmente sono considerati valori normali di glicemia quelli rilevati:

- a digiuno: < 100 mg/dl
- alla seconda ora, dopo l'assunzione di 75 grammi di glucosio: < 140 mg/dl

La diagnosi di diabete, accanto ai sintomi ricordati in precedenza, si basa su dati di laboratorio alternativi:

- Glicemia casuale > 200 mg/dl (è casuale la glicemia misurata in un qualsiasi momento della giornata senza un intervallo di tempo definito, rispetto all'ultimo pasto).
- Glicemia > 126 mg/dl eseguita a digiuno (per digiuno si intende un intervallo di tempo pari o superiore a otto ore dall'ultimo pasto).
- Glicemia > = 200 mg/dl alla seconda ora dopo la somministrazione per via orale di 75 grammi di glucosio (curva da carico glucidico o OGTT).

Per le donne in gravidanza si hanno due test:

- il test di screening
- il test diagnostico

Il primo si effettua fra la 24.ma e 28.ma settimana di gravidanza e consiste nel-

l'assunzione, per via orale, di 50 grammi di glucosio. Dopo sessanta minuti dall'assunzione si rileva la glicemia:

- Un valore < 140 mg/dl è considerato normale.
- Un valore > 198 mg/dl è sufficiente per fare diagnosi di diabete gestazionale.
- Un valore compreso fra 140 e 198 richiede un successivo approfondimento che si compie mediante il test diagnostico.

Questo consiste nell'assunzione di 100 grammi di glucosio e nelle successive misurazioni glicemiche, da compiersi ogni ora, fino alla terza ora. Per la diagnosi di diabete gestazionale è necessario che almeno due dei valori di glicemia su plasma superino i seguenti dati:

- 95 mg/dl a digiuno, 180 mg/dl al sessantesimo minuto, 155 mg/dl al centovesimo minuto, 140 mg/dl al centottantesimo minuto.

Le persone che hanno valori di glicemia, a digiuno, oscillanti fra 100 e 125 mg/dl e quelle che, dopo OGTT, presentano una glicemia fra 140 e 199 mg/dl che rischio hanno di sviluppare diabete?

Queste persone rientrano in due categorie: quelle con alterata glicemia a digiuno e quelle con alterata tolleranza ai carboidrati e dovranno, nel tempo, essere monitorate e sollecitate a cambiare, se mai ce ne fosse necessità, le loro abitudini alimentari e la loro attività fisica.

DATI DI LABORATORIO

L'iperglicemia è sicuramente il dato principale per fare diagnosi di diabete ed è il migliore predittore delle complicanze. Accanto a questa ricordiamo altri dati di laboratorio:

glicosuria: è la presenza di glucosio nelle urine a seguito di una iperglicemia superiore a 80 mg/dl che rappresenta la soglia renale, ossia il valore oltre il quale il rene lascia filtrare il glucosio. Sempre nelle urine possono risultare presenti, dopo grave scompenso, i corpi chetonici. Nelle urine si ricerca anche la microalbuminuria che è un indice di iniziale danno renale e consiste nella comparsa di albumina a bassi livelli.

Dagli anni 70 - 80 è in uso un test importante eseguito sul sangue rappresentato dalla emoglobina glicata (HBA_{1c}): è la misura che riflette la media delle glicemie negli ultimi tre/quattro mesi. L'esame si basa sul fatto che una piccola parte di glucosio ematico si lega all'emoglobina contenuta all'interno degli eritrociti formando composti stabili. Questo test, pur essendo un test di riferimento per valutare il grado di controllo metabolico, può

Diabete di tipo uno (DM1)	È dovuto alla distruzione delle cellule beta del pancreas endocrino su base auto-immune. Tale distruzione può essere più o meno rapida e ha come conseguenza la mancata produzione di insulina. Generalmente compare prima dei trentacinque anni e si manifesta con: poliuria, polidipsia, calo ponderale, astenia. La terapia che si impone è quella con somministrazione di insulina per via sottocutanea.
Diabete tipo due (DM2)	È caratterizzato da un calo più o meno marcato ma non totale della produzione di insulina. Compare generalmente fra i 45 e i 65 anni anche se l'età di insorgenza tende ad abbassarsi. La terapia consiste in un sostanziale cambio dello stile di vita affiancato all'utilizzo di farmaci che incrementano la secrezione di insulina (secretagoghi) o di insulino-sensibilizzanti. A volte si rende necessario introdurre l'insulina.
Diabete gestazionale	È diagnosticato per la prima volta durante la gravidanza. È più frequente nel caso in cui la madre presenti una familiarità diabetica, sia in sovrappeso od obesa. Nel 30-40 per cento delle donne con diabete gestazionale può, dopo 10-20 anni dal parto, svilupparsi un diabete di tipo due.
Diabete ad altra eziologia	Uso di farmaci per la cura dell'AIDS, per il rigetto nei trapianti; sostanze chimiche, tumori.

essere alterato da una qualsiasi causa morbosa che riduca la vita media dei globuli rossi. Resta comunque un insostituibile indicatore per i soggetti che presentano un cattivo compenso in cui l'obiettivo fondamentale è quello di riportare i valori dell'emoglobina glicata entro i limiti di sicurezza. I pazienti con diabete ben controllato sono quelli la cui emoglobina glicata è < al 7 per cento, il che corrisponde ad una glicemia media inferiore a 147 mg/dl nei tre mesi precedenti.

Accanto ai suddetti dati di laboratorio ha assunto una notevole rilevanza la misurazione della glicemia che il paziente diabetico è in grado di eseguire personalmente grazie all'uso dei glucometri portatili. L'automonitoraggio glicemico permette di registrare in tempo reale il valore della glicemia, in un qualsiasi momento della giornata e di evidenziare le sue escursioni (iper/ipo glicemia) e la sua variabilità. Un tempo i picchi iperglicemici non venivano considerati preoccupanti se non quando portavano ad uno scompenso con cheto acidosi così come i picchi ipoglicemici, preannunciati da sintomi quali nervosismo, fame, irrequietezza, sudorazione, stato confusionale, tremore, rappresentavano un rischio potenziale solo per le persone affette da DM1. Per correggere una ipoglicemia basta assumere una quantità di zuccheri semplici ma, spesso, il paziente in ipoglicemia severa può perdere la manualità o la coscienza necessarie per effettuare questa operazione. Da studi prodotti in questi ultimi anni, si è documentato come sia proprio la variabilità glicemica che conta ai fini di una prognosi e di una terapia favorevole. Oggi ad esempio si sa che con l'iperglicemia aumenta anche la produzione di radicali liberi che sono molecole responsabili del danno endoteliale e quindi delle varie complicanze vascolari del diabete (angina pectoris, infarto del miocardio, insufficienza cardiaca, vasculopatia cerebrale, ictus, arteriopatia agli arti inferiori, retinopatia, nefropatia, vasculopatia periferica, piede diabetico).

L'automonitoraggio rappresenta un capitolo a sé nella cura del paziente diabetico, ne riveste un ruolo educativo e rientra a pieno titolo in uno schema terapeutico sia per i pazienti in terapia insulinica, sia per quelli che fanno uso di ipoglicemizzanti orali, e, non da ultimi, anche per quelli in terapia alimentare e il cui diabete è controllato da una corretta attività fisica.

Se l'automonitoraggio consentisse solo di rilevare i valori glicemici, sarebbe poca cosa. Deve invece rientrare in un piano terapeutico attuato da un team profes-

sionale che, con il paziente, elabora un piano di cura realistico, personalizzato, condiviso con obiettivi raggiungibili e sempre concordati.

Il diabete è una malattia cronica e come tale necessita di un trattamento diverso dalle malattie acute dove lo specialista è il solo che decide. Senza un coinvolgimento attivo del paziente i risultati terapeutici del diabete risultano irrilevanti o destinati a fallire con conseguente danno per il paziente stesso e frustrazione per il team professionale. Per questo non ha senso dare un glucometro al diabetico senza prima avere pianificato con lui cosa si cerca di ottenere e quali i risultati che si intendono raggiungere.

Per ottenere il coinvolgimento del paziente occorre che emergano e siano rafforzate le sue motivazioni e i suoi obiettivi, che aumentino la fiducia nelle proprie capacità, nella propria autostima, nella propria autonomia (*Empowerment*). Ciò detto vale per il paziente ma anche per il professionista; ed è in questa reciprocità la chiave di volta di un programma terapeutico che dia i risultati auspicati.

Il paziente deve essere messo nella condizione di interpretare correttamente i dati raccolti e di adattare, di conseguenza, i provvedimenti necessari. Deve essere in grado di intervenire sul trattamento farmacologico, sulla dieta e sull'esercizio fisico.

Naturalmente l'automonitoraggio sarà eseguito in tempi e con modalità diverse a seconda che si tratti di un DM1 o un DM2, all'esordio della malattia o nel suo mantenimento, in situazioni cliniche diverse come ad esempio durante malattie acute, disturbi gastroenterici, terapia cortisonica, durante la gravidanza o attività fisica. La frequenza di automonitoraggio è un indice importante dell'aderenza del paziente al piano terapeutico. L'autocontrollo implica per il diabetico un'assunzione di responsabilità nei confronti della cura e rappresenta un impegno difficile da mantenere nel tempo; sul versante sanitario questo aspetto può rappresentare un alibi per lasciare al team dietologico il potere decisionale. Inoltre, costruire relazioni di cura simmetriche richiede un grosso impegno di responsabilità, di risorse umane e di tempo, che non sempre si hanno nelle nostre strutture sanitarie. L'investimento economico nella formazione del personale sanitario è un capitolo di spesa che può anche non valere la pena di essere affrontato ma rimane un metodo efficace ed insostituibile per ottimizzare le risorse umane e, alla lunga, ridurre gli sprechi ed i fallimenti terapeutici.

AUTOCONTROLLO GLICEMICO NEL DM1

È parte integrante della terapia insulinica intensificata (TII). Per terapia insulinica intensificata si intende un programma terapeutico caratterizzato da:

- tre o più iniezioni di insulina o uso del microinfusore
- costante autocontrollo della glicemia
- aggiustamento costante del dosaggio insulinico sui valori della glicemia
- pianificazione dell'alimentazione e dell'attività fisica.

Nella Terapia insulinica intensificata sono necessari almeno quattro controlli giornalieri della glicemia da effettuarsi:

- A digiuno
- Prima di pranzo
- Prima di cena
- Prima di dormire

Eventualmente periodicamente si può rilevare una glicemia nella seconda parte della notte, intorno alle ore tre, per controllare e prevenire l'iperglicemia del mattino (fenomeno alba) che può rappresentare un serio problema.

AUTOMONITORAGGIO NEL DM2

Aiuta ad orientare il medico nella scelta della terapia più adatta identificando pazienti con variabilità glicemica, con iperglicemie post-prandiali o con ridotta riserva funzionale. È diverso a seconda del tipo di terapia seguita dal paziente.

Diabete trattato con ipoglicemizzanti orali secretagoghi: si misura la glicemia almeno una volta al giorno ad orari differenti ogni giorno, oppure 1 o 2 volte la settimana si esegue un profilo glicemico rilevando la glicemia prima dei pasti e prima di dormire.

Diabete trattato con insulina: in questo caso è utile tenere in considerazione il vissuto del paziente che può percepire il passaggio a questa terapia come un peggioramento del suo stato di salute. Questo da un punto di vista clinico non è sempre vero ma da un punto di vista psicologico può avere il suo peso soprattutto nell'adesione all'autocontrollo. È bene controllare almeno due volte al giorno ad orari differenti ogni giorno o eseguire 2 o 3 volte la settimana un profilo glicemico.

Rilevare il dato glicemico ad orari casuali consente di valutare un profilo glicemico delle 24 ore mentre controllare la glicemia ad orari fissi è importante per determinare la risposta alla terapia.

Diabete trattato con dieta-attività fisica-farmaci insulinosensibilizzanti: è bene prima fare un inciso e spiegare cosa si intende con il termine di insulinoresistenza. Nella fase di alte-

rata tolleranza al glucosio il dato caratteristico non è tanto la mancanza totale o parziale di insulina, quanto la sua inefficacia, ossia la ridotta capacità che ha di far entrare il glucosio nelle cellule. Si crea un effetto paradossale dato da iperglicemia associata ad iperinsulinemia. La spiegazione di questo non è da ricercarsi in un alterato funzionamento delle cellule beta del pancreas quanto in una compromissione delle cellule del tessuto muscolare, epatico, adiposo. Il tessuto adiposo, un tempo considerato solo come deposito di calorie, è in realtà un organo endocrino capace di produrre mediatori in grado di esercitare effetti importanti sul metabolismo a cominciare dai centri nervosi della sazietà e della fame.

Questo quadro è accumulabile alla sindrome metabolica ossia a quel quadro clinico caratterizzato da almeno tre fattori di rischio cardiovascolare quali: alterata tolleranza al glucosio, ipertensione arteriosa, sovrappeso/obesità, dislipidemia, microalbuminuria, distribuzione viscerale del tessuto adiposo con una circonferenza vita nell'uomo > 102 cm e nella donna > 88 cm.

L'attività fisica, così come l'alimentazione, hanno dimostrato di essere considerate come vera e propria terapia nella cura del diabete e possono dare risultati sorprendenti per efficacia qualora vengano personalizzati. Il loro limite nasce dal fatto che il diabetico sia motivato efficacemente, sostenuto, in modo continuativo ed adeguato da un team preparato in quanto i risultati sono apprezzabili in tempi a medio/lungo termine.

L'atteggiamento più comodo per lo specialista è quello di dare buoni consigli del tipo: "mangia questo anziché quello - muoviti di più" ma ciò rischia di non essere sufficientemente incisivo per fare scattare l'adesione al nuovo piano di cura.

Per l'automonitoraggio in questi casi, sarebbe sufficiente un controllo 1-2 volte la settimana ad orari diversi.

Per queste persone può nascere la difficoltà nell'istruirle su cosa fare dei dati raccolti e su come utilizzarli. A volte per il paziente, avere dei dati o riscontrare una glicemia non soddisfacente e non sapere cosa fare, può risultare frustrante e generare ansia con conseguente rischio di abbandono del trattamento.

L'automonitoraggio per queste persone può al contrario avere un effetto premiante: *mangio meglio, la mia glicemia si abbassa, posso in autonomia compensare gli strappi alle regole alimentari aumentando l'attività fisica.*

In definitiva si crea il passaggio dall'automonitoraggio all'autocontrollo dove è il paziente che ha la consapevolezza di essere il vero protagonista del suo processo di cura.

TERAPIA

A seconda del tipo di diabete, lo specialista ha a disposizione per la cura della malattia e per la prevenzione delle sue complicanze, diversi strumenti.

Gli studi condotti negli ultimi anni hanno dimostrato come, per l'insorgenza di alcune patologie croniche quali ad esempio la Sindrome Metabolica, abbiano importanza gli stili di vita.

Alimentazione e attività fisica sono fondamentali per un buon controllo del peso, per la prevenzione del rischio cardiovascolare e per il benessere psicologico e si possono attuare in un piano terapeutico qualora al paziente vengano date le giuste motivazioni.

Fare esercizio fisico non significa necessariamente frequentare una palestra ma è considerato esercizio fisico una qualsiasi forma di attività fisica strutturata e programmata come ad esempio: camminare, ballare, ecc.

Accanto a questi si impiegano supporti farmacologici a somministrazione orale o sottocutanea.

IPOGLICEMIZZANTI ORALI:

Meglitinidi e Solfuniluree: sono farmaci secretagoghi, stimolano cioè la produzione di insulina da parte del pancreas e, in quanto tali, possono dare ipoglicemia.

Insulinosensibilizzanti: non modificano la secrezione di insulina ma rendono più efficace quella prodotta, aumentando la risposta dei tessuti periferici, in primo luogo del tessuto muscolare e del tessuto adiposo. Non aumentano il rischio di ipoglicemia.

Incretinomimetici: mimano l'effetto di un ormone naturale enterico (Glp1) che ha l'effetto di incrementare la secrezione di insulina e di svuotare più rapidamente lo stomaco dal cibo introdotto. L'unico commercializzato in Europa si somministra solo per via sottocutanea e per via intramuscolare. Non è ancora in uso in Italia. Per quanto riguarda l'insulina, senza entrare nello specifico, ricordiamo che oggi ne esistono con spettro di azione variabile che va dalle ultra rapide alle ultra lente e che per la loro somministrazione si impiegano, oltre alle tradizionali siringhe, anche iniettori come le penne fino al microinfusore.

In conclusione: le malattie croniche impongono scelte impegnative che prevedono un ritorno alla Spesa sanitari inevitabilmente in tempi lunghi ma, non per

questo, ci si deve rinunciare.

Riferiti al paziente, punti di forza di questo programma sono:

- l'accettazione della propria malattia
- la sua comprensione
- l'utilizzo di tutti gli strumenti di cura

Accettare e capire la propria malattia è determinante per migliorare la qualità di vita ed è compito primario degli specialisti che operano nel settore, trasmettere informazioni e sicurezze; le stesse devono essere rivolte all'istruzione e all'uso corretto degli ausili che la tecnologia mette a disposizione.

Ciò richiede conoscenze e competenze dalle quali non si può prescindere.

La politica sanitaria dovrebbe quindi puntare sull'aggiornamento e la formazione del personale al fine di rendere, quanto detto, realizzabile.

• **“Responsabilità professionale” -**

Dott.ssa Anna Maria Fabbri*

**Collaboratore professionale esperto Servizio Infermieristico Azienda USL di Forlì*

Il Codice deontologico dell'infermiere richiama costantemente concetti della responsabilità professionale nella sua accezione positiva, ovvero la coscienza di svolgere un incarico che prevede obblighi e mette l'assistito al centro dell'agire professionale utilizzando conoscenze scientifiche e aggiornate.

Questa accezione positiva della responsabilità è contrapposta al senso negativo, comunemente preso in considerazione, che tutela prioritariamente il professionista e antepone le sentenze giuridiche alla cultura scientifica.

Il passaggio dall'accezione negativa a quella positiva della responsabilità infermieristica mette in luce un **identikit dell'infermiere** che si è fortemente modificato negli ultimi decenni.

Prima del 1994 l'infermiere era un esecutore di prestazioni: l'aspetto chiave del suo **mandato sociale**¹ era quello di operatore che si occupava di una serie di attività o compiti. Il principale documento che esprimeva il mandato era il DPR n. 225/74, comunemente conosciuto come mansionario. L'infermiere era considerato la "lunga mano" esecutiva di un altro soggetto decisore e pensante: il medico.

Il **mandato professionale**² ha un approccio di tipo prescrittivo e professionalizzante ma non ancora di affermazio-

ne della responsabilità professionale.

La **competenza tecnica** richiesta all'infermiere rappresentava la concreta risposta al mandato sociale: un tempo non si studiava l'infermieristica ma le tecniche infermieristiche in quanto l'infermiere era soprattutto esperto di una serie di prestazioni. Nelle competenze tecniche c'era soprattutto il sapere gestuale, pratico, applicativo. Gli infermieri ancora oggi hanno difficoltà a sedersi vicino al malato e parlare (il colloquio è una prestazione professionale), nell'interpretazione più diffusa se l'infermiere s'iede non fa un colloquio ma sta riposando.

Difficile risalire il gap, noi ci portiamo dietro la tradizione di pensare che gli infermieri sono bravi perché **sanno fare!** La conferma di questi identikit la troviamo spesso anche nell'associazione tra compiti e figura professionale (persona vestita di bianco con la siringa = infermiere; persona vestita di bianco con fonendoscopio = medico). Alla domanda cosa fai? espressione molto diffusa è "faccio l'infermiere" diversamente dal medico che invece risponde "sono medico".

La competenza tecnica ci è rimasta ancora molto addosso. Al momento dell'insediamento del personale di supporto, l'infermiere è andato in crisi: finalmente poteva demandare tutta l'assistenza di base e dedicarsi alla pianificazione.

Oggi mezz'Italia sta ancora dibattendo su cosa si deve far fare all'OSS. Questo perché la nostra identità è ancora fortemente legata a "cosa faccio".

Oggi le prestazioni non hanno più un ambito di esclusività, il resto del mondo ragiona per attribuzioni in relazione al livello di complessità, decisionalità, ripetitività, standardizzabilità.

Un esempio per riflettere può essere rappresentato dall'esplorazione rettale che, in un luogo dove sono ricoverate persone in stato vegetativo, può essere fatta da diverse figure professionali: dall'OSS che verifica se l'ampolla rettale è ancora piena (livello di decisionalità = 0, livello di esecutività alto); dall'infermiere che non solo può verificare se l'ampolla rettale è piena ma associa anche le caratteristiche della massa fecale ed in relazione a questo valuta cosa è meglio fare per il bisogno dell'assistito; anche il medico può fare l'esplorazione rettale ma in genere la fa per fare diagnosi, diagnosi differenziale. Quindi ognuno con un livello di deduzione ben diverso.

La gestione delle prestazioni è necessaria ma deve essere funzionale al processo infermieristico. È questo il nostro mandato, oggi.

DOPO IL 1994 COSA È AVVENUTO?

Il profilo infermieristico è caratterizzato oggi da un mandato sociale, estremamente interessante, in quanto la società, attraverso la legge, ci definisce **professionisti** ed afferma che l'infermiere ha una competenza esclusiva e decisionale. Il **mandato sociale** permette già da oggi di essere grandi, essere professionisti. Diverse norme affermano questo: la legge n. 42/99 indica, oltre all'abrogazione del mansionario, le fonti di riferimento per definire l'esercizio professionale; la legge n. 251/00 identifica il superamento del lavoro per compito in favore di un'assistenza infermieristica incentrata su progetti, obiettivi finalizzata alla personalizzazione e non per compiti.

Il **mandato professionale** in Italia è poco esplicitato, per lo meno rispetto ad altri Paesi. La fonte per eccellenza che esprime il mandato è il Codice Deontologico (CD) che esprime i valori della nostra professione, l'autonomia, la garanzia di qualità e adeguamento delle competenze. La ridotta esplicitazione di questo mandato comporta una limitata autorevolezza rispetto ad alcuni importanti elementi, come ad esempio gli **standard**, che in altri Paesi sono determinati dall'ente regolatore.

Considerato che la legge n. 42/99 afferma che "l'esercizio professionale è regolamentato da tre fonti ovvero **Profilo professionale** (mandato sociale), **Codice deontologico** (mandato professionale), formazione ricevuta", ne consegue che aspetti importanti non debbano essere definiti esclusivamente dalle leggi ma anche dai professionisti.

Altro elemento fondamentale per il professionista è la **competenza manageriale** che l'infermiere condivide anche con gli altri professionisti: è una competenza organizzativo-gestionale necessaria per organizzare l'assistenza, l'équipe. Oggi, diversamente dal passato, c'è la consapevolezza che l'infermiere turnista debba essere presente durante la visita medica perché è colui che deve coordinare l'assistenza del paziente e l'altrui lavoro. La caposala deve coordinare gli operatori, le risorse più in generale e creare le condizioni perché ogni infermiere possa operare nel migliore dei modi.

Questo cambiamento, avvenuto nell'ultimo decennio, è stato accompagnato da una riflessione critica, avvenuta ad opera di coloro che maggiormente si occupano di discipline umanistiche (pedagogia, sociologia, psicologia). Tale riflessione è stata accompagnata da un'importante discussione su quali debbano essere le

caratteristiche di un professionista. Per esempio si è messa in luce la riflessione critica come capacità che deve possedere il professionista. Questi deve essere in grado di:

- *rendersi aperto, senza pregiudizi, verso nuove esperienze*
- *riflettere e osservare queste esperienze da diverse prospettive*
- *creare concetti che integrino le osservazioni del professionista a teorie logiche e ad usare queste teorie per prendere decisioni e risolvere problemi.*

La questione della Responsabilità Professionale (R.P.) è ripresa in sentenze che negli ultimi tempi hanno condannato professionisti per aver manifestato una responsabilità reattiva piuttosto che proattiva: il professionista è capace di prevenire il danno. Il **Risk management** non è stato inventato dalla sanità ma, alla lunga, proviene dal mondo della filosofia dove si dice che non ha senso "rimediare al latte versato", i professionisti sono tali perché sanno individuare prima.

DALLA NORMA ALLA PROFESSIONE

Nell'agire infermieristico non ci basterà più la norma, anche se fino ad ora è stato il nostro unico faro. Occorre sviluppare quella componente fondamentale del professionista che è la **coscienza professionale**. Immaginiamo di incontrare un collega, di un qualsiasi presidio italiano, e di domandargli quale sia la sua responsabilità professionale. È molto probabile che il collega risponda affermando che è "quella che dice la legge".

Gli infermieri si identificano molto nel mandato sociale e poco in quello professionale.

È necessario quindi sviluppare una visione più analitica della deontologia per cercare di fare il punto sulla responsabilità professionale.

È importante argomentare a priori alcuni termini utilizzati che non sono propriamente sinonimi; le definizioni di seguito indicate appartengono ad un orientamento filosofico e non sono condivise universalmente.

ETICA: è una delle discipline più antiche del mondo, all'interno della filosofia, prende in considerazione le azioni umane (comportamenti) ma a differenza di altre discipline umanistiche come sociologia e psicologia, esprime un giudizio. Tali azioni sono esaminate alla luce di un sistema di valori di riferimento (es.: *Le mutilazioni degli organi genitali in Italia sono considerate inconcepibili mentre in altri paesi sono effettuate ordinariamente: c'è di mezzo l'integrità della persona ed altri valori che altrove non sono considerati*).

Ogni comportamento ed ogni azione non è mai a caso. Collegamento tra ciò in cui credo e ciò che faccio. È importante considerare il ruolo della coscienza che è il contenitore virtuale dei nostri valori. I valori della persona ci dovrebbero interessare molto. È difficile prescindere da questi. Se una persona non ha il valore della salute è difficile lavorare con lei in questa direzione.

VALORE: l'agire dell'individuo fa riferimento a dei valori che sono codificati dalla società e che l'uomo assume come propri. Col termine "valore" si indicano in genere cose materiali, istituzioni, diritti, morale, ecc., che permettono la realizzazione dell'individuo, danno significato all'esistenza umana. Un valore è una concezione del desiderabile, distintiva di un individuo o caratteristica di un gruppo, che influenza l'azione operando una selezione tra modi, mezzi e fini disponibili.

MORALE: per molti è sinonimo di etica, in realtà si differenzia per un aspetto: l'etica rappresenta la dimensione soggettiva, la morale quella collettiva, ovvero il sistema di valori condiviso da una comunità (es.: *morale cattolica e morale marxista*). È riconosciuta come elemento fondante una società, insieme di valori, ideali e norme di comportamento valide in una certa società. per la filosofia del diritto è la condivisione di un sistema di valori.

La morale è anche un grosso collante, ha grossi valori sebbene non abbia strutture che la difendono (il diritto ha i tribunali), tuttavia il messaggio che ciascuno di noi percepisce quotidianamente dalla società funziona come vettore d'insegnamento. In generale gli individui che nascono e crescono in un certo sistema morale finiscono per aderire a questo sistema. La morale è la somma delle etiche soggettive.

DIRITTO: recepisce i valori di una società e struttura un sistema di regole che consentono il mantenimento di questi valori.

Insieme di norme (leggi) che regolamentano i comportamenti degli individui. Regole tassative, coercitive, assolute, conosciute per la popolazione.

Differenzia i comportamenti che si attuano per dovere da quelli che si attuano per impegno.

Queste tre dimensioni sono legate tra di loro tanto che al variare di una necessariamente deve variare anche le altre. Normalmente si pensa che sia il diritto ad avviare il cambiamento ma in realtà questo è l'ultimo che interviene a ratificare che un cambiamento è avvenuto

all'interno della società. Ci sono eccezioni (es. *legge sul fumo, uso delle cinture di sicurezza*) che sono promosse da una porzione di popolazione che vuole accelerare le cose con l'imposizione anche a quella parte che non voleva modificare le regole. Il diritto interviene anche in quelle situazioni dove la coscienza individuale stenta ad aderire (es. *cinture di sicurezza, all'estero non è necessaria una legge*).

BIOETICA: Il termine è stato coniato negli anni '70 dall'oncologo Potter, il quale sottolinea che "*nel campo della biomedicina ad elevata tecnologia si è affacciato in maniera prepotente il sospetto che tutto ciò che è tecnicamente possibile sia eticamente lecito*".

Nel 1995 viene data la definizione da Warren Reich "*La bioetica è lo studio sistematico delle dimensioni morali - inclusa la visione morale, le decisioni, la condotta e le politiche - delle scienze della vita e della salute, utilizzando varie metodologie etiche e con un'impostazione interdisciplinare*" (Reich, 1995).

È un'etica della vita. Nasce sull'onda lunga degli eventi che hanno profondamente colpito l'umanità (*nazismo, sperimentazione clinica nei campi di sterminio*), si muove sulla dichiarazione dei diritti universali dell'uomo. L'intento della bioetica è di tornare a coniugare ciò che è stato separato secoli fa: il sapere scientifico e quello umanistico. La ricerca non può essere fatta senza una riflessione di ordine morale a monte, deve essere guidata da valori. Non è fine a se stessa. Si rivolge fortemente ai sanitari e si spera, con la bioetica, che l'etica della vita sia un elemento di interesse non solo di pochi sanitari ma di tutti coloro che sono chiamati allo sviluppo della salute. Grosso investimento sul ruolo e sulla formazione dei sanitari che per primi devono essere in grado di avvalersi del sapere umanistico. La bioetica crede che la competenza si avvalga dell'apporto scientifico e di quello umanistico. Nel CD gli art. 2.6 e 2.7 fanno riferimento alla bioetica.

DEONTOLOGIA: Coniato da J. Bentham nel 1834 il termine "deontologia" deriva dal greco "to deon", ossia ciò che deve essere e che si deve fare - e "logos", cioè "discorso/parola". Insieme di regole di autodisciplina e di comportamento autodeterminate da un gruppo professionale, alla luce dei valori della professione stessa. I valori sono l'elemento fondante della professione.

Come si sono sviluppate le varie professioni? La professione medica è nata

prima sulla base deontologica. Nasce sul giuramento di Ippocrate.

La deontologia può essere confrontata con altre discipline:

deontologia e diritto: si basano entrambe su valori ma non hanno altro in comune, i valori della società sono di un tipo, quelli della deontologia sono diversi. Occorrerebbe sentirsi dipendere dalla professione piuttosto che dal diritto. I medici non si sentono dipendere dal diritto.

deontologia e morale: hanno più elementi comuni: si ispirano a valori della società ma non è detto che debbano conformarsi ai valori della società.

deontologia e bioetica: sono l'una connessa all'altra.

deontologia ed etica hanno un interessante ambito di convergenza nella conoscenza dell'individuo.

La deontologia ha declinazioni diverse perché nasce dai valori delle singole professioni.

DEONTOLOGIA INFERMIERISTICA

Spessissimo si considera la questione delle regole e norme come una questione ristretta all'ambito giuridico. Sono norme anche queste regole/indicazioni che derivano dall'ente regolatore e provengono direttamente dai valori della professione.

Il documento dichiarativo è il Codice Deontologico (CD). Per lungo tempo, nella professione infermieristica, è sembrato più un **documento di intenti** che una **guida all'esercizio** della professione e come tale depositato in cantina piuttosto che nei luoghi dove si espleta l'attività lavorativa, per averlo a portata di mano. Il Codice rappresenta una guida professionale, la declinazione del quotidiano, non esplicita le ricette per realizzare qualcosa ma piuttosto l'orizzonte verso cui propendere, l'obiettivo che rimane in capo al singolo professionista. Oggi anche la società considera il CD una guida, tanto è vero che viene citato nella legge n. 42/99 come uno delle tre fonti da cui dipende l'esercizio professionale.

Il primo Codice dell'infermiere è apparso quando ancora non eravamo una professione (1960). Gli anni '60 sono contraddistinti da una situazione professionale che era diversa da quella attuale. Il Codice del 1960 è molto snello, contiene 9 articoli e se dovessimo dire in modo sintetico le sue caratteristiche lo potremmo definire come **codice prescrittivo** (si prescrivono buoni comportamenti per la comunità infermieristica, forte azione di disciplina), si sente lo sforzo di costruire **un'immagine del-**

l'infermiere quale persona che fornisce un percorso assistenziale, immagine non ancora presente alle comunità e negli altri professionisti. L'analisi guidata di alcuni articoli consente di fare qualche riflessione.

Art. 6: *"pongono i rapporti con i medici su un piano di leale collaborazione eseguendo scrupolosamente le prescrizioni terapeutiche e sostenendo nel malato la fiducia verso il medico e verso ogni altro personale sanitario"*. Oggi questa affermazione fa sorridere, *...leale collaborazione...* che altro potrebbe essere!!! *...fiducia nel medico:* si riconosce un forte ruolo ancillare.

Art. 9: *"hanno il dovere di onorare la propria professione: sia loro cura aggiornarsi e perfezionarsi continuamente e abbiano un esemplare comportamento nella vita privata"*; si sente l'intento del disciplinare, ma se consideriamo i tempi, la cura dell'aggiornamento deve essere inteso come il futurismo dell'ECM. Non eravamo nessuna ma eravamo già preoccupate di essere adeguate. Quando non è possibile contare su un percorso di maturazione della persona, spesso l'unica altra scelta è creare una corazza e cercare di sostenerla con questa. L'intento che a volte traspare con questo Codice è quello di creare una bella corazza in modo che l'infermiere sia adeguato alle situazioni. In quel periodo l'intento di disciplinare attraverso il CD è stato molto diffuso in tutte le professioni sanitarie.

Art. 4: *"non abbandonano il posto di lavoro senza che vi sia la certezza della sostituzione"*. L'articolo 4 è assolutamente attuale.

Art. 5: *"Essi osservano il segreto professionale in base ad intima convinzione al di sopra di ogni obbligo giuridico. Il segreto si estende a tutto ciò che i professionisti non venuti a conoscere nell'esercizio della professione: non solo quindi a ciò che gli fu confidato, ma anche a ciò che essi hanno veduto, inteso o semplicemente intuito"*.

Rappresenta forse la norma a più alto valore deontologico. La norma del segreto professionale è diventata oggi ben più stringata. La professione aveva ben chiaro il valore, al di là del fatto che ci fosse anche una norma giuridica. Questo articolo evidenzia la capacità di definire appropriatamente, per tutte le sfumature che ha, il segreto professionale. Infatti non è solo quello che sappiamo che va tutelato col segreto, ma anche quello che si può osservare al momento delle visite dei parenti, ad esempio, si possono comprendere molte cose, se ne *intuiscono* molte. Gli infermieri sono poco

esercitati a saper distinguere altri aspetti profondamente deontologici, momenti "personali" dell'altro. Questi aspetti non devono essere necessariamente condivisi con l'équipe.

Ci sono casi in deontologia che sono considerati casi limite, es. persona che sta per compiere un reato (che potrebbe danneggiare altri): il sanitario si attiva affinché si possano allertare, più che denunciare, i soggetti interessati. Successivamente è chiaro che scatteranno le denunce ma non necessariamente per conto del professionista sanitario. In deontologia medica, professione che ha la storia più lunga in deontologia, si esplicitano alcuni elementi: il segreto non viene dichiarato neppure dopo la morte oppure dopo il termine dell'esercizio professionale oppure in tribunale. Sicuramente fatti estremi come un reato, la violenza, l'abuso sono questioni molto importanti, ma non va sottovalutato il rapporto molto particolare che lega il professionista all'assistito. Prendere in considerazione le vie indirette e salvaguardare il rapporto fiduciario con la persona assistita. Il segreto professionale non va confuso con il **segreto d'ufficio**.

Questo argomento è stato oggetto di ricerca i cui esiti non sono stati troppo confortanti evidenziando che gli infermieri tendono ad interiorizzare maggiormente ciò che attiene alla sfera giuridica piuttosto che a quella deontologica.

Nel 1977, in un momento di grande fermento da un punto di vista sociale, di grandi riforme, ecc., viene **rinvenuto il Codice**: questa volta si presenta più strutturato, è suddiviso in 11 articoli, dichiara la professione come soggetto che si confronta e incontra la società in cui opera e da cui traspare, a differenza del precedente, un intento chiaramente professionalizzante anziché disciplinante. Il Codice del 1977 ha molte punte di diamante al suo interno:

Nella premessa si legge: *"l'infermiere svolge una professione al servizio della salute e della vita. È chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica, ma anche a dare risposte professionali nuove per favorire, con la collaborazione di tutto il personale sanitario, il progresso della salute del paese"*. In quel periodo storico nessuno aveva ancora parlato di salute, di promozione; la riforma del Servizio sanitario nazionale avviene un anno e mezzo dopo.

Art. 4: *"l'infermiere promuove la salute del singolo e della collettività operando contemporaneamente per la preven-*

zione, la cura la riabilitazione". Anche questa affermazione, considerato che all'epoca gli infermieri lavoravano solo in ospedale, risulta assolutamente innovativa.

Art. 6: *"l'infermiere, nella sua autonoma responsabilità e nel rispetto delle diverse competenze, collabora attivamente con i medici e con gli altri operatori socio-sanitari per la migliore tutela della salute dei cittadini, sia nella programmazione e nel funzionamento delle strutture sia nella gestione democratica dei servizi, tenendo sempre presenti i bisogni reali della popolazione nell'ambito del territorio"*. Ancora oggi siamo a discutere in merito all'infermiere che non pianifica; era già scritto nel 1977.

Art. 1: *"l'infermiere è al servizio della vita dell'uomo: lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e affrontare l'idea della morte"*. Interessante perché fa comprendere come la deontologia infermieristica fosse influenzata dalla morale italiana. Negli anni '60 erano iniziati alcuni processi di discussione che risentivano della sovrapposizione con la morale cattolica e rispetto a questo, il Codice successivo (del 1999) tende sicuramente alla laicizzazione. In altre realtà europee (Codice polacco) si riscontra una forte coesione del Codice con la morale cattolica; in altri ancora (Regno Unito) sono centrati sull'autonomia della persona. Ad una lettura odierna questo articolo stimola qualche commento: essere al servizio della **vita** dell'uomo è diverso rispetto all'essere al servizio dell'uomo. Sembra prevalere un percorso di vita dal punto di vista biologico. Da qui derivano una serie di conseguenze come il trattamento di fine vita, ecc. Avrebbero potuto anche scrivere che l'infermiere è al servizio della salute dell'uomo, ma il significato dei termini è diverso. Aiutare la persona ad amare la vita... sopportare la sofferenza ha forti influssi cattolici e non necessariamente professionali.

Art. 11: *"l'infermiere afferma e difende il suo diritto all'obiezione di coscienza di fronte alla richiesta di particolari interventi contrastanti con i contenuti etici della professione"*; parla di obiezione di coscienza. In questa circostanza si è creato una sorta di tranello: l'obiezione risulta una specie di ciambella di salvataggio di fronte a richieste dell'assistito che vanno contro i contenuti etici della professione. Non è propriamente così perché l'obiezione di coscienza è un salvataggio per la coscienza individuale là dove l'intervento che mi si chiede di effettuare, per i miei doveri d'ufficio legati

al ruolo, possa essere configgente con i miei valori di persona (es. interruzione volontaria di gravidanza che non è contrario ai valori professionali, ma a quelli personali). L'obiezione di coscienza è lo strumento a cui si ricorre quando si vuole mettere in luce che c'è una richiesta alla quale "io" non posso rispondere. *Afferma e difende il suo diritto* a differenza del Codice dei medici che non ha scritto questa specifica, è scontata!

Analizziamo ora gli elementi più particolari del Codice deontologico del 1999.

Nel periodo fino al 1999 molte cose sono avvenute ed hanno interessato gli infermieri:

- ✓ nel 1994 è stato emanato il Profilo professionale,
- ✓ nel 1999 la legge n. 42 abroga il mansionario e indica il Codice deontologico quale fonte per l'esercizio professionale; conseguentemente la Federazione decide di andare ad una revisione del Codice nella quale si leggono alcuni importanti cambiamenti.

La deontologia che è sempre stata un insieme di regole, intese e vissute come doveri, fa una virata importante introducendo il concetto di impegni e responsabilità che comunque scaturiscono dai valori della professione infermieristica.

Cos'è un impegno rispetto a un dovere? Il dovere viene assolto perché c'è un obbligo (riduttivo per un professionista) mentre l'impegno è qualcosa che si soddisfa aderendovi (adesione dell'individuo ad un comportamento). Il Codice del 1999 dichiara impegni e responsabilità che si assume la professione infermieristica e segna la crescita della professione stessa. Nel dovere prevale il senso dell'obbedienza mentre quello di responsabilità è più limitato.

Quindi il Codice indica i modelli di comportamento nel senso che non fornisce ricette di comportamento ma orientamenti a cui rivolgersi. Questo Codice sceglie di dare un messaggio di responsabilità ad una popolazione di infermieri che non aveva, all'epoca, gli stessi livelli di maturità. Negli anni '90 l'orientamento dei Codici era ancora piuttosto riduttivo, solo quello degli infermieri si presenta come responsabilizzante.

Art. 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"*. Non ci dice come dovrà essere gestita la

contenzione in ogni singolo servizio ma da le "coordinate di riferimento" per gestire la contenzione. In questo articolo si afferma che è un evento straordinario e motivato, di conseguenza non si può entrare in una RSA e trovare gran parte degli ospiti contenuti oppure tornare dopo due/tre settimane e trovare che chi era contenuto lo è ancora, perché se così fosse sarebbe un evento ordinario e non straordinario. La documentazione infermieristica deve dare evidenza del perché è stato scelto questo trattamento, che è terapeutico, deve essere monitorato e si assume solo in ultima istanza. Anche il mezzo di contenzione può definire la caratteristica dell'evento: i mezzi di fortuna possono fare assumere le caratteristiche di reato per l'evidente limitazione della libertà.

Art. 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"*. Relazione tra competenza e formazione; *"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"*. Ruolo dell'infermiere non passivo.

Art. 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"*. Sarebbe opportuno introdurre il discorso sulla consulenza infermieristica generalista, infermieristica avanzata.

Art. 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"*.

La questione della deontologia è importante perché anziché definire le competenze in prima battuta, occorrerebbe risalire al mandato professionale, a quello sociale, alle responsabilità che assegna la specifica deontologia ed in ultima istanza

za declinare le competenze.

CONSENSO INFORMATO

Rappresenta una grande rivoluzione nel mondo sanitario occidentale che è stato a lunga caratterizzato dalla medicina ippocratica e solo negli ultimi 50 anni stravolta dal consenso informato; i due elementi sono in netta antitesi in quanto il paternalismo considerava la malattia come qualcosa che colpiva sia nel corpo sia nelle caratteristiche proprie della persona tanto da renderla incapace di decidere; il medico doveva essere come un "buon padre" che accompagnava la persona nelle sue decisioni perché appunto reso menomato, deficitato dalla malattia.

Questo approccio che ha retto per millenni è arrivato ad un momento di crisi con l'avvento della bioetica che rivoluziona il paternalismo non tanto nella definizione che la persona è libera di autodeterminarsi quanto nel fatto che è **CAPACE**. Si verifica quindi una inversione di rotta dove la persona è resa fragile dalla malattia ma non diminuita, è capace di comprendere, di decidere.

Il consenso informato compare per la prima volta nel 1957 negli Stati Uniti mentre in Italia dobbiamo aspettare il 1990. Nel 1990 la Corte Costituzionale riconosce la colpa di un medico per non aver rispettato l'espressione di volontà di un'assistita e viene condannato per aver leso uno dei diritti costituzionali (inviolabilità della persona) e in questo ambito di inviolabilità viene fatta rientrare anche la libertà di disporre del proprio corpo (art. 13 della Costituzione). Questo diritto di disporre di sé si riafferma nel passaggio che non può essere l'arbitro altrui (sanitario) a decidere per la persona.

Il consenso informato si definisce tale perché prevede un'informazione all'origine, si è liberi di scegliere solo quando si sa, altrimenti si è costretti o ignoranti nella scelta. Il fine del consenso è quello di promuovere l'autonomia della persona nella scelta e questo prevede l'attuazione di una prestazione che ad oggi è poco considerata ovvero la **prestazione informativa**, non ancillare di altre prestazioni ma prestazione essa stessa. Solo il diretto interessato è titolare della scelta e deve ricevere preventivamente una informazione adeguata rispetto allo scopo, alla natura dell'intervento, alle conseguenze ed ad eventuali rischi. Questo afferma implicitamente che il fine dell'informazione non è quello di rendere l'altro edotto come un piccolo medico ma dargli elementi per poter prendere una decisione.

Il congiunto non è legittimato ad intervenire anche perché non sempre questi decidono secondo l'interesse del paziente. È indispensabile che il rapporto che si crea nel contesto dell'informazione non si esaurisca con il primo incontro ma continui nel tempo in quanto difficilmente le informazioni si esauriscono con un unico incontro.

Un'indagine effettuata sulla esplicitazione del consenso informato (Medici cardiologi - 2001) fa emergere che:

- o Il linguaggio risulta di difficile comprensione per oltre il 23% degli assistiti
- o La lunghezza del testo è variabile (va da 58 parole a 4217)
- o L'indicazione del rischio e delle complicanze è senza percentuale di casistica (nell'informare che c'è il rischio di arresto cardiocircolatorio occorre dire anche in quale percentuale)
- o I moduli di consenso si presentano spesso poco leggibili, elaborati in "medichesse"
- o Molti sanitari si difendono affermando che fornire informazioni alla persona finisce per impaurire. Tuttavia in letteratura non è mai stata dimostrata questa affermazione.

Recenti ricerche effettuate dagli infermieri italiani sono indicative ed evidenziano luoghi comuni e falsi concetti:

- o il 50% degli infermieri ritiene obbligatorio raccogliere il consenso mentre il 43% sostiene che è necessario solo per certe procedure
- o il 63% ritiene che il consenso debba essere preliminare alle procedure infermieristiche mentre il 25% ritiene determinante il grado di rischio che deriva dalla procedura.

Il terzo CODICE DEONTOLOGICO

Il Patto infermiere/cittadino, la cui stesura risale al 1996, precede l'attuale CD degli infermieri (il Giuramento di Ippocrate funge da prologo nel CD dei medici). Questo Patto ha il significato di un nuovo tipo di impegno, che sostituisce l'idea del giuramento.

Giuramento e patto sono due istanze ben diverse: si giura rispetto a qualcosa che è superiore a noi, il patto invece è tipicamente un'intesa tra le due parti che vengono riconosciute alla pari, due forme di relazione diverse che vogliono richiamarsi anche alla natura di queste due professioni, che nascono in modo diverso. Più che grandi e solenni informazioni, le frasi del patto sono molto brevi e sintetiche e rappresentano un'importante discorso con il pubblico, con una modalità che negli anni 2000 si vuole adattare al cittadino che deve

avere maggiore possibilità di capire e di comprendere.

Nelle parti successive del Codice sono dettagliati:

I **valori** della professione (art. 1)

- Art. 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"* enuncia i diversi valori della professione che dettano la linea di condotta dell'infermiere.

I **principi** etici della professione:

- Art. 2: in questa parte di ritrovano i principi della bioetica (*obiezione di coscienza*), di **autonomia, beneficenza, giustizia**. Il modo in cui il CD richiama all'obiezione di coscienza è nuovo, moderno, in quanto afferma che nei confronti di situazioni in cui si possa ravvisare una diversità tra le richieste del cittadino e le posizioni dell'infermiere, il primo strumento è rappresentato dal dialogo, individuando in questa modalità una prima possibilità di "incontro". Se con il dialogo la situazione non può essere ricondotta, il Codice afferma che *"in presenza di volontà profondamente in contrasto con i principi etici della professione e con la coscienza personale, si avvale dell'obiezione di coscienza"*.

Gli **impegni** fondamentali degli infermieri:

- All'art. 3.1, 3.2, 3.3 l'infermieristica dettaglia la propria considerazione "moderna" della responsabilità. C'è il richiamo delle **evidenze scientifiche**, alla **"manutenzione"** delle proprie competenze, riconoscendo l'aggiornamento uno dei presupposti fondamentali di un professionista, prima ancora dell'imposizione prevista dal diritto (ECM). La responsabilità è richiamata non solo nei confronti della **competenza clinica** ma anche di quella **organizzativo-gestionale** nei confronti dei servizi. È richiamato anche l'impegno nel **continuo divenire** della dimensione etica, caratterizzato anche dall'analisi dei dilemmi etici dell'operatività quotidiana.

I **rapporti con la persona assistita**:

- Particolarmente conosciuta e riflettuta è la parte quarta dove si declinano le norme di condotta rispetto ai rapporti con il cittadino. Rispetto ai Codici precedenti, la parte quarta è sbilanciata sul principio di autonomia, più articoli richiamano questa particolarità (4.2 *ascolta, informa e coinvolge la persona*), finalizzata ad esplicitare il metodo

di assistenza e permette all'individuo di esprimere le proprie scelte. Gli infermieri, in generale, non sono poi così orientati all'autonomia della persona, nonostante le affermazioni del Codice. Altro aspetto fondamentale è indicato all'articolo 4.3 ove si esprime con chiarezza l'impegno dell'infermiere al rispetto della persona ed il *coinvolgimento di altri congiunti solo se il cittadino lo desidera*. È richiamato anche il dovere di informazione sul progetto diagnostico-terapeutico, che deve essere ricercato attivamente dall'infermiere anche quando il medico spontaneamente non lo comunicasse all'équipe. Altri articoli sono innovativi rispetto ai precedenti Codici sono: l'art. 4.5 *"l'infermiere garantisce le informazioni relative al piano di assistenza, in relazione alla capacità del paziente di comprendere ma soprattutto si adopera affinché la persona risponda alle informazioni globali e non solo cliniche (le informazioni che servono alla persona non sono esclusivamente la diagnosi medica) ma anche al riconoscimento del diritto della persona a non sapere"* o non sapere fino in fondo, che è molto diverso dalla consuetudine di "non dire" l'entità del quadro clinico, ecc., cambiamenti sostanziali del percorso di vita. Nella letteratura internazionale sono descritti percorsi di accertamento di quanto il paziente sa e può sostenere in quel momento e le modalità per comunicare particolari notizie "bad news". Queste competenze sono considerate del sanitario e sono alla stregua delle altre. In Italia questo ancora non è attuato.

Se prendiamo in considerazione il piano di assistenza vediamo che anche nell'accertamento occorre "selezionare" le informazioni da richiedere e valutare se davvero serve tutto o se alcune richieste diventano ingerenza. È necessario quindi valutare la dimensione qualitativa dei dati piuttosto che quella quantitativa. Diversi articoli prendono in considerazione l'autonomia della persona; l'art. 4.11 prende in considerazione l'*opinione del minore* (pochi Codici prendono in considerazione l'opinione del minore). L'art. 4.14 dichiara l'*impegno dell'infermiere ad alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili*. Il problema etico, relativo al dolore, è rappresentato dal fatto che oggi questo è eliminabile o riducibile ma i sanitari non lo fanno: questa parte del dolore "non necessaria" fa discutere. Per molto tempo, nella cultura occidentale, il dolore è stato

considerato una componente fisiologica dello stato di malattia, ancora oggi molti medici insistono sul fatto che il dolore non va toccato perché è indicatore importante di un quadro clinico, serve a fare diagnosi differenziale, ecc. Tuttavia il dolore non è solo "fisiologico" ma è anche connaturato nell'esperienza umana e se è vero che per qualcuno può avere significato (in questo caso è giusto che ci sia) per altri rappresenta una inutile sofferenza. Al dolore fisico può essere sommato anche il dolore legato all'angoscia della vita (malati terminali). L'art. 4.15 tutela il diritto dell'assistito a porre limiti nei confronti di eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità di vita dell'assistito, impegno quindi contro l'accanimento diagnostico-terapeutico. È necessaria una riflessione anche in merito al perseverare nell'imposizione di presidi, ad esempio, che il grande anziano continua a rifiutare o cerca di eliminare (es. si strappa il sondino, ecc.) orientamento alla qualità della vita. L'art. 4.16 impegno nei confronti della presa in carico dei famigliari nei confronti dell'elaborazione del lutto; gli art. 4.17 e 4.18 sono entrambi spunto per grandi confronti: si afferma la non praticabilità da parte dell'infermiere ad effettuare trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito.

Il Codice è in via di revisione; è già in corso la consultazione con esperti esterni alla professione e nel gennaio 2008 ci sarà la valutazione del Codice con la rappresentanza dei cittadini (si riconosce come interlocutore fondamentale il cittadino). L'art. 4.18 potrebbe essere oggetto di revisione in quanto, nel frattempo, si è cominciato a parlare del problema dell'eutanasia.

L'Olanda nel suo percorso di modalità di presa in carico del malato ha lavorato molto, prima della legge che prende in considerazione l'eutanasia, per cercare di definire un quadro concettuale di riferimento.

La classificazione del trattamento di fine vita dell'Olanda è oggi quella a cui si fa maggiormente riferimento (eutanasia, suicidio assistito, interruzione di trattamento, sedazione profonda, sospensione di trattamenti supportivi). Da un punto di vista morale occorre fare dei distinguo. Una recente indagine condotta dal Collegio IPASVI di Verona, che ha lavorato a lungo sull'orientamento dell'autonomia della persona, anche attraverso un'indagine presentata nel corso del convegno "L'infermiere e la percezione dell'aiu-

tare a morire". Tale ricerca ha voluto indagare la percezione degli infermieri rispetto ai trattamenti di fine vita, ossia quale proiezione verso questo tipo di scelta che potrebbe essere richiesta in un imminente futuro agli infermieri.

I risultati sono interessanti e dimostrano che rispetto all'art. 4.17 c'è discussione: la ricerca prende a riferimento anche quel sondaggio che la Federazione ha fatto nel 2006 chiedendo "staccheresti la spina". Poco meno di 3.000 infermieri hanno risposto (su 340.000), di questi il 62% ha affermato di essere favorevole. Gli infermieri, che hanno inserito anche numerose considerazioni in merito, si sono schierati favorevolmente.

La revisione del Codice prenderà in considerazione anche gli orientamenti europei. Non è facile confrontare i diversi CD adottati dagli stati europei, sia per la questione relativa alla traduzione autentica (è già difficile tradurre, immaginiamoci la traduzione di un documento denso di significati). Soltanto i primi abbozzi di discussione a livello europeo su "deontologico" hanno sollevato non pochi problemi in quanto gli anglosassoni non concepiscono il termine deontologico, per gli inglesi è il codice di condotta.

Un estratto del Codice deontologico del Regno Unito, fatta dal traduttore ufficiale della Federazione recita che:

Infermieri e ostetriche sono insieme. Il sottotitolo sottolinea l'orientamento a **proteggere il cittadino rispetto agli standard professionali**.

È evidente una forte propensione verso l'assistito; art. 1.1 "devi riconoscere e rispettare il ruolo dei pazienti e degli utenti come partner del processo curativo...".

È una cosa un po' impegnativa del coinvolgimento, il ruolo del partner è importante ed ha un significato ben preciso! È un Codice che orienta in modo preciso e quantitativamente importante i rapporti tra l'infermiere e la persona. Dettaglia molto di più, rispetto a quello italiano, anche l'autonomia di agire senza il consenso, a patto di poter dimostrare di aver agito nel suo interesse. È un Codice che si preoccupa di fare enunciazioni o indicare modelli di comportamento come il nostro, però poi attraverso la sequenza degli articoli si preoccupa anche di dare orientamenti di tipo operativo, pragmatico. Il Codice viene utilizzato molto per le azioni di magistratura interna, esistono molte sanzioni e danno trasparenza.

ORDINI PROFESSIONALI

Con l'ordinistica si vuole aprire una fase nuova, che si sta già configurando, ed

è quella della trasformazione di questa vecchia gerarchia Ordini (laureati) e Collegi (diplomati). La vecchia distinzione tra Collegi e Ordini risale al 1954. L'applicazione della legge n. 43/2006 è ancora in attesa dell'emanazione di decreti attuativi.

TRASFORMAZIONE DA COLLEGIO A ORDINE

Il fine primo dei Collegi e Ordini era garantire i requisiti per l'esercizio professionale: obiettivo primo rimane "Essere soggetti di tutela nei confronti dei cittadini" attraverso la tenuta di un albo (un tempo solo lista di iscritti, oggi con l'accreditamento dei professionisti rappresenta qualcosa di più). I professionisti devono mantenere adeguate le proprie conoscenze all'esercizio professionale (manutenzione).

Comunque sia la denominazione, i Collegi o Ordini sono i gestori e referenti per la responsabilità professionale dei professionisti che la declinano ogni giorno attraverso l'attività svolta, avendo come interlocutore l'utente, l'équipe, l'Azienda ed anche le OO.SS. La responsabilità sociale è un po' più in ombra: poco agita in generale e meno che mai da parte degli infermieri.

La responsabilità del Collegio è espletata a diversi livelli: commissioni di laurea, Codice deontologico, ecc. e tutela la collettività; il Collegio è rappresentativo della professione e promuove la professione.

In Toscana è stata commissionata dalla Regione una ricerca su Collegi ed Ordini che ha dimostrato una scarsa visibilità di questi organismi: i risultati sono interessanti in quanto evidenziano un atteggiamento difensivistico, burocratico piuttosto che l'azione di tutela per la quale sono preposti. Per alcuni Ordini/Collegi (non quelli IPASVI) non c'è accessibilità, non sono rintracciabili, non si conoscono orari di apertura al pubblico.

Cerchiamo di dettagliare questa trasformazione:

- Il passaggio ad Ordine favorisce la discussione a livello nazionale ma anche europeo.
- Dovrebbe essere il soggetto rappresentativo della comunità infermieristica, l'espressione della cultura, della visibilità, dell'immagine chiara e forte.
- È anche il gestore dell'immagine di una professione: definire lo stato dell'arte, dar luogo a ricerche, studi, ecc. per delineare standard. L'Italia non ha standard dichiarati. Sarebbe un obiettivo interessante per dare visibilità (all'estero se domando cosa fanno gli infermieri lo vedo chiaramente con

l'esplicitazione delle diagnosi infermieristiche).

- L'ordine è anche il negoziatore, ossia il soggetto che deve monitorare i requisiti per la formazione di accesso e per la formazione permanente della professione (*mandato importante dal ministero in giù*); a questo proposito sarebbero auspicabili maggiori collegamenti tra l'ordine, l'organizzazione e la formazione.
- Orientamento professionale individuale: presso l'Ordine dovrebbero esserci colleghi esperti che possono "aiutarci" nella definizione del mio percorso professionale personalizzato.
- Tutela a favore degli iscritti: tutela comparativa (legale, avvocato) e tutela preventiva (si sta cercando di sviluppare con alcuni master che rendono gli infermieri esperti nell'analisi della responsabilità professionale, cercare di evitare errori, problemi, limiti).
- Garantire per la responsabilità civile dei propri professionisti (polizze a misura dell'infermiere).
- Rappresentante formale della professione: da interpellare a cura di Aziende, Direzioni, Regione, ecc.
- Gestore di procedimenti disciplinari: sistema di magistratura interna puntuale, coerente.
- Co-promotore di sviluppo sociale (*supporto e contributo in caso di situazioni particolari, calamità, ecc.*).
- Co-protagonista in questioni di interesse professionale e sociale (*scelte di fine vita, donazioni di organi, questioni di rilievo*).

L'Ordine sarà realizzabile solo nella misura in cui la grande massa di protagonisti è alle spalle di questo ente regolatore: **TUTTI GLI INFERMIERI.**

A livello europeo, la rappresentatività degli infermieri è espressa dalla FEPI (Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche): l'organismo promosso dall'Italia nel 2004, paese che per primo si è reso conto di questa esigenza associativa, rappresenta gli enti regolatori della professione infermieristica, col fine di regolamentare l'esercizio professionale, verificare l'idoneità a questo esercizio, mantenimento delle competenze, accreditamento dei professionisti, adesione ai codici etici. Nasce come sistema di protezione dei cittadini e non dei professionisti.

La FEPI, tra i vari impegni recepiti, ha presidiato la definizione degli standard formativi per le professioni infermieristiche (*denominatore comune nei diversi paesi*) nelle direttive dei vari paesi.

I paesi che oggi aderiscono alla FEPI sono nove per un numero complessivo

di oltre un milione di infermieri.

Siamo stati la prima professione tra quelle liberali europee a rispondere alla direttiva di avere un Codice deontologico a livello europeo.

Il Codice, elaborato attraverso un gruppo di lavoro rappresentativo di tutti i paesi, rappresenta una base di riferimento per tutti gli enti erogatori che indirizza attraverso la definizione di punti comuni.

Non si rivolge al singolo ma agli enti regolatori, per poter essere di riferimento.

Il Codice si chiama "CODICE ETICO-DEONTOLOGICO", ha usufruito di fonti di riferimento, carte, ecc. afferenti al campo dei diritti umani. Si è reso neces-

sario definire un glossario, per precisare il significato dei termini utilizzati, incorrendo il meno possibile in equivoci.

 **NOTE**

¹ Il mandato sociale è quello espresso dalla società (norme). La società identifica in quale professionista trovare la risposta ai propri bisogni.

² Il mandato professionale è l'insieme delle definizioni, dei documenti che definiscono, dall'interno della professione, qual è il motivo della nostra presenza nella società (lo scopo di essere). Normalmente mandato professionale e mandato sociale dovrebbero essere complementari l'uno all'altro.

CONVEGNI - CONGRESSI - CORSI



Collegio IPASVI Provincia di Bologna

Assemblea ordinaria degli iscritti all'Albo della Provincia di Bologna

9 aprile 2008 - ore 13.30 - 18.45 e

Seminario di Formazione continua ECM "Informare la persona assistita - Perché?"

Avv. Giannantonio Barbieri

Collegio IPASVI Provincia di Bologna

Corsi di formazione continua ECM per infermieri professionali, assistenti sanitari, vigilatrici d'infanzia - Anno 2008 - 2° trimestre

1. "Responsabilità ed Assistenza infermieristica nella rilevazione e controllo del dolore - Il professionista della salute di fronte al dolore, alla sofferenza e alla morte"
2. "L'assistenza infermieristica pensata e praticata" (Riservata agli infermieri degli Istituti Ortopedici Rizzoli)
3. Assemblea ordinaria annuale degli iscritti All'Albo IPASVI di Bologna - "Informare la persona assistita - Perché?" (il programma completo è inserito nel capitolo "Professione" alla pag. 11/12 di questa rivista)
4. "La terapia della tenerezza nell'assistenza sanitaria"
5. "La responsabilità dell'infermiere in ambito tecnico, organizzativo, relazionale, educativo e deontologico"
6. "L'attività selettiva presso il Centro Volontari Ferma Prefissata di un anno (VFP-1) di Bologna: Esperienze, considerazioni e confronti con gli operatori della sanità pubblica su aspetti cardio-polmonari in età giovanile"
7. "Le conoscenze scientifiche e le esperienze necessarie all'infermiere per l'assistenza a persone con nutrizione enterale e parenterale" - Seminario
8. "Le funzioni assistenziali, educative e psicorelazionali dell'Infermiere, dell'Assistente Sanitaria, dell'Infermiere pediatrico, della Vigilatrice d'Infanzia, nel prendersi cura della persona affetta da diabete mellito"

Collegi IPASVI Regione Emilia-Romagna

XXIV Convegno Regionale - Corso di Formazione continua ECM "Infermiere - una professione per la vita: formazione - esercizio - persona" - Bologna, 29 maggio 2008 - ore 8.00-18.00 - Palazzo dei Congressi - Sala Europa - Bologna nell'ambito di Exposita

I programmi dettagliati sono riportati da pag. 14 a pag. 22 di questa rivista "Professione infermiere"

Associazione Urologi Italiani AURO.it

"L'incontinenza urinaria - Innovative soluzioni terapeutiche di un antico problema"

6 giugno 2008, Centro Congresso Molino Rosso - Via Selice, 49 - Imola

Quota di iscrizione infermieri € 96,00 - Iscrizione H.T. Congressi

Tel. 051/480826 - e-mail: valentina@htcongressi.it