

COORDINAMENTO COLLEGI IPASVI DEL PIEMONTE

Atti del Convegno

Una riflessione
a partire dal
codice deontologico
per
un'azione disciplinare fondata

Torino, 8 novembre 2013
sessione mattutina

*Decoro e dignità:
il punto di vista dell'antropologo
il punto di vista dell'infermiere*

Analisi di casi

RELATORI

Angela Basile

Dottoranda di ricerca in bioetica presso l'università Pontificia Regina Apostolorum

Elsa Basili

Medico Legale - ASL TO 5

Flavio Cruciatti

Collaboratore e docente in Antropologia medica Università Carlo Cattaneo di Castellanza - LIUC; CREMS

Daniele Rodriguez

Professore ordinario di Medicina legale nel Corso di Laurea Magistrale in Giurisprudenza (sede di Padova)

Maria Adele Schirru

Presidente del Coordinamento dei Collegi della Regione Piemonte

Annalisa Silvestro

Presidente Federazione Nazionale Collegi IPASVI



Schirru:

Buongiorno e benvenuti. Per noi è una gioia la presenza di colleghi non appartenenti ai Collegi della Regione Piemonte. Ci sembrava importante allargare questa nostra esperienza a colleghi di altre regioni. Come Collegi di Torino e del Piemonte, abbiamo attivato questa riflessione sul codice deontologico per uniformare le modalità con cui si approccia il disciplinare. Perché – come ben sapete, in base alla vostra esperienza – talvolta non è così semplice definire qual è il percorso più giusto e le modalità di approccio più corrette. Proprio per questo, come coordinamento, abbiamo attivato un progetto condiviso con la Federazione, avendo già realizzato, con i consiglieri del Piemonte, una

prima parte di attività formativa. Siamo partiti dall'ABC, ovvero qual è il percorso, quali sono le procedure da adottare. E l'abbiamo fatto anche discutendo alcuni casi assieme ai legali e ad altre figure professionali. Ognuna di esse, nell'ambito delle sue specifiche competenze, ha offerto un contributo significativo, consapevole che non esistono percorsi giusti o sbagliati. Infatti, non di rado può risultare complicato approcciare procedimenti disciplinari, soprattutto sulle tematiche che andremo a trattare. Proprio in funzione di questa complessità, abbiamo allargato la nostra riflessione, grazie all'ausilio di illustri relatori, che ci aiuteranno a comprendere come il ragionamento può essere sviluppato a 360° e non soltanto partendo dal presupposto giusto o sbagliato, secondo un'ottica che inevitabilmente è inquinata da ciò che pensiamo come persone e dalla nostra cultura. Ci muoviamo in culture che sono estremamente differenziate, in quanto apparteniamo a percorsi formativi e contesti culturali diversi. Ci sembrava quindi importante sottolineare questo aspetto, ossia in che modo affrontiamo alcune situazioni. Gli obiettivi fondamentali sono sostanzialmente due. Il primo che affronteremo, con l'ausilio dei casi, è analizzare il concetto di dignità e decoro. Se ci chiedessimo, e potessimo esprimere, che cosa intendiamo per dignità e decoro, sicuramente verrebbero fuori espressioni molto diverse. Oggi, rispetto a decenni fa, il concetto di dignità e decoro è ancora lo stesso, si è modificato in funzione dell'inevitabile mutamento della storia e della cultura? Proprio per questo diventa importante riuscire a sviluppare una riflessione su tali aspetti, così da inquadrare adeguatamente l'enunciazione di entrambi i concetti. Il secondo obiettivo è il seguente: analizzare la logica dell'errore. Si è verificato un errore: ne prendiamo atto. Cosa facciamo ad errore avvenuto? Interventiamo anche da un punto di vista disciplinare nei confronti del collega? Quando questo è opportuno e quando non lo è? Se facciamo riferimento a quanto ci viene insegnato, incluso ciò che è riportato in letteratura sul rischio clinico e sulla sua prevenzione, non si deve partire da un atteggiamento colpevolizzante, bensì comprendere l'origine dell'errore così da evitarlo la volta successiva. È chiaro come non sia affatto facile muoversi adeguatamente in questo contesto. Oggi ci sarà anche spazio per il dibattito, che spero sia vivace, in modo tale che ognuno di noi possa portare a casa non la certezza di come da oggi in avanti si muoverà, ma piuttosto nuovi stimoli di ragionamento su queste tematiche. Il mio augurio è che l'incontro odierno ci aiuti a crescere nel dibattito comune. Lascio la parola al prof. Cruciatti, che ci presenterà un inquadramento di carattere generale: "Implicazioni socioculturali dell'identità professionale infermieristica in Italia". Auguro a tutti buon lavoro.



Prof. Cruciatti:

Ringrazio la dottoressa Schirru e rivolgo un saluto ai presenti. L'invito a partecipare a questa giornata mi lusinga poiché il tema è particolarmente interessante, attuale e significativo per il gruppo di ricerca che rappresento. Come accennato dalla dottoressa Schirru, la costruzione ed il mantenimento di un'identità, che sia personale o collettiva, dipende da una serie di fattori che sono storici, culturali e sociali. Pertanto, il mio intervento si propone di tracciare un *excursus* storico su come l'affermazione dell'identità infermieristica si sia diversificata nel tempo. Vedremo – in vari Paesi, in diverse culture ed in tempi differenti – come abitudini, atteggiamenti e storia, nel ridefinire ogni cultura in ogni luogo, abbiano condizionato e modificato le traiettorie della disciplina nell'affermazione dei costrutti riferiti

all'identità, la dignità, la responsabilità, la consapevolezza ed il senso di appartenenza professionale.

Storicamente l'affermazione delle prime esperienze infermieristiche nasce, ed è prevalentemente condotta, in ambito militare. Inizialmente sono prestate da ordini di religiose: questo ha condizionato per quasi un secolo la percezione del ruolo in sanità. Una percezione che spesso si è concretizzata nei limiti di un'immagine diffusa, relativa ad uno stato di dipendenza, quasi ancillare, dalla medicina e quindi dal medico. Questo ha determinato una sudditanza pressoché indiscutibile, insieme all'obbligo di agire ed operare senza alcuna autonomia di pensiero o, peggio, di iniziativa personale.

Riprendere la storia di Florence può apparire ridondante o scontato, ma è significativo del tempo e del luogo per l'affermazione di una disciplina che con lei si vuole pratica e costruita sul campo. Con la Nightingale inizia una visione scientifica della pratica infermieristica durante la guerra di Crimea, in un momento storico in cui le infermiere non erano considerate niente di più che delle semplici vivandiere che preparavano e distribuivano il cibo. Non è un caso che l'affermazione del lavoro di Florence Nightingale coincida, nel periodo vittoriano, con i primi movimenti per l'emancipazione femminile: il diritto di voto, il riconoscimento dei diritti civili delle donne, etc. Un'emancipazione che la Nightingale ha consolidato a livello professionale e trasferito dal più generale contesto culturale del mondo femminile di allora all'iniziale dignità professionale del nursing, così come oggi noi lo intendiamo. Florence Nightingale, rientrando dalle sue esperienze, presenta un rapporto alla *Royal Commission of on the Health Army*. È da questo che si comprende l'importanza degli aspetti correlati all'igiene, tanto da dar loro priorità anche in tempo di pace ed in campo civile. La teoria che sviluppa è incentrata sul concetto di ambiente. Quale fattore principale per lo sviluppo delle malattie, individua dei requisiti essenziali: l'aria pulita, l'acqua, il sistema fognario, l'efficienza, la pulizia, la luce, il silenzio, il calore e la dieta. I punti significativi della sua costruzione professionale sono l'internato obbligatorio delle allieve, e pertanto una continua attenzione allo studio e alla formazione infermieristica basata sul sapere, l'istruzione e la conoscenza.

Si inizia così ad affermare e diversificare un concetto di autonomia centrato su un sapere proprio, distinto da quello del medico. Il ruolo dell'infermiere corrisponde ad un simbolo di misericordia, di forza, di padronanza di sé di fronte al dolore, di altruismo e di solidarietà. Sotto il profilo storico-culturale, i Paesi

dell'impero britannico afferenti al Commonwealth - Inghilterra, Canada, Australia, Nuova Zelanda e India - nel relativo contesto storico e politico del mondo anglosassone dell'epoca - assieme agli Stati Uniti tra le due guerre, hanno maggiormente consentito l'affermazione ed una pratica consapevolezza circa la necessità che le scienze infermieristiche iniziassero ad essere considerate una professione di riferimento con una propria centrale identificazione nell'ambito delle scienze mediche, estendendo il campo stesso delle scienze della salute. Tuttavia, questa emancipazione professionale - nell'ambito del contesto culturale dei diversi Paesi europei - ha visto il suo sviluppo, la sua affermazione ed i conseguenti riconoscimenti pratici ed operativi in tempi differenti e secondo diverse modalità. In realtà, le infermiere e gli infermieri dovettero superare numerose difficoltà gerarchiche in medicina, il che produsse quale risultato l'impressione che lo scopo principale dell'infermiere fosse quello di eseguire unicamente le indicazioni del medico. Una situazione perdurata per quasi un secolo. Questa tendenza di certo non è stata assecondata dalle note sul nursing della Nightingale, dove i medici sono citati raramente e, quando lo sono, spesso con un tono critico, con particolare riferimento alla relazione medico-paziente. Un problema enorme ancora oggi molto dibattuto; considerato ed affrontato concretamente solo da pochi anni all'interno della riflessione nell'ambito del tradizionale modello biomedico occidentale.

Nei primi anni del Novecento, l'era della scuola sul modello Nightingale – con gestione autonoma e diretta dell'infermiere – termina. Le scuole furono controllate dagli ospedali e venne scoraggiato un apprendimento teorico. Gli ospedali ed i medici vedevano le infermiere come una risorsa di lavoro poco costosa. Lo sfruttamento non era infrequente da parte dei datori di lavoro, dei medici e degli educatori. Malgrado la pratica infermieristica sia stata a lungo controllata dalla medicina, nel 1853 Theodore Fliedner, un religioso tedesco, fondò un ospedale dove le infermiere assunte dovevano essere "gentili". Molte persone furono positivamente colpite da questa scelta: venne quindi fondato il *British Institute of Nursing Sisters*. Le persone iniziarono ad accettare la figura dell'infermiere quale professione rispettabile.

La Nuova Zelanda fu il primo Stato a regolamentare la figura dell'infermiere con l'adozione del *Nursing Registration Act*, il 12 settembre 1901. Ellen Dougherty diventò la prima infermiere ufficialmente registrata. Negli Stati Uniti, il North Carolina è stato il primo Stato ad approvare la legge sulla concessione di licenze agli infermieri (1903). Sin dall'inizio del Novecento, si crearono le basi per le prime associazioni di infermieri e scuole di nursing laiche, prevalentemente nel mondo anglosassone e protestante, oltre che in Germania ed in Francia, mentre la tradizione religiosa europea e cattolica perseguì in diversi Paesi – come l'Italia, almeno fino alla fine degli anni '60 – l'abitudine di avvalersi di figure religiose all'interno degli ospedali.

Nel nostro Paese ci si avvale a lungo di infermieri non professionali – definiti "generici" fino agli anni '60 – di laici e di suore infermiere che si formavano in base a programmi piuttosto contenuti e limitati. Tutto ciò sino alla costituzione delle prime scuole infermieristiche e professionali, che prevedevano un diploma rilasciato dagli enti ospedalieri, che avevano creato proprie scuole di formazione al loro interno, con programmi più articolati, coerenti e moderni di nursing. In Italia e nel mondo cattolico – nonostante la normativa ecclesiastica del XIX secolo imponesse ancora alle religiose di non assistere nessuno a domicilio, oltre ad escludere le donne incinta e i malati di sesso maschile – le suore infermiere, in nome della loro missione, spesso disattendevano queste disposizioni, non negando il loro aiuto ai sofferenti e aprendo continue discussioni con l'istituzione ecclesiastica, come testimonia l'inchiesta generale avviata dalla Sacra

Congregazione dei religiosi nel 1909 in tutto il mondo cattolico, in seguito alle proteste per la prassi consolidata dalle religiose a prestare assistenza infermieristica sia a domicilio che negli ospedali, anche agli uomini. Alla fine, le suore la spuntarono e, consapevoli dell'esigenza di una preparazione professionale, ottennero da Pio X, nel 1905, la possibilità di fondare la prima scuola professionale di infermiere.

È funzionale al nostro excursus storico ricordare anche alcune date ed eventi.

La Federazione internazionale degli infermieri viene fondata nel 1899; oggi rappresenta oltre 16 milioni di infermieri nel mondo, è anche quella che ha dato la prima impostazione alla professione. Nel 1863 si crea il Comitato Internazionale della Croce Rossa, in ambito militare, e, successivamente, la Croce Rossa si fonde al Movimento della Luna Crescente per poter portare ovunque aiuti umanitari nell'ambito dei molti conflitti che tutt'oggi affliggono l'umanità. Nel 1899 viene creato il *Royal Canadian Army Medical Corps* per inserire medici, ma anche infermieri, nell'ambito del servizio militare. L'Associazione canadese degli infermieri si fonda nel 1908. L'*American Nurses Association* si fonda nel 1911 e nel 1951, sempre negli USA, nasce l'Associazione delle infermiere di colore. Il *Royal College of Nursing* nel Regno Unito vede la luce nel 1916 e riceve il patrocinio della Regina Elisabetta nel 1928. Contemporaneamente, le infermiere sono presenti nella *RAF (Royal Air Force)*, costituendo una rilevante presenza durante la prima e seconda guerra mondiale. Si può pensare ad un punto di svolta dagli anni '30 in poi, con la prima Scuola di Nursing all'Università di Yale. Si tratta di una scuola che ha una sua autonomia, un proprio rettore, una facoltà, un budget ed un grado accademico analogo agli standard universitari. Il Collegio delle infermiere australiane è formato nel 1949 e la *National Students Nurses' Association (NSNA)* è datata 1953. Il Collegio IPASVI si crea nel 1954 e la Federazione realizza il primo congresso a Roma nel 1965. All'Università di Pittsburgh è offerto il primo programma di dottorato in Scienze Infermieristiche (Ph.D.) e la Columbia University, nel 1956, realizza il primo *Master's degree* nella specializzazione infermieristica. Il primo certificato per il ruolo di *Nurse Practitioner (NP)* viene istituito con l'ausilio di una formatrice infermiera, assieme ai medici, nell'Università del Colorado nel 1965. Desidero citare inoltre come emblematica la figura di Dame Cicely Saunders, a cui si deve il primo *hospice* moderno realizzato nel 1967, una figura alla quale sono particolarmente debitore. Come infermiera professionale conseguirà un diploma in Scienze Sociali e, successivamente, una laurea in Medicina. Dedicherà la sua inventiva e la sua creatività nel definire i modelli assistenziali rivolti ai malati terminali, in un programma incentrato sulle Cure Palliative e strutturato come quello del St. Christopher's Hospice nell'area londinese. Nel 1969 è stata invitata come speaker all'Università di Yale. Il *Master's degree* per il certificato infermieristico in pratica avanzata è del 1980. Infine, per terminare con una informazione sulla affermazione della professione, Eddie Bernice Johnson è stata la prima infermiera eletta nel 1992 al Congresso degli Stati Uniti.

Come abbiamo potuto vedere, grazie a questa rapida successione di date ed eventi, la crescita, l'affermazione e la pratica professionale sono passate, durante l'ultimo secolo e mezzo, attraverso percorsi piuttosto diversi fra loro. In realtà, i tempi storici dell'identità della professione infermieristica in Italia hanno determinato una sofferenza più lunga nell'iniziale, fisiologica limitazione dell'autonomia, della crescita e della consapevolezza dei ruoli e delle competenze da acquisire. Pertanto, ruoli e competenze, nel nostro Paese, si sono formati in ritardo rispetto a quelli dei colleghi di altre nazioni, nel contesto del tradizionale modello biomedico occidentale. Per cui, dignità personale, decoro, competenze specialistiche e

coscienza di sé rappresentano acquisizioni reali ottenute con difficoltà e sofferenza solo nell'arco degli ultimi decenni. In tal senso, per noi oggi considerare di allinearsi e misurarsi con l'esperienza pratica vissuta dai colleghi stranieri è molto importante. Così come è importante acquisire forme mentali sempre più coerenti ed efficaci, in vista della centralità del paziente e della sua famiglia, che rappresentano il nostro obiettivo. Questi sono gli elementi che, nel dare dignità all'altro, concorrono sempre più a rafforzare la dignità individuale e quella di una professione che si vuole sempre più libera, responsabile ed autonoma, ricercando inoltre il benessere degli operatori e la loro qualità di vita nell'ambito lavorativo.

La cultura, all'interno delle singole società, segue dinamiche fluide, evolutive, mutevoli nel tempo e nello spazio, così che ogni norma o valore di riferimento, considerati a lungo come tradizionali, si riadattano alle esigenze sociali contingenti, sia nel bene che nel male. E, come la morale, in una prospettiva di natura relativistica, l'etica, con le sue norme e valori di riferimento, si modifica in funzione delle diverse latitudini e longitudini all'interno di un continuo divenire storico, sociale e culturale. Allo stesso modo, il concetto di identità, in un'ottica dinamica e non statica, dipende e si costituisce in relazione ad "un altro", che molti spesso, per timore, vorrebbero cancellare o annullare. Ma noi esistiamo in quanto tali e spesso ci identifichiamo in funzione dell'altro o dell'alterità, ovvero nel confronto. La cultura professionale, pur essendo dinamica e fluida, al pari dell'identità professionale, oggi non dipende più unicamente dalle singole culture locali. Oggi tale "cultura" si avvantaggia di una nuova caratteristica che è costituita dalla sovranazionalità, nel senso che la cultura professionale è *al di sopra* delle nazioni, e può essere considerata transnazionale, al pari di una "multinazionale" i cui interessi sono trasversali e globali. I suoi codici deontologici ed etici di riferimento, anch'essi in una continua evoluzione adattativa, possono confermarsi e confrontarsi all'interno di dialoghi molto più aperti rispetto a un tempo, e venire continuamente fecondati da informazioni ed esperienze provenienti dei singoli Collegi nel mondo. In un'ottica globale, si rende possibile la continua rivalutazione interna di principi e valori che, aggiornati al pari delle competenze pratiche, delle innovazioni tecniche, dell'avanzamento della conoscenza scientifica, consentono riadattamenti e formulazioni di risposte a nuovi problemi, anche locali, in parte anche tramite la conoscenza di soluzioni sperimentate in altri contesti. L'attuale globalizzazione ha prodotto una frattura tra il luogo dove si costruiva la produzione della cultura ed i luoghi in cui essa si fruisce, in una rete collegata di trasferimenti di informazioni e di notizie. Chi ha o condivide già un'idea – in questo caso un'arte, un mestiere, una professione disciplinata – si avvale di interconnessioni e scambi, di informazioni ed esperienze innovative che vengono condivise in tempo pressoché reale. In tal modo, scienze e discipline pratiche, nonché conoscenze, scambiano, redistribuiscono e selezionano identità e modi di essere sempre meglio definiti. Esiste quindi una costruzione continua – qui e là – perché il passaggio di informazioni è reale, nel senso che possiamo acquisire le esperienze da altri colleghi, ed altri colleghi possono acquisirle da noi. L'innovazione scientifica e la progressione della conoscenza è oggi facilmente fruibile per ciascuno, in grande misura, disponibilità e in tempi rapidi. È forse in tal senso che dobbiamo considerare un corpo professionale come quello infermieristico in un *divenire continuo*, un divenire che, ormai delocalizzato e globale, si avvantaggia di riferimenti comuni e collettivi che convalidano e rinvigoriscono naturalmente il proprio corpo locale nel confronto con l'altrui esperienza, allo stesso tempo consolidando e diffondendo l'unicità professionale, il proprio ruolo sociale e il pragmatismo della propria identità. Personalmente



considero il rispetto e la dignità due costrutti culturali, due dimensioni fortemente interconnesse e interdipendenti. Essi derivano, agiscono e si affermano in funzione di un sistema di norme e di rappresentazioni collettive condivise all'interno di una determinata società o cultura. Per cui, qualsiasi attività umana che necessiti di codici di riferimento, comportamentali ed etici, per affermarsi deve agire in funzione del fatto che il gruppo sociale a cui si riferisce tale attività debba costruire la sua credibilità su percorsi di responsabilità individuali e collettivi che tutelino il rispetto, la dignità e la responsabilità del singolo appartenente. Mi riferisco quindi alla responsabilità verso se stessi e, nello stesso tempo, a quella interna dell'intero sistema, alla totalità, alla collegialità degli individui appartenenti a quella categoria di attività.

I codici deontologici riferiti ad una professione affermata definiscono le norme scritte di riferimento, ed anche quelle non scritte, nonché i comportamenti da osservare affinché si mantenga nel tempo la credibilità e il rispetto del gruppo, con imparzialità e rigore. Se il rispetto viene costruito ed acquisito attraverso l'affermazione di una serie di fattori che sono culturali, storici, di tradizione, di competenza tecnica e scientifica per una disciplina, la dignità può rappresentare uno dei principali elementi della conservazione del rispetto. Il rispetto ha una sua strada, un suo percorso, e la dignità che si costruisce consente di conservare il rispetto che è stato acquisito nel tempo. Uno è un divenire storico, l'altro è l'atto della sua conservazione. La dignità rappresenta inoltre l'attuazione *in primis* di un insieme di valori che concorrono a definire, nella dimensione privata, una serie di atteggiamenti e comportamenti attesi e vincolanti per il singolo individuo. Atteggiamenti e attitudini che, però, variano e sono intesi quindi come variabili in funzione del carattere individuale, dei sistemi di riferimento morali ed etici individuali, delle motivazioni, della singola cultura personale e del contesto nel quale norme e leggi vengono fatte applicare. Da qui la necessità di codificare delle normative scritte. Con il termine dignità si usa infatti riferirsi al sentimento che proviene dal considerare significativo il proprio valore morale, la propria onorabilità e di ritenere importante tutelare la sua salvaguardia e conservazione. Per i modi della sua formazione e le sue caratteristiche intrinseche, questo sentimento si avvicina a quello dell'autostima, dell'onore e dell'orgoglio, ovvero della considerazione di sé, delle proprie capacità, della propria identità personale e, nel nostro caso, professionale. Pertanto, il concetto di dignità dipende anche dal percorso che ciascuno sceglie di compiere sviluppando il proprio Io. Ugualmente, si riconosce dignità alle alte cariche, politiche ed ecclesiastiche, richiedendo a chi le ricopre di agire affinché ne conservi alte le caratteristiche.

Desidero condividere con voi una serie di citazioni, le quali possono aiutarci nella riflessione.

Camillo Benso conte di Cavour afferma che «*il primo bene di un popolo è la sua dignità*». Aristotele ci ricorda che «*la dignità non consiste nel possedere onori, ma nella coscienza di meritargli*». Raymond Chandler sottolinea che «*la maggior parte della gente consuma metà delle proprie energie cercando di proteggere una dignità che non ha mai posseduto*». In realtà, la nostra dignità di persone deriva dalla nostra capacità di riflettere e di scegliere, cioè dalla nostra capacità di autodeterminazione e dal fatto che siamo responsabili della nostra sorte. Quando si parla di dignità umana ci si riferisce alla responsabilità di decidere autonomamente. Pico della Mirandola, nel suo discorso sulla dignità dell'uomo – «*Oratio de hominis dignitate*» del 1486 e ritenuto il “manifesto del Rinascimento” – considera il concetto di dignità umana correlato all'idea del libero arbitrio. Un arbitrio libero di installazione divina, considerando che la ricerca della dignità è fondata sulla volontà di una libera scelta. L'uomo è creato ad immagine e somiglianza

di Dio. Se Dio ha fatto le piante e gli animali, dando loro delle precise caratteristiche identitarie, all'uomo lascia un'identità ancora in costruzione, proprio perché gli dà la possibilità di scegliere e di fare, ma attraverso la dignità. È su questo che si basa il concetto di dignità umana, ovvero la qualità suprema che solo l'uomo ha ricevuto da Dio. Egli può coltivarla e farla crescere, avvalendosi del pensiero filosofico, nato dall'unione di alcune dottrine che, considerate buone e istruttive dell'animo, possono consentire all'individuo di ascendere e avvicinarsi sempre più ad una potenziale perfettibilità, che è Dio. Quindi, il libero arbitrio può agire laddove l'uomo decide di agire, con dignità o senza dignità. Pico della Mirandola, attribuendo le parole a Dio, afferma: *«Non ti ho fatto né celeste né terreno, né mortale né immortale, perché di te stesso quasi libero e sovrano artefice ti plasmassi e ti scolpissi nella forma che avresti prescelto. Tu potrai degenerare nelle cose inferiori che sono i bruti; tu potrai, secondo il tuo volere, rigenerarti nelle cose superiori che sono divine. O suprema liberalità di Dio padre! o suprema e mirabile felicità dell'uomo! a cui è concesso di ottenere ciò che desidera, di essere ciò che vuole. I bruti nel nascere seco recano dal seno materno tutto quello che avranno. Gli spiriti superni o dall'inizio o poco dopo furono ciò che saranno nei secoli dei secoli. Nell'uomo nascente il Padre ripose semi d'ogni specie e germi d'ogni vita. E secondo che ciascuno li avrà coltivati, quelli cresceranno e daranno in lui i loro frutti. E se saranno vegetali sarà pianta; se sensibili, sarà bruto; se razionali, diventerà animale celeste; se intellettuali, sarà angelo e figlio di Dio. Ma se, non contento della sorte di nessuna creatura, si raccoglierà nel centro della sua unità, fatto uno spirito solo con Dio, nella solitaria caligine del Padre colui che fu posto sopra tutte le cose starà sopra tutte le cose»*. Aggiungo, per dirla con Orazio, *«Aequam mentem servare mentem»*, ossia ricordati di conservare la mente serena, in equilibrio, equilibrata. Questo è ciò a cui dobbiamo tendere nei presupposti alla base del nostro convegno.

Tali costrutti culturali - rispetto e dignità - coesistono in una relazione biunivoca e interdipendente, che si rafforza in maniera complementare l'una con l'altra tramite il grado di responsabilità individuale che ogni persona riesce a determinare verso se stessa. Per cui, nella pratica, fondamentale è educare e formare alla responsabilità, cioè all'atteggiamento critico verso se stessi, che costituisce la base fondamentale di ogni osservanza individuale e, di seguito, collettiva, per preservare il rispetto e la dignità di una professione, di una disciplina, di un'arte o di un mestiere identificabili dall'esterno. La nozione di responsabilità è molto articolata, ma è centrale. Essere responsabili significa avere la capacità di rispondere, avere la consapevolezza di un impegno, di una promessa, rendere ragione delle proprie ed altrui azioni, essere consapevole delle conseguenze derivanti dalla propria condotta. Significa anche, ben più in profondità, la capacità – *habilis* – nel fornire un responsum: il *responsum* oracolare di natura divina, che ha conservato il senso primitivo e religioso. Mi riferisco – al di là degli aspetti oracolari e religiosi – al nostro primo giudice, ossia all'essere in grado di dare una risposta a noi stessi. Perché io rappresento il mio primo giudice, dal quale non posso sottrarmi. Essere abile nel *respondere*, in questo caso, vuol dire mettersi di fronte alla propria coscienza. Ed è anche l'abilità nel *res ponderare*, cioè la capacità di “soppesare le cose” ovvero di “valutare con la mente.”

Talvolta la responsabilità individuale e collettiva di un gruppo subisce forti influenze dal grado del senso di appartenenza e del gruppo di riferimento, considerando che la cultura e l'applicazione di valori come equità, correttezza, onestà, coscienziosità contribuiscono fortemente alla coesione interna del gruppo stesso. Questo è un aspetto che ci interessa molto e da vicino. Nei processi di identificazione con il gruppo



di appartenenza, ed in funzione della sua coesione interna, costituire un sistema di rappresentazioni collettive fondate su una coscienza collettiva in comune tra i singoli – intesi come collettivi tutti quei contenuti psichici che non sono peculiari di un solo individuo, ma contemporaneamente di molti individui, quindi di una società, di un gruppo, di un popolo – secondo Jung può contribuire alla costruzione di forti fattori identitari, alla condivisione di valori comuni e alla pratica attuazione di obiettivi condivisi, che è ciò che interessa, e di forte utilità funzionale alla nostra professione, che è fatta di pratica quotidiana.

Al di là delle inalienabili competenze necessarie e della predisposizione all'assunzione delle responsabilità professionali, è necessario evidenziare un certo agire, al fine di rimediare alcuni inconvenienti che talora si possono manifestare come di pericolosa portata irreversibile sul piano della salute e del benessere, ma anche sul piano della credibilità della professione: l'omissione degli errori commessi, la copertura di tali errori se non la complicità in essi viene non di rado ritenuto un atteggiamento di una qualche utilità personale in futuro. Ossia, "quando sbaglierò io, copriranno anche me". Questo rappresenta una mentalità abbastanza diffusa nel mondo latino e purtroppo riguarda molte professioni in sanità. Un'adesione anche inconscia a simili atteggiamenti può indurre forme di comportamenti e abitudini di pensiero in grado di modificare le stesse caratteristiche dell'individuo, se abituato ed immerso in un più ampio clima culturale di mutua copertura e di garanzie illecite. Per cui arroganza, prevaricazione, insolenza ed abuso – unitamente ad un senso di superiorità e di predominio, che a lungo tempo una certa impunità comporta – possono affermarsi come una sorta di norma strisciante, latente e diffusa, minando pericolosamente l'intero sistema professionale e quello individuale di ogni operatore socio-assistenziale. Sembra che il rigore verso se stessi in questi casi debba manifestarsi senza compromessi. Verso se stessi in funzione della propria capacità di essere e mantenersi responsabile; allo stesso tempo, da parte della società scientifica per l'applicazione interna delle sanzioni. Stimolare l'applicazione di tale rigore verso chi omette o copre comportamenti criticabili è fondamentale. Così come è fondamentale educare all'idea che soprassedere o indugiare nella loro denuncia va a svantaggio del singolo come atto lesivo degli interessi professionali di quest'ultimo. E ancora: come appartenente ad un sistema che deve mantenersi chiaro e trasparente, compromettere la credibilità dell'intero gruppo di appartenenza mina inevitabilmente la percezione e la credibilità di ognuno. In soldoni: "io sono svantaggiato se la mia professione viene messa in discussione e quando perdo la mia immagine di credibilità per colpa del comportamento di altri".

Mi avvio alla conclusione accennando all'esperienza e al contributo dei programmi *hospice*, nati in Italia verso l'inizio degli anni '90, in merito all'organizzazione del lavoro d'equipe e in relazione all'affermazione di nuovi orientamenti nei principi di autonomia e responsabilità in ambito infermieristico, ma anche in funzione di nuove competenze quasi *specialistiche* per la professione. In Italia tale esperienza è stata significativa sotto diversi punti di vista, negli anni precedenti la definizione degli attuali corsi di laurea. Mi riferisco quindi ai primi anni novanta. Gli infermieri che nel 1990 lavoravano con noi in *hospice* si erano avvantaggiati di qualcosa che stavamo impostando insieme a loro. E sottolineo *insieme*. Qualcosa che si è consolidato poi negli anni successivi. Mi riferisco alle caratteristiche che comprendevano l'estensione di ruoli e competenze di tipo innovativo come una maggiore responsabilità ed autonomia professionale per il personale, l'applicazione di modelli di nursing più concreti e reali ed un ruolo di interdipendenza con

l'equipe di cure ma meno subordinato al tradizionale ruolo medico-centrico, in funzione della rivalutazione delle cure cliniche e socio-assistenziali finalizzate verso una maggiore qualità della vita per il paziente e i familiari, la realizzazione autonoma di una cartella infermieristica. Al tempo non esistevano le cartelle infermieristiche. I nostri infermieri avevano semplicemente avuto l'idea di confrontare le cartelle infermieristiche di altre strutture all'estero, realizzando così la propria personalizzata. Oggi sembra prassi comune – anche se non sempre e ovunque – il fatto di poter aver voce nella condivisione delle scelte terapeutiche, nei programmi assistenziali e nella pianificazione degli interventi direttamente con le altre figure sanitarie o nell'acquisizione di orientamenti che prevedano la conduzione e la gestione delle strutture *hospice* da parte di infermieri professionali con funzioni apicali, nel definire l'organizzazione del lavoro in equipe multidisciplinari con ruoli "tra pari" e con caratteristiche di tipo "partecipativo", che inevitabilmente comportano un ridimensionamento del tradizionale ruolo di leadership del medico. Affermando parimenti la creazione di forti sentimenti di appartenenza – funzionali alle strategie assistenziali e di cura – nel dare però forza e potere al gruppo e, nel contempo, nel fare emergere una sempre maggiore coscienza e responsabilità collettiva professionale nella condivisione generale e nella redistribuzione dei carichi di lavoro, abbassando i livelli di stress e possibile *burnout*, incrementando infine la qualità di vita sul lavoro ed il rafforzamento del senso di solidarietà, collaborazione e coesione interna tra

il personale infermieristico, sino a definire tra loro, con noi e per l'intera équipe di cure nuovi stili di vita e atteggiamenti fortemente costruttivi.

L'esempio riportato nella slide riferito alle caratteristiche *sistemiche* proprie ad una équipe di cure palliative in *hospice* è, in questo senso, molto significativo. Sono caratteristiche già evidenziate negli anni '80 all'interno dei primi *hospice* in Canada, che ci danno l'idea di come un'équipe possa non

Esperienze e contributi dei programmi *hospice* in Italia

LIUC Università Cattaneo

CREMS

CARATTERISTICHE DI UNA EQUIPE DI CURE PALLIATIVE

1. L'équipe è organica, un "tutto" più grande della somma delle singole componenti individuali che agiscono tra di loro.
2. L'équipe è interdipendente, in essa i successi e i fallimenti di ognuno appartengono a tutti.
3. L'équipe è "motivante" e spinge i singoli elementi verso obiettivi sempre più importanti.
4. L'équipe è "piacevole" e i membri condividono un senso di appartenenza e di gruppo.
5. L'équipe è un "ambiente civile" e strutturato in cui le aspirazioni individuali si fondono verso obiettivi più ampi e dove i membri imparano a cooperare, condividere e interagire.
6. L'équipe richiede una certa conformità, non uniformità.

solo funzionare, ma come possa contribuire ad una solida costruzione identitaria collettiva, alla quale si può concretamente aspirare.

Secondo alcuni è in atto, da almeno un trentennio, una fase prolungata di "crisi" della medicina, per cui da tempo ormai si va affermando una lenta transizione dal tradizionale modello *biomedico* verso un modello di medicina di tipo *bio-psico-socio-*

Esperienze e contributi dei programmi *hospice* in Italia

LIUC Università Cattaneo

CREMS

7. I membri di una équipe devono sapere condividere con gli altri le loro debolezze così come le loro certezze.
8. Ogni conflitto viene risolto confrontandosi direttamente.
9. Le équipe di cure palliative devono lavorare con le équipe sanitarie esistenti e non devono andare oltre i ruoli di consulenza e competenza.
10. Una équipe funzionale consente flessibilità ai singoli ruoli professionali.
11. Ogni decisione difficile deve essere condivisa.
12. Gli scambi interpersonali possono portare ad una crescita professionale.
13. Ogni verifica formale migliora le prestazioni future.

Fonte: I. Ajemian, Oxford Textbook of Palliative Medicine, 1993

culturale da considerare nel più generale contesto di quelle che vengono oggi definite le “Scienze della salute”. In questi ultimi vent’anni, l’apporto delle scienze umane e sociali ha contribuito all’affermazione di una diversa prospettiva nelle cure, promuovendo e consolidando pratiche e metodi incentrati sull’interdisciplinarietà, l’uso di valutazioni multidimensionali ed una diversa percezione di ruoli e competenze in ambito multiprofessionale; tutti aspetti che a loro volta agiscono a sostegno e supporto dell’affermazione di logiche che conducono verso una nuova centralità della professione infermieristica, della crescita quindi e dell’affermazione di riconoscimenti e dignità a lungo sottovalutati.

Esistono oggi nuovi modelli di nursing che si stanno affermando. Uno di questi ad esempio è il modello di nursing riferibile a Madeleine Leininger, un’infermiera americana laureata in scienze infermieristiche che verso la metà degli anni '70 ha formulato una serie di teorie e prassi confluite poi, come principi adottati, in un modello assistenziale oggi diffuso, consolidato e riconosciuto basato sulla necessità, l’attenzione e le competenze infermieristiche verso le cure culturali (*Cultural Care*). Mi riferisco a tutti gli aspetti culturali propri del paziente e della sua famiglia di origine che necessariamente devono rientrare a far parte delle conoscenze che l’infermiere deve avere nell’ambito della sua funzione pratica di attenzione a difesa delle necessità individuali, non solo psicologiche, sociali, assistenziali o cliniche, che rimandano anche ed evidentemente all’insieme dei costrutti culturali e religiosi, di abitudini, costumi ed usi e propri alla diversità culturale di ogni assistito. È quello che oggi viene definito *Modello di Nursing Transculturale*, oggetto di insegnamento in molte università anglosassoni. Una sorta di fusione tra antropologia e scienze infermieristiche. Oggi questa estensiva innovazione nella pratica del nursing si allarga agli aspetti multiculturali, ma anche alle competenze in ambito clinico e assistenziale che ne derivano, facendo così progredire l’ambito e l’insieme delle competenze e delle conoscenze per gli infermieri in un senso di sempre maggior completezza.

Se la dignità, la responsabilità, il decoro e la correttezza risiedono in quello che un tempo era considerato “l’amor proprio”, oggi solo una sua riabilitazione potrà fare la differenza. Quando da bambino sbagliavo qualcosa, mia nonna mi diceva: “Vergognati!”, e mi venivano probabilmente le orecchie rosse. Giocava sul mio amor proprio e sul fatto di pormi di fronte al mio primo giudice, perché nel “vergognati!” era insita la mia reazione: “Oddio, cosa ho fatto?”. Credo che questo sia uno dei meccanismi fondamentali nelle dinamiche da considerare. Vi ringrazio molto per l’attenzione.



Schirru:

Ringraziamo lei, professore. Ci ha offerto un ampio panorama storico, nazionale e globale, su cui riflettere. Ci ha gradualmente portato verso concetti chiave su cui dovremo discutere, fornendo una serie di stimoli, ampi e concreti. Invito la collega Basile a fornirci ulteriori stimoli che ci aiuteranno nella disamina dei casi. Il titolo del suo intervento è: “Il decoro e la dignità – riflessioni”.



Basile:

Buongiorno e grazie per il vostro invito, che mi onora. Raccolgo con piacere gli stimoli che derivano dall'intervento del prof. Cruciatti. Ritengo che la nostra storia, ciò che è accaduto nella nostra vita professionale e nella costruzione di questa storia – che nasce quasi come un'occupazione e non come una professione – ci inviti e ci interroghi, oggi più che mai, costringendoci a dei cambiamenti, ad aprire i nostri orizzonti ai quali, per forza di cose, dobbiamo adattarci. Spesso, lo vedremo, sono orizzonti di natura culturale.

Quale
immagine
rappresentati
va del mio

intervento ho scelto «La zattera della Medusa» di Théodore Géricault perché, effettivamente, noi infermieri siamo in una situazione particolare. Siamo sferzati da tempeste di varia natura, anche da un punto di vista socio-politico. La zattera sulla quale ci troviamo è già abbastanza precaria per varie motivazioni, alcune delle quali sono antiche, ce le portiamo addosso: forme di pregiudizi e di non riconoscimento, incluse alcune forme di provincialismo intellettuale appartenente a dei mondi vicini ai nostri e



• THEODORE GERICAULT 1817

che, come affermava il professore, sono ancor oggi presenti. Mi riferisco all'elemento "ancillare", che voi ben conoscete. Su questa zattera molti di noi vivono una dimensione altra, diversa, a seconda di quel che si è, in base a ciò che si è costruito della propria persona. Il pittore Théodore Géricault, in questa sua opera del 1818-'19, si riferisce ad un evento realmente accaduto in Francia. Ci furono dei casi di cannibalismo perché quei pochi che tentarono di salvarsi dovettero mangiare e fagocitare l'altro, ossia se stessi. Nella zattera notiamo delle persone già morte. E noi sappiamo riconoscere il pallore della morte. Nel dipinto è presente anche una sorta di dio pagano che fa sovenire una qualche divinità della rassegnazione che tiene a sé i morti sulla zattera. Al centro vediamo delle persone impaurite e questo ci fa tornare al concetto di responsabilità. Quando si parla di responsabilità, tutti hanno il timore di prendersi la cosiddetta responsabilità. Queste persone impaurite, che si dimenano in una zattera già di per sé traballante, rischiano di farla ribaltare. Nel quadro incontriamo anche dei folli, se così vogliamo chiamarli. Ed io ne vedo tanti, tra tutti noi. Folli perché tengono un drappo in mano, convinti che vi sia una salvezza all'orizzonte, ma nella pittura all'orizzonte non vi è nulla. Nella bozza dell'opera c'era una nave, ma il pittore l'ha tolta per sottolineare con forza quanto si possa essere folli. Sto parlando di quella dimensione personale, di

quell'energia interiore che assume svariati nomi, tra cui dignità. La dignità può portare anche ad alzare un drappo, pur non avendo alcuna possibilità di salvezza innanzi a sé.

Spesso, dal punto di vista della nostra persona, ma anche della nostra professione, molti di noi vivono questa dimensione come i morti del dipinto, quelli che dicono: "ormai non c'è più nulla da fare", "la situazione è questa", "è il sistema". Essi si nascondono dietro ad un anonimo sociale. Ma ci sono anche i folli, quelli che invece vanno oltre tutto, quelli che trascendono le situazioni e che sono in grado, anche nelle condizioni impossibili, di creare la soluzione possibile. Noi siamo un po' così: intorno a noi c'è la tempesta. È una tempesta non soltanto sociale, ma è anche la tempesta della nostra passione.

Il professore ci ha ricordato che la dignità ed il rispetto sono dei costrutti culturali. Personalmente, per via della mia dimensione formativa, domando a me stessa l'origine del termine dignità. Dignità da dignus, dignitatis, degno. Ed ha a che vedere con il ricalco greco di un altro termine, che è axis, assioma. La dignità è un'asserzione, qualcosa che non ha bisogno di avere delle dimostrazioni, è implicito. La dignità, proprio per questa sua dimensione filologica, ha a che fare con qualcosa che è, che non è che si crea, ma è a prescindere e non ha bisogno di dimostrazione.

La dignità – chiediamoci – di cosa e di chi?

La dignità della persona, naturalmente, nel caso nostro. Noi non siamo semplicemente quelli che mestierano e non siamo neppure quelli che hanno un'attività di mera natura pragmatica. La caratteristica della nostra professione sta nel senso di questa stessa parola, dal profiteor latino, ossia professare qualcosa in cui si crede. Professione da professio, la professione di fede, ad esempio. La professione in senso generale. Professare qualcosa pubblicamente in cui si creda. Nel caso nostro, dietro a quell'azione, nell'intenzione si nasconde anche il fare bene il bene per quella persona. Quindi, dal punto di vista di una tradizione antica, ritengo che la nostra professione, lo sosteneva anche Florence Nightingale, sia una delle belle arti, anzi, la più bella delle belle arti.

Sapete perché dava questa accezione?

Perché vedeva in questa storia, la possibilità di esprimere tutta la nobiltà, l'interiorità, la bellezza dell'umano quando si volge all'altro. Tanto che una professione come la nostra è una professione che non potrebbe essere inquadrata in Facoltà aventi una dimensione esclusivamente di natura bioscientifica. La porrei, per come si esprime e per come si manifesta, in una storia che abbia a che fare con le discipline umane. Questo non perché quello che è umano oggi non sia scientificamente valido, in quanto essendo umano appartiene al mondo che alcuni dicono essere non visibile e quindi non dimostrabile, ma perché la più parte dell'esperienza umana è proprio, paradossalmente, quella non visibile. L'amore è la peculiarità che caratterizza tutto il nostro agire personale, eppure non è visibile, non è quantizzabile, non lo possiamo inserire nel gioco di un metodo scientifico, sperimentale. La nostra dimensione sta nell'aver la capacità, come altre professioni, di tradurre la teoresi in prassi attraverso un fattore centrale che il mondo greco antico chiamava poiesi, artopoiein, un verbo bellissimo che significa costruire. E costruire bene. Sto parlando di persone che sono in grado di tradurre quello che è teoretico in prassi e quello che è prassi in teoria. Questa dimensione, anche se molte volte non la valutiamo, non riusciamo a coglierla, fa parte della nostra storia professionale. È una dimensione che non possiamo perdere, che conferisce dignità alla professione, che dà dignità all'altro.

Cos'è quindi questa dignità? Filologicamente potremmo intavolare un discorso ancora più antico.

Dignità un fuoco che arde dentro, per cui, quando penso alla dignità e alla mia dignità personale, la sto pensando come qualcosa che è talmente obbligente, dal latino obbligare, che mi lega, tanto che andare contro quella dignità significa andare contro me stesso. Quando diciamo dignità, intendiamo questo. Questo assioma ce l'abbiamo presente anche quando assistiamo. Nell'attuale codice di deontologia infermieristica – l'ultimo, ma anche in quelli precedenti – questa storia ha sempre fatto parte del nostro essere. Penso anche al codice di deontologia medica, fermo al 2006, attualmente in revisione. Ebbene, uno dei primi articoli del codice di deontologia medica, iniziando dal giuramento ippocratico, riguarda il decoro della professione. Leggendolo, sono rimasta colpita dal fatto che quel codice, che pur possiede la dimensione deontologica, non ha nulla a che fare col pensiero che personalmente ho del decoro e della dignità. Il nuovo codice che andrà in stampa, e che ho avuto l'occasione di leggere, lo trovo ancor più pericoloso, perché in alcune situazioni cambia anche il soggetto e la finalità del proprio agire. Se un tempo in un codice di deontologia medica era riportato la nozione persona, adesso scompare anche questa nozione. Lo scomparire di un termine come questo, implica il fatto che sta avvenendo qualcosa all'interno di una professione che ha come finalità la cura ed il prendersi cura, e che nega quella che è la dimensione originaria e sorgiva di professioni che hanno a che fare con l'assistere, con l'andare verso l'altro.

Si proietta una dimensione che nasce da una cattiva interpretazione di alcuni elementi che appartengono ad un certo genere di filosofia e di antropologia di natura utilitaristica e contrattualistica, che funziona 'bene' in quanto ha a che fare con quella dimensione economicistica che tanto va di moda, anche nel nostro ambiente, ma che economia non è, nel senso classico del termine. Per cui, dietro alle nostre storie si cela questa dimensione. Dunque, come muoverci in un simile mare, riandando al nostro quadro? Come fare, oggi, a parlare di decoro? E perché il decoro? Dove inizia una storia di questo genere? Sofferamoci sul termine decoro. Il decoro è quasi un orpello, qualcosa che già è. Io decoro, metto a posto, do piacevolezza. Da un punto di vista filologico, il decoro ha a che fare col mondo della grazia. Quindi, qualcosa che serve ad aggraziare. Il decoro implica il fatto che io – in qualità di persona, prima di tutto, e, conseguentemente, facente parte di un gruppo – possiedo una dimensione interiore nella quale riconosco in me dei valori che manifesto e che fanno parte della mia persona. Perché la persona ha, naturalmente, delle caratteristiche che appartengono a noi tutti, non sono relative ed in qualche modo ci stimolano ad un'interrogazione. Spesso dimentichiamo o non ci soffermiamo su atti che compiamo e che sono atti di grande carica umana, atti di impreziosimento della persona in quanto possiedono una dimensione interiorizzante che ha a che fare con l'altro, ossia con la dimensione di un bene comune. Avevo una carissima amica, recentemente scomparsa, Marcella Fraschetti, una stupenda psicoterapeuta, che era solita dirmi: "se dovessi, per qualche giorno, stare vicina a qualcuno di voi, sai quanti libri scriverei? Quante situazioni svilupperei? Per quello che fate, quotidianamente. Invece, voi siete così, come se ogni cosa che fate faccia parte di una dimensione assolutamente ovvia della vostra esistenza professionale". Questa è la nostra bellezza, la gratuità dell'azione che vai a compiere in qualità di infermiere. La dimensione infermieristica è originale, non può semplicemente ridursi all'ambito pratico. La dimensione infermieristica è una dimensione che non può essere tale se non sussiste, prima di tutto, una dimensione di costruzione di una morale personale. Quando si dice che queste professioni non possono essere fatte da tutti, cosa significa? Significa che sono delle professioni – profiteor, appunto – vocate, chiamate, che non può fare chi

non guardi l'altro. È una professione che non è per tutti, ma è una professione a favore di tutti. È una professione dove saper avere, ed avere, una capacità deduttiva e induttiva è fondamentale. È una professione che si deve costruire su queste basi, perché non ci si può tendere all'altro se non si ha l'idea di chi noi siamo e di chi è l'altro. Dunque, cosa ci salva dai casi che andremo ad analizzare? Semplicemente il decoro. Se un infermiere di Roma, di Torino o di una qualsiasi altra città si comporta in un determinato modo, la tristezza non è soltanto per il Collegio di appartenenza di quell'infermiere, ma è e dev'essere una tristezza per ognuno di noi. Perché, per dirla con Papa Francesco, noi siamo tutti custodi l'uno dell'altro. Un comportamento negativo commesso da uno di noi, rischia, un domani, di rappresentarci tutti. Questo non lo vogliamo. Ecco perché è importante essere custodi l'uno dell'altro. Nei confronti di certe storie che avvengono, ognuno di noi si deve sentire partecipe. Dobbiamo sviluppare la consapevolezza di questa nostra storia collettiva. E possiamo farlo. Non credo che nel mondo della nostra professione vi siano persone incapaci di questo tipo d'approccio. Ci si deve però formare lungo la strada, ma i valori – inseriti anche in ambito deontologico – già appartengono alla nostra dimensione interiore. Quando si parla di etica, in senso classico, dobbiamo fare una doppia distinzione: *ethos* indica che si sta parlando di un costume, del comportamento di un popolo; per *ethikos* si intende invece la dimora interiore della persona, dove nasce il tutto. È pur vero che dobbiamo considerare anche il costruito culturale, che deriva dall'educazione e dalla formazione personale. Tuttavia, esistono degli elementi, delle situazioni, delle condizioni della persona che appartengono a tutti nello stesso identico modo. Pensiamo, ad esempio, al pentimento o al riconoscimento di qualcosa che abbiamo fatto. Ne parleremo quando ci addentreremo nella coscienza dell'errore. Perché pentirsi? Perché dover ritornare su una situazione, se alla fine facciamo parte di un sistema che ci fagocita? Mi sovviene quel che La Boétie scrisse nel XVI secolo circa la problematica della schiavitù volontaria. Gli schiavi volontari sono quelli che si fanno schiavi per paura della responsabilità. Sono quelli che vivono come i morti della zattera. E vivono anche bene nella loro condizione. Significa non assumersi le responsabilità, scaricarle sull'altro. I medievali dicevano che "quello che fa così con il dito, ne ha quattro verso di sé". La schiavitù volontaria sta proprio nell'essere all'interno di una storia e non prendersi delle responsabilità di accettazione perché si è ancora ad una dimensione interiore, quindi personale, che non consente il discernimento e neppure la comprensione, la consapevolezza del proprio limite. Dunque, dignità e decoro custodiscono dentro di sé il credere in ciò che si fa. Ecco perché insisto sul termine professione e sul suo significato. E ancora: non perdiamo il valore della gratuità con cui portiamo avanti il nostro lavoro. Una gratuità tutta nostra, che non dobbiamo perdere. A tal proposito, desidero citare un passo dall'opera dello scrittore Charles Péguy, «*L'argent*», del 1913: «Un tempo gli operai non erano servi. Lavoravano. Coltivavano un onore, assoluto, come si addice a un onore. La gamba di una sedia doveva essere ben fatta. Era naturale, era inteso. Era un primato. Non occorre che fosse ben fatta per il salario, o in modo proporzionale al salario. Non doveva essere ben fatta per il padrone, né per gli intenditori, né per i clienti del padrone. Doveva essere ben fatta di per sé, in sé, nella sua stessa natura. Una tradizione venuta, risalita dal profondo della razza, una storia, un assoluto, un onore esigevano che quella gamba di sedia fosse ben fatta. E ogni parte della sedia fosse ben fatta. E ogni parte della sedia che non si vedeva era lavorata con la medesima perfezione delle parti che si vedevano. Secondo lo stesso principio delle cattedrali. E sono solo io — io ormai così imbastardito — a farla adesso tanto lunga. Per loro, in loro non c'era neppure l'ombra di una riflessione. Il lavoro stava là. Si lavorava bene. Non si trattava di essere visti o di non essere visti. Era il

lavoro in sé che doveva essere ben fatto». Questa è la dimensione di quelle persone che nella propria vita, pur avendo fatto apparentemente poco, hanno saputo costruire tanto, perché in ogni storia hanno messo quell'impianto che per noi è fondamentale. Non è retorica, è l'amore come passione sorgiva, dominante. Ed il corretto passaggio interiore, paradossalmente, non parte prima dalla testa, giunge al cuore e poi passa attraverso le mani, ma invece parte dal cuore, arriva alla testa e quindi si riversa nelle mani, nel nostro agire. Vi ringrazio per l'attenzione.



Schirru:

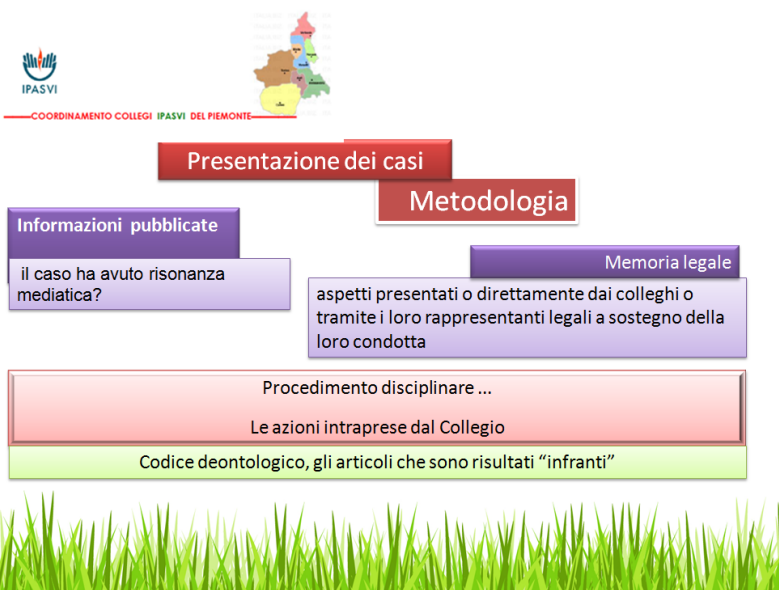
Ringrazio il prof. Cruciatti e la dott.ssa Basile per le loro relazioni introduttive estremamente suggestive. Entriamo ora in una logica di discussione, cioè di presentazione dei casi. Successivamente, ogni relatore entrerà nel merito dei singoli casi, non tanto nel caso in sé, bensì come questi eventi possono essere di ausilio per discutere i concetti esposti dai precedenti relatori.

La presentazione dei casi avverrà con questa logica: se ci sono state delle informazioni pubblicate sui quotidiani; la

memoria difensiva presentata dai colleghi oppure attraverso i loro rappresentanti legali che sostengono le motivazioni della loro condotta;

il procedimento disciplinare; quali azioni sono state intraprese dal Collegio e quali gli articoli del codice deontologico interessati. I casi verranno presentati in termini sintetici ed anonimi.

Primo caso: si tratta di informazioni pubblicate online, foto di pazienti con relativo commento. L'evento accade in un Pronto Soccorso. Quale la memoria legale presentata a scusante di tale comportamento? La seguente: ha tutelato in ogni caso la dignità e la privacy della persona, curandosi di assicurare l'oscuramento del volto per non rendere possibile l'individuazione, né la stessa ha eluso il dovere di assistenza oppure leso la dignità dell'assistito, perché ha fatto in modo che all'esterno, ossia dai non addetti a facebook, non fosse possibile risalire al servizio. Dunque, infermieri in servizio in un Pronto Soccorso che fotografano una certa condizione, pur oscurandone il volto, e mettono l'immagine su facebook. Il procedimento disciplinare tiene conto, attraverso un'istruttoria, di tutta una serie di fattori e,



da parte del Consiglio, viene espressa la sanzione della sospensione di mesi sei. Gli articoli in merito sono gli art. 3, 5, 32, 42 e 44.

Secondo caso: la storia non è uscita sui quotidiani. Il caso: collega che compie furti nei confronti di persone assistite. In un reparto vengono sottratti dei beni personali, non dall'armadietto o dai comodini, ma dagli indumenti indossati ai pazienti. Quali le motivazioni addotte? È stato frutto di gravi problemi personali e familiari, il suo compagno ha prosciugato il conto corrente, cointestato, ha un familiare in fase terminale, quindi spese per l'assistenza, sfratto in corso per morosità, depressione. La collega ammette il fatto: "sì, ma i furti non sono tutti quelli che mi vengono addebitati, sono meno". Da parte del Consiglio viene applicata la sanzione della radiazione dall'albo con decorrenza immediata. Gli articoli violati sono i seguenti: 5, 9, 17, 42, 44 e 45.

Terzo caso: le informazioni sono state pubblicate sui quotidiani. Infermiera con il dono dell'ubiquità, oltretutto con funzioni di coordinamento: timbrava in una struttura e nell'altra timbrava al posto suo una collega. Doppia attività, contemporaneità di orario. Si configura truffa aggravata ai danni del SSN. Sintetizzo la memoria difensiva: è pentita e pronta a risarcire il danno. È una brava infermiera – è il suo legale che parla – apprezzata da medici e colleghi. Sta vivendo una situazione familiare difficile ed è in grave difficoltà economica. Procedimento disciplinare da parte del Collegio: sospensione per la durata di mesi sei. Articoli violati: 42, 44, 45 e 47.

Quarto caso: informazioni pubblicate sui quotidiani. Furto di farmaci all'ospedale. È truffa aggravata ai danni del SSN. La scusante del comportamento adottata è che il fatto addebitato sia essenzialmente costruito sulla base di intercettazioni e, pertanto, ci si auspica che la sanzione – sostiene l'avvocato – possa essere, da parte di questo Collegio, non molto gravosa per permettere al suo cliente di poter riprendere il lavoro. Il procedimento disciplinare da parte del Consiglio è la sospensione per la durata di mesi sei. Gli articoli violati sono i seguenti: 10, 44, 45 e 46.

Quinto caso: informazioni pubblicate sui quotidiani. Infermiera ballerina di burlesque. Dai quotidiani: quanto clamore inutile per dieci minuti sul palco, che hanno sollevato l'ira di alcuni colleghi e colleghe, offesi da un ballo troppo osé. L'iscritta, come memoria legale, non si presenta. Il relatore incaricato dell'istruttoria riporta che l'evento ha ingenerato negli astanti e nell'opinione pubblica in generale un'errata percezione sul piano dell'affidamento professionale e delle aspettative relazionali d'aiuto in capo a chi entra in contatto con la professione infermieristica, sia per quanto concerne i pazienti, ancora in quanto incaricato di pubblico servizio. Il procedimento disciplinare da parte del Collegio è una censura scritta e l'art. che si è ritenuto violato è l'art. 44.

Sesto caso: informazioni pubblicate sui quotidiani. Infermiera di giorno, escort la sera. Dai quotidiani: bisogna ammettere che è sempre un prendersi cura, solo che queste cure, calde e disinibite, costano € 200 a trattamento e non le passa la mutua. La memoria legale: "molti colleghi ormai sanno perfettamente quello che faccio, non sono l'unica infermiera ad avere una doppia vita". L'iscritta non comprende le

contestazioni a suo carico: “ma in fondo, cosa faccio di male? Lo faccio fuori, sono affari miei, arrotondo lo stipendio. Non ha avuto la benché minima percezione che potesse creare qualche problema”. Da parte del Collegio si definisce la sanzione disciplinare nella sospensione di cinque mesi e gli articoli violati sono il 42, 44 e 47.

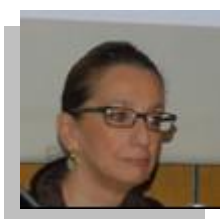
Questi casi, com'è evidente, richiamano i concetti precedentemente discussi. Passo la parola ai nostri relatori. Inizierà la dottoressa Basile, quindi la dottoressa Basili, il Prof. Cruciatti ed infine il prof. Rodriguez. Dopodiché, apriremo con voi il dibattito.



Basile:

Questi casi non fanno altro che confermare ciò che ci siamo detti prima, ossia il fatto che un certo modo di fare ha un'origine con quello che si è. I medievali dicevano: “Agere sequitur esse”, l'agire segue il tuo essere. Non credo che questa dimensione sia una dimensione che interessi esclusivamente la nostra professione. Diciamo che la nostra, più simbolicamente, ha questo giogo, il fatto di essere in ambienti ed in tempi della giornata che sono dei tempi storicamente deputati anche ad altro, il fatto di vivere e di vedere un letto. Penso sempre alla dimensione della clinica, nel senso anche greco del termine, da kline, ossia qualcosa che è piegato, il letto, qualcosa che si piega e penso quindi a tutte quelle forme di analogia che conducono con una certa facilità ad una dimensione facile, come emerge anche da una certa stampa. Comunque sia, queste storie dipendono dalle persone: una persona che fa burlesque, lascia perplessi. Significa che c'è una forma di negazione anche del luogo in cui ci si trova, una forma di tentativo di vita – e di quello che si considera tale – anche in ambienti dove invece si vede la finitezza umana, la caducità umana, si vede anche il morire. Certo è che la dimensione morale, la costruzione morale, dovrebbe essere quella che porta avanti conseguenze altre e quindi la dignità, ossia quella posizione che non mi fa apparire né come persona, tantomeno come professionista, un oggetto, ma mi definisce intrinsecamente come persona e mi mette nella condizione che ogni azione che vado a compiere ha sempre un senso ed è sempre legata all'altro. Quando questo manca, vuol dire che manca tutta un'impronta morale, di fondo, una non costruzione, non

si è mai fatta una valutazione sulla persona, su chi si è. È quello che dicevamo prima: chi sono io e qual è la finalità del mio agire? Se io sono una persona primitiva, state pur certi che tutto quello che andrò a fare è assolutamente questo. Aggiungo che un determinato modo di concepire le cose dev'essere anche visto nel contesto culturale e sociale in cui vive la persona. Se dovessimo fare, in tal senso, una valutazione di natura culturale e sociale, chi si è approcciato alla nostra professione non è soltanto colui che ha fatto una scelta vocata. Pertanto, ciò che andrò a fare potrà trasformarsi anche in una dimensione altra. Credo che questo confermi sempre più il bisogno di aprire un orizzonte che non si limiti ad una conoscenza riduttiva. Il professor Cruciatti ci ha presentato un passaggio di memoria che dovrebbe far parte dei programmi di studio: non si può creare un'identità, una coscienza, dal punto di vista professionale, se tu, infermiere, non passi attraverso la tua storia, le tue origini. Avere, in sostanza, il senso di appartenenza. Dobbiamo aprire lo sguardo su ciò che può non apparire importante – ad esempio un excursus storico sulla nostra professione – ma che è essenziale. Quand'ero piccola, nei pressi di un castello federiciano della Basilicata, dove risiedono le mie origini, viveva una vecchietta. In Basilicata alcuni castelli furono affidati al principe Doria. Questi, saltuariamente, scendeva dalla sua fortezza e andava ad incontrare questa vecchietta. Mia madre non voleva che entrassi nella sua casa perché era buia: c'era un lucernario, la casa era spoglia. Ma era una casa dignitosa. C'era una povertà dignitosa. Che non è miseria, è un'altra cosa. La povertà è la dimensione del poco. Lei mi diceva: "lo sai perché il principe Doria, quando scende dal castello, viene sempre da me?" Io rimanevo a guardarla e mi domandavo: "perché? In fondo non ha nulla, non è una principessa". Questo pensavo, nella mia mente immaginifica infantile. Lei mi diede una risposta essenziale, che mi ha lasciato senza parole e mi è servita nella vita: "passa perché ogni volta che viene gli dico: "caro principe Doria, quello che hai tu in pancia, ce l'ho in pancia pure io". Una simile dimensione essenziale mi fa pensare che se non fronteggi questi marosi che rischiano di travolgerti e ti fanno scoprire ciò che tu sei nella realtà delle cose, se non ti rendi conto che la tua dimensione è assolutamente una dimensione che trascende le cose ordinarie, che è una dignità che trascende ciò che tu sei, tutto quello che andrai a fare, nella vita personale e professionale, sarà, ahimè, quello.



Basili:

Rivolgo un saluto ai presenti e ringrazio la Presidente per l'invito. Rispetto ai relatori che mi hanno preceduta, cercherò di darvi una lettura diversa, da medico legale, seppur ritengo sia utile ricordarci tra di noi perché questa mattina sono emerse delle interessantissime suggestioni. Vedremo, attraverso differenti letture, se saremo in grado di giungere ad una buona sintesi. I casi presentati dalla dottoressa Schirru erano sei e, ad un primo screening, li ho suddivisi in base al tipo di rilevanza: i primi quattro hanno una rilevanza penale. Forse il primo potrebbe rientrare solo in una violazione di tipo amministrativo perché il codice sulla privacy prevede delle sanzioni sia amministrative che penali. Gli altri due casi invece, il 5 ed il 6, attengono alla sfera privata delle persone. La previsione che gli esercenti una professione intellettuale – siano essi medici, infermieri o altri operatori – si rendano colpevoli di condotte che possono essere non conformi alla dignità e al decoro professionale, è una costante di tantissimi codici deontologici, non certo soltanto di quello medico ed infermieristico. Ma ciò che è importante far rilevare è che manca una specifica

tipizzazione delle ipotesi di illecito che si intendono perseguire. C'è una ragione ben precisa circa questo tipo di formulazione che serve ad evitare che delle violazioni di doveri, anche gravi, possano sfuggire alla sanzione disciplinare, qualora la stessa si sviluppasse in una delle ipotesi non previste, se le stesse fossero specificate all'interno del codice deontologico. Certamente questo, dal punto di vista pratico, è una criticità non da poco, anche perché il decoro e la dignità della professione possono mutare al variare della situazione, dell'evoluzione del pensiero scientifico e anche dell'immagine stessa che ha la professione nella società. Quindi, il problema pratico non è di poco conto perché dobbiamo, quando ci troviamo di fronte a delle situazioni da valutare, andare ad analizzare un contesto complesso e articolato. Però dobbiamo anche chiederci quali sono le condotte potenzialmente idonee a ledere il decoro e come si valuta l'antigiuridicità della condotta. Genericamente si può affermare che, nel codice di deontologia medica, il nostro è fermo al 2006 in attesa dell'annunciata revisione, il termine decoro compare sette volte, in cui tre volte insieme al termine dignità. Teniamo conto che i termini decoro e dignità possono evincersi anche da altri articoli, seppur non compaiano espressamente. C'è una loro maggiore presenza all'interno del nostro codice essendo previste situazioni che risultano poco rilevanti, o addirittura non rilevanti, all'interno del codice degli infermieri. Pensate a tutto il discorso della pubblicità e dell'informazione sanitaria, che per noi sono un argomento estremamente rilevante, quello degli onorari professionali, delle attività medico-legali, eccetera. Anche il termine dignità professionale compare sette volte e riguarda contesti diversi come la consulenza ed il consulto, le pratiche non convenzionali, eccetera. Nel codice IPASVI il termine decoro è presente due volte e dignità una volta. Ma questo, come vi ho detto, non significa nulla perché questi termini si possono ricondurre a comportamenti previsti da altre norme. Vorrei sollecitare una vostra riflessione sul seguente aspetto: mentre nel codice di deontologia medica i termini di decoro e dignità sono fortemente associati a quelli di indipendenza e responsabilità professionale, nel codice IPASVI – vi è una certa analogia col codice di deontologia degli psicologi – questi termini paiono più rapportarsi alla tutela dell'immagine e al prestigio della professione e quindi ad un valore collettivo. In più, sia nel codice di deontologia medica, sia in quello di deontologia forense, c'è anche uno specifico riferimento alla vita privata del professionista, al di fuori quindi dell'esercizio della professione, riferimento che invece non è presente nel codice IPASVI. Circa le considerazioni sulla vita privata del professionista, in cui rientrano anche comportamenti sentimentali e sessuali, vi è un'ampia casistica, sia da parte degli organi disciplinari che della giurisprudenza delle sezioni unite della Cassazione. Casistica che vede un orientamento abbastanza omogeneo e consolidato e che prevede che il comportamento privato possa essere sanzionato disciplinarmente qualora diventi rilevante all'esterno, comporti una ripercussione sulla vita professionale dell'iscritto e, più in generale, la compromissione della dignità dell'intero corpo professionale di appartenenza. La Corte Suprema, ormai da tantissimi anni, ha precisato che non si può penetrare nell'intimità della vita domestica, a meno che i fatti si riverberino all'esterno, entrando sotto il controllo e l'apprendimento della collettività. In tal senso le casistiche sono estremamente variegate, ma c'è un elemento comune e costante, che è quello della notorietà. Cioè, lo stesso fatto che in astratto è riprovevole secondo la comune coscienza, diventa occasione di una sanzione disciplinare solo quando assume una rilevanza all'esterno, mentre chiaramente, se resta segreto e appartiene alla vita privata, non può essere pertanto valutato dagli organi disciplinari. Quindi, la violazione deontologica si riscontra quando un fatto privato, che è eticamente scorretto, diventa di dominio pubblico e quindi la collettività va ad identificare il

singolo professionista con il gruppo professionale di appartenenza e questo viene a comportare una perdita generale di credibilità. Sono tre gli elementi distintivi della violazione deontologica per fatti attinenti alla vita privata: l'aver commesso un fatto eticamente riprovevole; la diffusa notorietà del fatto stesso; la notorietà della qualificazione professionale del responsabile. Questi due ultimi punti vengono spesso confusi, perché a volte si ritiene necessario, per riconoscere la responsabilità, il fatto di spendere il proprio titolo professionale in maniera aperta, mentre invece altre volte la responsabilità è riconosciuta per il solo fatto della notorietà della professione, indipendentemente dalla volontà dell'interessato di manifestarla. Ci troviamo però di fronte a degli elementi critici che dobbiamo considerare: innanzitutto ciò che viene sanzionato non è tanto il comportamento in sé quanto la sua notorietà; teniamo presente che alcuni comportamenti non sono comportamenti considerati penalmente rilevanti. Prostituirsi non è reato. Partecipare ad una trasmissione di grande audience con spettacolini osé non è reato. Un altro elemento critico su cui bisogna porre attenzione è come qualificare il fatto come moralmente riprovevole. Vi presento anche altre due considerazioni: l'individuazione delle condotte sanzionabili è di pertinenza degli organi disciplinari, mentre il giudice di merito è chiamato ad applicare concetti giuridici indeterminati. Il ruolo dei Collegi è quindi un ruolo molto importante. Il giudice di merito avrà invece il compito di un controllo di legittimità limitato alla verifica della ragionevolezza del procedimento di valutazione eseguito sulla rispondenza del caso concreto con la previsione generica. Vi ringrazio.



Prof. Cruciatti:

A mio avviso le sanzioni analizzate risultano ben commisurate, nel senso che, rispetto alle trasgressioni, le valutazioni sui singoli casi sono equilibrate. Il primo caso, quello della pubblicazione delle immagini, l'ho trovato particolarmente infantile ed irresponsabile. Ciò che mi ha lasciato perplesso è stato il tentare di scaricare le responsabilità: *“Credevo che nessuno potesse vederle”, “Dev’essere colpa di un hacker che l’ha rubata dal mio profilo e l’ha pubblicata”*. Rilevo però anche una forma di aggressività e di arroganza *“auto-protettiva”* quando la collega dice: *“Nel pubblicare le mie foto hanno leso la mia privacy”*. È lei che si sente vittima di una lesione della privacy perché hanno pubblicato ciò che aveva svolto come attività. E ancora: *“Chiedo scusa a tutti, io lavoro da 15 anni, mi reputo una brava infermiera”, “Non ho mai avuto rimproveri, mi creda, sono brava”*. Faccio notare il fatto di insistere sulla propria bravura, in contrapposizione a quelli che sono cattivi. *“Io sono brava e ho fatto questo”*, lasciando quasi intravedere che ci sono dei cattivi che fanno ben di peggio. Trovo tutto ciò alquanto inopportuno, l'ipocrisia di uno *“scaricare”* per *“caricare”* su altri. Inoltre, vi è l'aspetto più odioso della questione, l'atteggiamento di derisione del paziente: assolutamente inaccettabile. Rilevo altri due aspetti: *“Lei non sa come ci trattano in Pronto Soccorso”*. È chiaro che un infermiere deve aspettarsi dei comportamenti a 360° quando arrivano certi pazienti. In cure palliative, le infermiere riferivano al ricovero di atteggiamenti aggressivi, poteva succedere qualsiasi cosa. E si diceva loro: *“Non dobbiamo stupirci di niente con questi malati, sono particolarmente critici e può accadere qualsiasi cosa, dobbiamo aspettarci di tutto e saper far fronte a qualsiasi tipo di accadimento o situazione”*. Oltre alla scusante – *“Non sa come ci trattano in Pronto Soccorso”* – ci sono altri aspetti che non ho gradito: *“Non dico cose che riguardano gli altri colleghi, penso solo a me stessa”* – altro modo di deresponsabilizzarsi ed accollare le responsabilità agli

altri – infine la giustificazione puerile circa la necessità di allentare la tensione. Si è sotto stress, si è caricati di lavoro, e questo è un modo per allentare la tensione. Ritengo che le tensioni si allentino in altri modi. Non in questo.

Il secondo caso, quello relativo al furto, è ancor più grave e particolarmente odioso. In esso leggiamo tutta una serie di giustificazioni apparentemente pretestuose e forse scusanti esagerate: la non disponibilità economica, lo sfratto in atto, il paziente terminale, i problemi personali. Non credo vi sia da aggiungere molto: furto è e furto rimane, con destrezza, con dolo. Ritengo giusta la sanzione comminata.

Le timbrature contemporanee sul posto di lavoro: questo fa parte di una cultura generale diffusa che non è soltanto infermieristica. Pensiamo ai 'suonatori di pianoforte' alla nostra Camera dei Deputati. Tanti timbrano i cartellini due volte o non li timbrano affatto e li fanno timbrare da un collega. È un furto ai danni dell'ospedale. Così come il furto dei farmaci rientra in una cultura diffusa e in crescita. In questi ultimi tempi pare sia in atto un grosso traffico di farmaci per i Paesi del Terzo Mondo. La cultura diffusa della sottrazione dei farmaci non si differenzia molto dai casi ben più noti e diffusi di traffici di fustelle da parte dei farmacisti oppure di prescrizioni false da parte dei medici. Ricordo un caso avvenuto a Milano alcuni anni fa, che aveva coinvolto circa 400 medici di base. Quattrocento persone indagate perché facevano prescrizioni false con sistemi piuttosto complessi e articolati.

Il caso della ballerina *"burlesque"* è quello che attira una certa simpatia, nella sua ingenuità e nel senso che ognuno ha diritto di fare ciò che vuole nella sua vita privata. L'errore grave è stato quello di menzionare, in una sede assolutamente inadatta, di essere un'infermiera professionale. Avrebbe dovuto mantenere la segretezza sulla professione. Analizzando il caso, ho avuto la sensazione di una buona solidità professionale. La collega argomenta di sé con aspetti che mi danno la sensazione che sia una brava infermiera, capace, attenta e che abbia una solida costruzione professionale. È stata inopportuna nel dire di essere - in televisione e quindi in una sede pubblica - un'infermiera, aggiungendo poi una frase che si potrebbe considerare una battuta ironica: *"Non sa cosa facciamo ai pazienti in sala operatoria"*. Probabilmente voleva sdrammatizzare - con una battuta - giocando sulla oggettiva crudeltà e crueltà della situazione operatoria, e là dove esiste una forte invasività sul paziente. Direi comunque che la sanzione sia stata commessa.

L'infermiera *escort* di sera. Il caso si inserisce negli usi e nei costumi di una cultura molto diffusa. Ed è in atto una situazione di molto 'indotto' di questo genere di comportamenti. Sostanzialmente, le mie sono considerazioni che riflettono quello che è il contesto socio-culturale italiano e ... direi non solo italiano per una antichissima pratica - o se si vuole professione - oggi più estesa anche dalla tendenza ad "arrotondare" il reddito individuale e/o della famiglia.



Prof. Rodriguez:

Buongiorno e grazie per l'invito. Prima di entrare nel merito dei casi, desidero esprimere una riflessione di carattere generale. Prima riflessione: Decreto Legge del Capo provvisorio dello Stato. Nella fase immediatamente successiva la fine della Seconda Guerra Mondiale, si ricostituiscono gli ordini dei Collegi, esistenti nel precedente Stato liberale. Durante il fascismo si è vissuta la devastante esperienza

delle Corporazioni. Nelle Corporazioni l'interesse era focalizzato sulla professione. Nei Collegi l'interesse si focalizza sulla tutela del cittadino attraverso la corretta gestione della professione. Sono campi completamente diversi. Se andiamo ad analizzare il DPR 5 aprile 1950, n. 221, in cui si elencano le varie sanzioni, si dice testualmente: "di fatti disdicevoli al decoro professionale". Interpreterei quel "decoro professionale" relativamente alla gestione della tutela della salute dei cittadini che la professione garantisce. La parola chiave è decoro. Seconda riflessione: nel DPR sopra citato non c'è alcun riferimento al codice deontologico. Il codice deontologico è nato – per i medici, gli infermieri, le ostetriche e, nei tempi più recenti, per tutte le altre professioni – spontaneamente, senza che esistesse una norma di legge che lo imponesse. La formalizzazione dei codici deontologici – prevista per le 22 professioni sanitarie di cui al Decreto n. 502 – avviene tramite la Legge n. 42 del 1999 in cui si abolisce il mansionario e si definisce il campo proprio di attività ed esercizio professionale in riferimento al profilo, all'ordinamento didattico, al codice deontologico. Prima, il codice deontologico era un illustre sconosciuto con riferimento alla normativa ufficiale dello Stato. Conseguentemente a questa riflessione, ne deduco che si gestisce il decoro della professione a prescindere dal codice deontologico. La parola chiave è, lo ripeto, il decoro che la professione deve saper gestire nel miglior modo possibile nei confronti dell'interesse della salute della persona, concetto ampio, inclusa la proiezione sociale e relazionale della tutela della salute. Il codice deontologico è uno strumento che aiuta a declinare meglio il decoro. Aiuta, fino ad un certo punto. Infatti, nel materiale che mi è stato inviato per l'analisi dei casi, ho percepito il cruccio di chi, in un Collegio, è chiamato ad operare alcune valutazioni. Teniamo inoltre presente l'idea comune che si ha della legge. Il suo prototipo è rappresentato dal Decalogo. Siamo in presenza di un elenco, non tanto di virtù quanto di vizi. Il Decalogo stabilisce ciò che non si deve fare. È articolato al negativo, così come il codice penale. Il codice deontologico fa piazza pulita di questa visione, soprattutto mentale, avendo un approccio completamente diverso. Aggiungo che il codice deontologico degli infermieri è come il non-compleanno di «Alice nel paese delle meraviglie». È un non-codice deontologico perché la parola dovere, nel codice dell'infermiere, non c'è. Nel codice dell'infermiere i verbi sono all'indicativo presente. Oppure vi è scritto: "l'infermiere si impegna", "l'infermiere si attiva". È il codice non tanto del dovere, quanto della responsabilità, della presa in carico. È il codice dell'impegno. Tutte le affermazioni sono al positivo. Ma se io, infermiere, mi trovo di fronte a condotte che intimamente sento disdicevoli, non so bene come regolarmi e come incasellarle. Se avessi una sorta di decalogo in stile codice penale – che mi spiega cos'è quello specifico reato – mi troverei agevolato. Sottolineo una criticità presente nella normativa sulle sanzioni disciplinari: sono previste tre o quattro sanzioni precostituite, non di rado inadeguate. La conseguenza è che è arduo regolarsi. Inoltre, non è scritto da nessuna parte che alla tal condotta disdicevole corrisponda la tal sanzione. Di volta in volta bisogna ragionare sul commisurare alla tal condotta un certo tipo di sanzione. Aggiungo che le sanzioni sono sanzioni di condotta e non di conseguenza. Mentre il codice penale prevede dei

fatti che si concretizzino in danni, in ambito deontologico si valutano le condotte in sé, a prescindere dalla gravità delle conseguenze. Fatta questa premessa, mi avvio alla riflessione dei casi. Anch'io vedo, nella casistica proposta, una categorizzazione tra i primi quattro casi, ponendo di lato il quinto ed il sesto, costituiti da un terreno insidiosissimo. Relativamente ai primi quattro, mi esprimo in tal senso: essi corrispondono ad un venir meno del decoro della professione inteso come momento di garanzia nei confronti della persona. Il mio ragionamento è centrato sull'art. 7 del codice deontologico: «L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile, in particolare, quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità». In questi quattro casi è stata fatta violenza ad una persona in situazioni di debolezza estrema e tale condotta è stata posta in essere nel momento in cui si doveva proteggere la fragilità della persona, nel momento in cui la persona esprimeva al massimo il proprio bisogno. Ritengo ci si trovi di fronte anche a mancanza di educazione. Ciò che emerge dalla difesa è ancor più volgare rispetto a ciò che è stato commesso. In questi casi, la miglior difesa sarebbe il silenzio. Abbiamo a che fare con persone poco sensibili, carenti di quel senso di identità che caratterizza la dignità, come ben espresso dai relatori che mi hanno preceduto. Da qui l'importanza di educare alla responsabilità. Sono Presidente del corso di laurea in infermieristica a Padova. Il primo obiettivo che ci siamo posti in Università è stato quello di educare alla responsabilità. È un'impresa, in quanto presuppone che tu, persona, devi possedere la tua identità. Il prof. Cruciatti ci ha ricordato che la nonna gli diceva "vergognati!". E se una persona non è in grado di vergognarsi? Attorno a noi vi è tanta gente incapace di vergognarsi. Dobbiamo sviluppare un'educazione alla responsabilità anche attraverso l'educazione alla vergogna.

dibattito



Schirru:

Ritengo siano stati proposti degli input più che suggestivi per il dibattito. Il prof. Rodriguez ci ha ricordato il significato che assume il codice deontologico nella nostra professione: codice non come obbligo, ma come impegno. Considerandolo in tal senso, ci approcceremo diversamente al nostro vivere professionale quotidiano ed alla sua complessità. Cerchiamo anche di fermarci a riflettere sulla nostra responsabilità, nei nostri confronti ancor prima che nei confronti degli altri. Lascio spazio al dibattito, così daremo la possibilità ai relatori di integrare gli aspetti già trattati.

Intervento 1)

una domanda per la dottoressa Basili in riferimento al caso escort. A differenza del caso burlesque

ovvia consapevolezza da parte della collega che il mezzo televisivo è pubblico – il caso escort vede la sua protagonista sbattuta in prima pagina. Si è difesa dicendo che i giornali non li aveva chiamati lei, ma che qualcuno aveva fatto la soffiata. In sostanza, si era difesa così: “io non ho detto ai giornalisti che facevo questo mestiere, non volevo essere intervistata”. Riprendendo quanto detto dalla dottoressa Basili, mi vien da pensare che se il giornale non avesse pubblicato l’articolo, nessuno avrebbe saputo della sua attività sessuale a pagamento. Pertanto, non ci sarebbe stata un’azione disciplinare e la collega avrebbe proseguito chissà per quanto tempo ancora la sua attività. Siamo di fronte ad un problema importante. Essendoci stata la pubblicazione sul giornale, questo ha offeso la categoria alla quale apparteniamo.

Basili:

Come già ribadito, il problema sta nella notorietà del fatto.

Intervento 2)

Altro problema: il Collegio di Torino non riceve informazioni dalla Procura. Le informazioni di cui disponiamo, nella maggior parte dei casi, provengono da articoli de «La Stampa» e «La Repubblica». L’infermiere che ruba i farmaci, ad esempio, ha offeso la categoria? Certamente. Ma l’ha offesa perché è finito sui giornali?

Prof. Rodriguez:

ha offeso la categoria perché ha offeso la persona.

Basili:

c’è il problema della notorietà, che è l’elemento costante.

Intervento 3)

Ed è un problema che ci incatena. Infatti, se utilizziamo il solo riferimento del giornale, la collega potrebbe dirci: “mica volevo andare sui giornali e far sapere a tutti che faccio l’escort”. Anzi, lei ha detto: “adesso tutta la mia famiglia sa chi sono”. L’hanno sbattuta sul giornale, dicendo dove lavorava. Dunque, come utilizzare la notizia apparsa sul quotidiano?

Basili:

Potrebbe emergere anche un altro problema: una sentenza che è passata in giudicato – e voi non lo sapete – relativamente ad un caso che non è apparso sulla stampa. Inoltre, ritengo vi siano anche dei problemi a livello interistituzionale, tenuto conto dei compiti che hanno gli ordini professionali.

Intervento 4)

Se non finisce sui giornali, non lo sappiamo. La mia preoccupazione è che spesso questi casi li apprendiamo dai quotidiani.

Basili:

Vi è sicuramente un meccanismo alla base sul quale sarebbe opportuno riflettere. Ed eventualmente valutare se si possono applicare dei correttivi.

Intervento 4 bis)

Evitando così di utilizzare i giornali quale unica fonte.

Basili:

Tanto più se ci si riferisce ad un certo modo di fare giornalismo in cui il corollario “gossip” può inficiare la veridicità del fatto stesso.

Intervento 4 ter)

aggiungo che il tipo di sanzione che verrà comminata all'iscritto è legata alla sensibilità del Consiglio. In questa sensibilità giocano diversi fattori, inclusa l'età, quindi fattori generazionali. Come sosteneva il prof. Rodriguez, le sanzioni sono sanzioni di condotta e non di risultato. Non essendo il risultato oggettivo quello su cui vado a comminare delle sanzioni, vien da sé che la condotta, ovviamente, non è oggettiva.

Prof. Rodriguez:

Infatti dei due ultimi due casi non ho parlato.

Basili:

In alcuni casi potrebbe esserci un sensibile danno di immagine all'amministrazione di appartenenza. Questo non è un particolare irrilevante perché il danno di immagine è un danno risarcibile.

Intervento 4 quater)

Sì, però come Collegio non guardo al risultato.

Basili:

Certamente. Si guarda alla condotta.

Intervento 4 quinquies)

Come Collegio devo esclusivamente dare una valutazione sulla condotta tenuta. Il furto, ad esempio. Non mi interessa il danno che il furto ha procurato al cittadino – e le relative implicazioni penali –, ma valuto la condotta tenuta dal professionista che lo ha commesso. Tra l'altro, dovrebbe

esserci una separazione tra le due strade: valutazione del Collegio e sentenza penale/civile. Penalmente è possibile che il giudizio verrà emesso tra un paio d'anni ed il collega andrà in prigione per un tot numero di mesi o anni. Il Collegio, invece – di due anni in anticipo rispetto al penale – in base all'analisi della condotta commina la sanzione. Dunque? Come ci dobbiamo comportare a livello di Collegio? Teniamo sospese le nostre valutazioni? Se deontologicamente mi fermo alla condotta dell'infermiere e non al risultato, lo valuto da un punto di vista deontologico. Ma se oggi il Collegio commina all'infermiere un anno di sospensione e tra due anni il Tribunale sentenza che l'infermiere è innocente, questo rappresenta un problema non indifferente.

Basile:

Pur non essendo un legale, ritengo che la valutazione che gli ordini professionali devono fare sia di natura deontologica, nel senso classico del termine, ovvero sia contingente ad una realtà del momento presente, senza chiedersi nel domani quello che potrebbe o dovrebbe accadere. Deontologicamente parlando, la dimensione morale guarda quella contingenza, quel contesto. Ma non solo: suggerisce anche una raccomandazione per una serie di comportamenti che possono avere delle conseguenze in futuro. Ma questa è storia che interessa ad altri. Noi dobbiamo tutelare quella che è la dignità della professione nei termini deontologici, quindi avere chiari – noi per primi – quali sono i principi che regolano la nostra professione, principi che ci siamo dati, a prescindere dall'impianto di natura giuridica. Noi abbiamo l'obbligatorietà di interessarci del fatto deontologico. Ecco perché conoscere la deontologia e l'etica è fondamentale. E lo è nella vita professionale reale. Si parla di deontologia fondata ossia fondata nel fondamento dei fatti, altrimenti rimaniamo ad un livello astratto. Dovremmo già aver chiari in noi i sensi primi del nostro agire. Questo è il punto. Ecco perché chi fa questo lavoro, mi rivolgo anche ai Presidenti dei Collegi e ai consiglieri, deve avere, prima di tutto, una propria idea chiara, reale, ed utilizzare un linguaggio comune anche quando ci si trova di fronte a queste situazioni di valutazione.

Prof. Rodriguez:

la questione del dover bloccare il procedimento disciplinare nel momento in cui scatta il procedimento penale e l'obbligo che si ha di avvertire la Procura, è un cruccio comune. È un problema giuridico sul quale si dovrebbe lavorare. Personalmente sono d'accordo sul fatto che sia una situazione per così dire 'perversa', perché calcolando i tempi della nostra giustizia e avendo un caso contingente da risolvere, concordo sul principio che è stato espresso. Mi rendo altresì conto che avete le mani legate. È un problema di grande rilevanza. Potrebbe essere materia per un prossimo convegno. È una situazione incongrua poiché si arriva troppo tardi. È necessario quindi operare una riflessione precisa e comprendere, da un punto di vista giuridico, se è possibile intervenire su questo problema oggettivo. Mi permetto di aggiungere una nota rispetto a quanto

detto dalla dottoressa Basili sulla sanzione amministrativa: il penale è di competenza dei tribunali e l'amministrativo delle amministrazioni. A noi non interessa. Il provvedimento disciplinare ordinistico del Collegio è qualcosa d'altro e di diverso, nel senso che per un singolo caso potremmo avere un provvedimento di tipo A sotto il profilo disciplinare, di tipo B per il penale e di tipo C per l'amministrativo.

Basili:

Per agganciarci a quanto diceva il prof. Rodriguez, la sanzione disciplinare è contraddistinta da tempi assai più brevi rispetto a quelli della giustizia penale e civile, è una sanzione certa ed effettiva. Non si può quindi non riflettere anche sul contenuto rieducativo di una sanzione disciplinare con queste caratteristiche.

Intervento 5)

Credo che i precetti del codice deontologico, per noi infermieri, soprattutto in qualità di Presidente, siano assunti per intima convinzione, non perché elencati. Sono convinto che la parola dignità e decoro, nel codice deontologico, siano spesso indicati ma non sviluppati ed affrontati come stiamo facendo oggi. Sono Presidente da poco tempo: ho 4 casi sui quali non posso intervenire e 3 sui quali sono intervenuto. Li elenco in breve. Il caso di un furto di 20 €, uscito sul giornale, denunciato dal paziente quasi in tempo reale. Un arresto in flagranza di reato in un supermercato: un'infermiera di un Ser.T. che ha rubato 3-4 jeans. E si è scoperto che, alcuni mesi prima, la cassaforte del Ser.T. era stata svaligiata con la giacenza di farmaci. Un altro ha messo a fuoco una montagna. Il caso più grave è il seguente: il collega lavora a Cagliari ma è iscritto al nostro Collegio. È il coordinatore di un servizio di psichiatria, tutore di molti pazienti ai quali ha svuotato il conto, ha contraffatto gli assegni di assicurazione e quant'altro. Riallacciandomi a quanto diceva la vicepresidente del Collegio di Torino, anche noi in Sardegna non riceviamo segnalazioni dalla Procura e dalle aziende. Mi rivolgo a lei, Presidente Schirru, affinché, a livello nazionale, si sviluppi un approfondimento. Non possiamo limitarci a sanzionare e comminare tot mesi di sospensione; dovremmo anche analizzare e raccontare il fatto – rendendolo anonimo – affinché ci si possa orientare per il futuro. Il nostro studio legale mi ha messo sull'avviso circa le informazioni che vado a richiedere, "perché potresti essere chiamato tu a rispondere di qualcosa, avendo appreso informazioni che potrebbero essere anche prive di fondamento". Parlando di dignità, vi cito dei casi sui quali sono intervenuto. L'altro giorno sono stato invitato ad una conferenza della CGIL Funzione Pubblica e ho iniziato il mio intervento esordendo con l'art. 3 del nostro codice, che si chiude con "dignità dell'individuo". Si discuteva del piano sanitario in un'ottica aziendale e si parlava del taglio dei posti letto. Come Presidente del Collegio ho affermato che per me non è rispettoso per la dignità dell'individuo avere un reparto con tanti posti letto. Perché se in quel posto letto c'è un degente che non può essere confortato, assistito, curato,

che me ne faccio di quel posto letto in più? In questo contesto sono stato libero di poter esprimere un parere piuttosto che andare in Procura o in un'azienda a farmi consegnare copia dell'atto del procedimento. Un altro caso sulla dignità potrebbe essere quello degli infermieri del servizio dialisi: 9 su 16 improvvisamente si sono messi in malattia lo stesso giorno, casualmente il giorno in cui il Collegio si stava insediando e c'erano le votazioni e all'interno della commissione elettorale c'era il direttore del servizio delle professioni infermieristiche. 9 su 16, in servizio dialisi, la stessa mattina. Non credo al caso. Sta di fatto che abbiamo delle difficoltà ad orientarci e a muoverci in questi frangenti. Concludo: a Bologna sono state assolte tre infermiere perché ad una assistita cerebrolesa dissero in rianimazione "ciao monkey, ciao scimmietta". C'è stato il processo e le tre infermiere sono state assolte perché l'assistita era incapace di intendere e di volere. Se fossi stato il Presidente del Collegio di Bologna, le avrei radiate dall'albo. Presidente Schirru, relativamente al furto a danno delle persone assistite ed il furto dei farmaci, non vedo grosse differenze. Avete comminato sanzioni diverse. Rubare farmaci in ospedale oppure timbrare due volte in due posti diversi, piuttosto che rubare ad un assistito, non vedo grosse differenze, sono tutte azioni gravissime. Infermieri che dicono "ciao monkey, ciao scimmietta" le avrei radiate seppur assolte in sede penale. Mi auguro che questa giornata rappresenti uno spunto per altre giornate itineranti in giro per l'Italia. Buon lavoro.

Intervento 6)

Sono d'accordo con il collega. Pur non conoscendo tutte le sfaccettature di questi casi, vista l'esposizione sintetica degli stessi, quello che lascia perplessi è la diversità di sanzione, soprattutto la radiazione. Perché sulla radiazione, al di là del caso penale o del caso civile e delle loro conseguenze, è un provvedimento sul quale è difficile tornare indietro. Ed è un problema se questa persona è stata riconosciuta non colpevole da un tribunale. Non credo che questa eventualità sia presente nei casi oggi esposti. Tuttavia, la radiazione o la sospensione genera in me un po' di perplessità sul giudizio, perché domani potrebbe essere il nostro Collegio a doverne prendere atto e di conseguenza a comprenderne le dinamiche.

Intervento 7)

Volevo riflettere con voi circa il mio sentire rispetto ai casi riportati, senza considerare i casi burlesque ed escort, di cui abbiamo già discusso. Il furto farmaci e la doppia timbratura li vedo come dei reati più facilmente perseguibili in quanto ai danni della pubblica amministrazione. Tuttavia, mi preoccupano in modo particolare il caso A ed ancor di più il caso B. L'ho trovato particolarmente grave perché sono state messe foto di pazienti su Facebook: è una situazione nella quale la persona è priva di tutela. Si viola il segreto professionale e si mina la fiducia che l'assistito ripone nell'infermiere. Rivolgo anche una domanda di ordine tecnico: quali sono le fonti

di segnalazione? Quali possono essere i suggerimenti per migliorare quei rapporti interistituzionali che la dottoressa Basili citava e che sono fondamentali?

Prof. Rodriguez:

Rispondo alla sua osservazione. I casi A e D sono direttamente lesivi del paziente; B e C sono invece lesivi dell'amministrazione. Tutti però ricadono sul paziente, perché gli sottraggo farmaci e con la doppia timbratura gli sottraggo prestazioni. Rispetto al caso che è stato precedentemente citato – rubare i jeans al supermercato o rubare i farmaci in ospedale – colgo immediatamente una prima differenza, precisando che non sto assolvendo chi va a rubare i jeans al supermercato. Sto dicendo che la lesione abbastanza diretta su un paziente in un caso la vedo, nell'altro non la vedo. Analogamente per quanto riguarda burlesque ed escort. In sostanza, dovremmo avere un metro omogeneo di valutazione. Su questioni così importanti dovremmo indicare qual è il parametro di riferimento che dobbiamo salvaguardare e rispetto al quale comportarci. Altrimenti temo che resteremo nell'ambiguità: è la condotta in sé che è censurabile oppure è la condotta se manifestata pubblicamente che lo è? È un ragionamento complesso, ma non eludibile.

Intervento 8)

Ritengo che i gruppi regionali abbiano la necessità di intensificare queste giornate di formazione. Sicuramente vanno contestualizzate le necessità ed i punti di vista, così come il valutare e quando valutare. Penale? Amministrativo? Il core della nostra professione è altro, la valutazione è altra. Misericordia? Compassione? Punti di vista rispettabili, ma il vero ed unico nostro punto di vista nel giudicare dovrebbe essere il punto di vista del cittadino. È quindi fondamentale avere un comune metro di valutazione ed al tempo stesso intensificare – come emerge da più parti – le fonti informative, perché valutare un caso, come Collegio, quando la notizia è già di dominio della stampa, secondo me è troppo tardi poiché la nostra non dovrebbe essere un'azione punitiva. Sicuramente è punitiva nel momento in cui l'evento è accaduto, ma dovrebbe servirci come azione preventiva e quindi dovremmo fare formazione in tal senso.

Schirru:

ringrazio per questo intervento. Dunque, rapporti fra Collegio ed amministrazioni: abbiamo dei colleghi all'interno delle amministrazioni. Mi chiedo quindi se il Collegio lo si vive come una sorta di peso – pago la tassa annuale e non so bene a che mi possa servire – o gli si intenda dare un senso. Personalmente credo che abbia un senso. Pertanto, siamo tenuti ad avvicinarci. Noi abbiamo usato una strategia, promuovendo dei corsi di codice deontologico in ogni azienda. È un modo per avvicinarsi, per iniziare a sviluppare un ragionamento con i nostri colleghi sul codice deontologico. Codice che non è il vademecum che mi suggerisce come togliermi la patata bollente tra le mani, ma è un orientamento che mi consente di operare delle riflessioni, anche

contestualizzate, in quanto non esistono delle soluzioni precodificate. Magari esistessero! Ma non esistono. Qualcuno ha patito che non ci fosse più il mansionario ossia le certezze. Non esistono più le certezze, esistono condizioni di complessità con le quali mi devo confrontare, sapendo che non ho soluzioni precodificate. Alla luce di questa complessità, dobbiamo iniziare ad allacciare profondi rapporti con i colleghi, perché qualcuno dei nostri colleghi fa il dirigente in quelle aziende. E allora non può pensare che “i panni sporchi me li lavo in casa” in quanto, se li manifesto all’esterno, sono sottoposto ad una condizione di giudizio. Perché non è così. Ricostruiamo un rapporto di fiducia all’interno della professione.

Intervento 9)

Ringrazio per la ricchezza dei contenuti che sono sinora emersi. Sono Presidente da diversi anni e vivo sempre con un certo patema d’animo quando devo affrontare un procedimento disciplinare in quanto percepisco la forza e la debolezza della nostra istituzione. Il legislatore ci ha dato una forza enorme. C’è un articolo del DPR del ‘51 che recita: “il presidente avuta notizia”. Non dice come dobbiamo avere notizia, la abbiamo. Questo ci dà una notevole forza di intervento. La nostra è davvero una sorta di magistratura interna alla professione. Tu, Collegio, apri l’indagine quando hai notizia. Ed in base alle risultanze la posso archiviare, portare avanti, far denuncia alla magistratura. Insomma, la gamma di azioni che posso intraprendere è ampia. Registro però anche una debolezza intrinseca, anche presente in noi in questa giornata. Burlesque ed escort: forse i termini da utilizzare sarebbero altri. Noi stessi diciamo burlesque ed escort quasi per addolcire, mistificare, per dare un senso diverso ai termini. Perché la società in cui viviamo è questa. Se il burlesque lo avesse fatto qualcuno molto più autorevole di un infermiere, magari nel contesto di una cena elegante, sarebbe stato sanzionato? Probabilmente no. Si nasconde in tutto ciò una grande fragilità. Dobbiamo riflettere anche in questo senso, altrimenti rischiamo di vivere in una situazione dicotomica rispetto alla società in cui esistiamo. È vero, comunque: il burlesque è una cosa, l’escort è ben altra. Analogo discorso potremmo applicarlo a facebook, patrimonio di tutti, dove tutti vi inseriscono ciò che vogliono. È un discorso estremamente complesso. Quella in cui viviamo è una situazione ai limiti della schizofrenia: noi chiediamo ai nostri infermieri di essere dei cittadini più cittadini di altri. Proprio per questo sottolineo l’importanza del messaggio educativo. Sia il prof. Cruciatti che Rodriguez hanno parlato della vergogna. La nostra società prova ancora vergogna? Credo di no. Non c’è più una vergogna collettiva, non c’è più una vergogna dell’atto. Difatti, esorcizziamo gli atti stessi edulcorandoli, chiamandoli burlesque ed escort. Siamo chiamati ad un compito difficile. Questa mattina gli interventi sono stati di alto livello, presentando una serie di problematiche contingenti, facenti parte del vissuto di ognuno – presidenti, consiglieri – che affronta tali situazioni con la difficoltà, la forza e la debolezza intrinseche in noi stessi. Grazie.

Intervento 10)

Rivolgo una domanda alla dottoressa Basile, che ringrazio per la sua esposizione. Quando ha esordito col quadro «La zattera», per un attimo ho pensato: “non c’è speranza! Dove stiamo andando, che deriva...”. Lei parlava di utilitarismo, contrattualismo. Come possiamo conciliare la professione infermieristica con quello che è l’utilitarismo e la dignità della persona, oggi, nel 2013?

Basile:

Oggi ed anche domani. Quando si parla di etica generale, si sta parlando di fatti che hanno a che fare con l’atto umano. Quindi, l’atto umano, in sé, è complesso per la sua dimensione finita ed infinita. La dimensione etica è una dimensione fondamentale, dove chi gioca questa parte – i codici deontologici e, nella fattispecie, gli ordini professionali – deve assolutamente conoscerla. Scorgo questa difficoltà anche fra di noi, nel discernimento di condizioni che hanno a che fare col bene e col male. Questi aspetti, che stiamo oggi analizzando, non trattano unicamente dell’atto umano, ma degli atti dell’uomo, che sono un’altra cosa. Il fatto etico è altro. Chi fa parte di questa nostra storia e deve condurre le persone in qualche modo a riferirsi, dev’essere pienamente consapevole dell’idea che abbiamo suggellato attraverso il codice deontologico dandoci delle norme. Parallelamente, dev’essere in grado di operare un ulteriore salto: la parte deontologica – che si basa su valori etici, quindi su dei fondamenti etici, valoriali – deve giocarsi una carta strana, ossia quella di vivere in questa dimensione antropologica, utilitaristica, contrattualistica, edonistica – avendo parlato di burlesque ed escort –, considerando la possibilità di agire anche al pari delle Antigoni. Anche se il mondo procede in una certa direzione – la quale può giustificare determinati comportamenti –, noi conserviamo ancora una dimensione altra, che in noi è profonda e radicata. Dimensione a cui, personalmente, tengo moltissimo. Abbiamo – noi tutti – realizzato un codice deontologico che è bello. Nella sua capacità di sintesi racchiude la possibilità di rivivere quella dimensione che abbiamo sempre avuto: l’etica della persona. È lì che ci rivolgiamo. Ma se non so chi sono io – precedentemente si parlava di identità – come faccio a definire chi è la persona e ad assisterla? Se non ho neppure l’idea della nozione e la nascondo dietro ad un anonimo sociale, chiamandola individuo, sto già deragliando da quella che è la mia dimensione. Dunque, che dire, che fare e come farlo? Come si è sempre fatto in tutti i tempi. Quando uno crede – ossia professa qualcosa, come nel caso della nostra professione – può impersonare anche l’Antigone che quando le si dice, tramite editto, che non deve andare a seppellire i fratelli morti altrimenti verrà uccisa, siccome vede in quella finalità la finalità più importante, va a seppellirli, anche a costo della vita. Ecco perché affermo l’importanza della costruzione dell’uomo morale. Perché se non costruisco questa parte di me, se non faccio un esercizio su questo aspetto fondamentale di me, c’è poco da discutere in quanto tutti si focalizzerebbero attorno al proprio interesse. Umanamente siamo portati, quando negoziamo l’etica, a pensare a noi stessi, a praticare l’egolatria, cioè ad abbracciare il nostro interesse che può

essere partitico, sindacale o di altra natura. La dimensione etica è una dimensione che trascende tutto ciò. Mi sovviene Savonarola, quando parla del potere. Egli afferma – sintetizzo – che il potere, e tutti quelli che esistono in una determinata dimensione, è come un grande vascello che deve salpare per le Indie. Può avere un albero maestro d'oro che tutti ammirano, però quel vascello, se non ci fosse il vento che lo fa salpare, non avrebbe motivo di esistere. Ebbene, noi siamo il vento. Se comprendo, ancor prima di credere, quindi gusto la verità di ciò in cui credo – nel nostro caso in quei valori che ci rappresentano – sono pronto anche ad un combattimento serio. Sono pronto ad andare oltre, come i folli col drappo in mano rappresentati nel quadro. Noi siamo un po' dei folli che, pur se all'orizzonte non vediamo – non ora, perlomeno – la salvezza, abbiamo tuttavia la percezione che domani, in quella direzione, dovremo necessariamente dirigerci. Oltre le colonne d'Ercole. Noi dobbiamo essere in grado – e lo siamo – di andare oltre, ricercando le opportune soluzioni, pur con tutte le oggettive difficoltà che incontreremo. Prima però dobbiamo fare un'analisi ed un'ascesi, cioè un esercizio. Questa è una giornata significativa perché può essere l'inizio di una storia di consapevolizzazione che si trasformerà in una storia di responsabilità da parte di tutti, inclusa la possibilità di lavorare insieme in qualche esercizio altro per rivederci e ritoccare quegli elementi fondamentali per la vita e per la professione.

Intervento 11)

La ringrazio per la sua riflessione. Ritorno su quanto condiviso dal collega sardo e lo faccio col titolo di un libro: «Una lacrima mi ha salvato». È la storia di una donna francese uscita dallo stato vegetativo nel quale si trovava e che racconta la sua storia, un atto di denuncia verso quei sanitari che la davano per spacciata, trattandola senza alcuna dignità: i medici strizzavano il seno della donna pensando che fosse morta – “se non ha male vuol dire che non reagisce più a nulla” –, gli infermieri che attendevano alla sua igiene – mi ricollego all'epiteto di “monkey, scimmietta” – si lamentavano dicendo “che la laviamo a fare, tanto è morta e le stiamo per prendere gli organi”. Lei invece si sveglia e realizza questa drammatica denuncia sotto forma di libro. Si interverrà su queste persone? Gli organi preposti interverranno o sarà soltanto un testo che servirà a scatenare un po' di dibattito pubblico, ma non essendoci denunce nessuno interverrà? Qual è il confine?

Basile:

Rispondo in stile Bob Dylan: “risposta non c'è ...meglio “the answer is blowin' in the wind”

Intervento 12)

Si è spesso sottolineata l'importanza dell'educare alla responsabilità, anche rispetto alla logica dei Consigli direttivi e quindi alla loro non omogeneità. Chiediamoci chi è al centro di tutto. Il cittadino, ovviamente. Nell'ambito dello sviluppo del nostro ruolo è importante rafforzare questa consapevolezza, ossia il punto di vista del cittadino, quale ognuno di noi è. Credo che la difficoltà

sia anche quella di trovare un equilibrio ed una linea da condividere, tenendo anche conto delle diverse sensibilità in rapporto alla nostra storia, ai nostri percorsi e alle diverse età. Ritengo che l'Ordine dovrebbe, a maggioranza, esternare non solo dei valori, ma anche un sistema di giudizio il più possibile certo.

Consulente legale del collegio di Cuneo:

Desidero esprimere un'annotazione di carattere tecnico. Voi avete, come è stato detto dal Presidente di Vercelli, un enorme potere sanzionatorio. Al contempo, avete le armi spuntate. Un enorme potere perché, ad esempio, con alcuni provvedimenti disciplinari – pensate alla radiazione e quindi alla perdita del lavoro – potete incidere sulla vita di un infermiere, in maniera talvolta più significativa rispetto a determinate sanzioni penali che non di rado vengono sospese, vi è la non menzione nel certificato, spesso non incidono sulla vita concreta. Altresì, non avete tutte le armi che ha a disposizione la giustizia penale. In particolare mi riferisco all'aspetto probatorio. La Procura che riceve una notizia di reato, ha, alle proprie dipendenze, la polizia giudiziaria, i CC, la Guardia di Finanza, eccetera. Voi invece avete le armi spuntate in materia di indagini e di prove. Questo rappresenta un problema non indifferente. È pur vero che, qualora abbiate prove sufficienti – una confessione dell'interessato e documenti idonei – possiate e dobbiate erogare una sanzione disciplinare, ma quando ciò non accade, è opportuna la sospensione in attesa del processo penale. Il fatto che in Italia i tempi dei processi siano così lunghi, rappresenta un ulteriore problema. Me ne rendo conto. Ma se voi comminate la radiazione di un infermiere e dopo due anni venisse assolto in penale, quell'infermiere potrebbe richiedervi dei danni economici enormi per la perdita di un lavoro, magari non ritrovato. Questa è la prima annotazione tecnica. Altro problema sta in una lacuna normativa. Manca un anello della catena: una norma che imponga alle Procure di comunicare agli Ordini e ai Collegi l'inizio di un procedimento penale a carico degli iscritti. Questa norma si può ottenere. Nella riforma forense del 2012 è stata introdotta: d'ora in poi le Procure avranno l'obbligo di comunicare agli Ordini degli avvocati l'inizio di un processo penale. Nel vostro caso non è ancora così. Infatti, apprendete queste notizie dai giornalisti. Ed anche le aziende non hanno quest'obbligo. Voi invece avete un obbligo, previsto dall'art. 51 del codice. Esso recita che «l'infermiere segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale». Tuttavia, se la segnalazione non avviene, il potere, effettivamente, è spuntato. Avendo tale potere, è giusto che vi interrogiate e facciate queste giornate per apprendere meglio come esercitarlo. Da un punto di vista preventivo, credo a quanto detto dal professor Rodriguez circa l'educazione alla responsabilità. Il Presidente del Collegio di Torino ha accennato ai corsi sul codice deontologico. Per la mia esperienza in quel di Cuneo, questi corsi sono stati molto utili. Come in ogni categoria professionale, esistono gli infermieri primitivi, ma anche le punte d'eccellenza. La massa però ha bisogno di essere sensibilizzata, ricordandole il

valore ed il contenuto del codice deontologico. Un richiamo non può che far bene. Credo in queste iniziative concrete per cercare di non arrivare ad un procedimento disciplinare.

Prof. Rodriguez:

condivido quello che ha detto l'avvocato. C'è una deriva ultima, rispetto al suo discorso: assoluzione in ambito penale. Ciò non vuol dire che il Collegio debba restare fermo in quanto l'oggetto dell'intervento può essere leggermente diverso, le fonti di prova diverse e ciò che non è stato giudicato sufficientemente probatorio in ambito penale può esserlo adeguatamente in ambito ordinistico.

Schirru:

Non volendo lasciare in sospeso nessuna vostra osservazione, desidero esprimere alcune brevi considerazioni rispetto alla determinazione di quelle che sono state le sanzioni disciplinari. Innanzitutto, vi abbiamo presentato i singoli casi in termini sintetici, scremati dai particolari. Radiare un collega dall'albo rappresenta un atto pesante. Pertanto, avevamo degli elementi certi per arrivare a tanto. Anche perché chi ha svolto l'istruttoria si è recato in azienda. È pur vero che l'azienda può dirmi: "che vuoi da me?", ma è altrettanto vero che io, in qualità di Collegio, devo cercare di raccordarmi con i colleghi all'interno dell'azienda. Abbiamo chiesto formalmente d'esser ricevuti dal dirigente della tal azienda, dove abbiamo acquisito tutta una serie di informazioni utili a definire meglio i fatti. È vero: non c'è obbligo. Ma apparteniamo tutti alla pubblica amministrazione e, seppur non esista l'obbligo, con qualche azienda, non con tutte, ci si relaziona, c'è dialogo. Ritengo che tra due pubbliche amministrazioni questo sia un dovere di trasparenza. È un aspetto da discutere. Aggiungo che la Procura avrebbe il dovere, nei confronti delle aziende sanitarie, proprio perché enti pubblici, di trasmettere i risultati rispetto ai procedimenti in corso, ma lo fa solo su richiesta, non per motu proprio. E avrebbero l'obbligo di farlo. Ne deduco che è tutto il sistema che necessita di essere riequilibrato.

Basili:

Condivido pienamente la posizione appena espressa. Il fatto che non ci sia un obbligo, non esime dalla necessità di trovare altre strade perché, anche in rapporto a quanto diceva l'avvocato, le uniche fonti che ci rendono noto il fatto sono di natura giornalistica, il che è un problema. Si dovrebbe sviluppare un confronto costruttivo per migliorare la collaborazione interistituzionale che, da quanto sta emergendo, rappresenta una criticità che coinvolge non solo la Regione Piemonte.

Intervento 13)

Tra il dubbio di comminare una sanzione altissima o non comminarla, la censura possiamo tranquillamente darla. Se ognuno di noi facesse una censura, ovviamente coi corretti presupposti, ne educeremmo mille piuttosto che comminare una sanzione di radiazione. È che alcune volte abbiamo paura ad esporci ed applicare i procedimenti che invece dovremmo. Personalmente sarei per un'azione di censura, in modo che arrivi il messaggio che esistiamo, che stiamo vigilando, che siamo in osservazione e presenti.

Schirru:

Ricordiamo sempre che al centro della nostra attenzione c'è il cittadino ed è lui che dobbiamo tutelare. Non posso pensare di avere fra i miei colleghi qualcuno che gira tranquillamente nelle corsie e nei postoperatori quando la gente è rintronata e le ruba le cose! Per quanto mi riguarda, quella persona può andare a fare un altro mestiere e non l'infermiere! Sono altresì d'accordo che bisogna trovare una modalità per educare e prevenire. Usiamo quindi questi casi, questi esempi per capire come poter intervenire affinché non si ripetano queste situazioni. Nei confronti di determinati casi, come il primo, peraltro reiterato, posso permettermi di avere un simile collega in giro per le corsie nella misura in cui dico: "me ne frego dei malati". Ma noi non ce ne fregiamo! Altrimenti non saremmo qui, oggi, a ragionare sulla complessità insita nel decidere. Sono consapevole di questa complessità, tant'è che, giustamente, avete sollevato alcune obiezioni di cui faccio tesoro perché non è stato semplice, per ciascuno di noi, giungere a decisioni di questo tipo.