

Articoli/Articles

STORIA DELLE PROFESSIONI SANITARIE: IL RUOLO
DELL'INFERMIERE NELL'OSPEDALE MODERNO

GIULIANO BERTAZZONI*, AUSILIA PULIMENO**,
ROBERTO TORRE**

* Presidente Corso di Laurea in Infermiere, Sede di Viterbo
Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma, I

** Corso di Laurea in Infermiere,
Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma, I

SUMMARY

*FOR A HISTORY OF MEDICAL PROFESSIONS:
NURSING IN MODERN HOSPITALS*

The article offers an overview about the rapid changes occurring in nursing in recent times. The developments of the nursing profession in the XX century involve bioethical, technical and social issues.

1. Introduzione

Dagli inizi degli anni '90 la professione infermieristica è andata incontro a continui cambiamenti che hanno decisamente mutato tutto lo scenario: una serie di leggi (dalla 341/90 alla 251/01) ha definito nuovi ambiti di responsabilità (con l'abolizione del mansionario e con la ridefinizione del codice deontologico) e nuove classi e settori della formazione (deputando all'Università questo compito e stabilendo l'ambito formativo in uno dei corsi di laurea nella classe delle Professioni Sanitarie).

Proprio l'evoluzione così rapida e radicale della formazione e della professione offre ora lo spunto per ripercorrere nel tempo la storia dell'Infermiere, onde comprendere il senso della sua trasformazione e della sua attuale collocazione all'interno della struttura ospedaliera.

Key words: Medical Professions - Nursing - History of Hospital

Assistenza medica non sono, ovviamente, identificabili con precisione storiografica, né definibili in termini di competenze specifiche almeno sino alla prima età moderna. È noto che, in qualche modo, esse sono legate ai processi di accudimento e nutrizione ed appartengono, pertanto, ad una sfera di competenze specificamente femminili, collegata ai complessi rituali che accompagnano i processi del nascere e del morire, probabilmente già da fasi preistoriche. D'altronde, non esiste alcuna evidenza documentaria dell'esistenza di "personale" non medico addetto alla cura nelle culture classiche del bacino del Mediterraneo; né la medicina templare greco-romana, né le cure razionali prestate dai medici di matrice ippocratica a partire dal V-IV secolo a. C. prevedono, infatti, che all'opera del guaritore (sacerdote o medico) fosse affiancata altra competenza che non fosse quella del giovane allievo o delle donne, esperte tanto nella preparazione di rimedi a base di sostanze vegetali ed animali, quanto nell'assistenza al parto e nella cura del neonato.

L'assistenza agli infermi, insomma, tanto nella Grecia di epoca classica quanto a Roma fino a tutta l'età imperiale, è compito riservato all'apprendista, alle donne dell'*oikos*, alle *maie*, agli schiavi e, sui campi di battaglia, ai soldati anziani, che hanno appreso sul campo le tecniche di bendaggio ed i principi dell'igiene delle ferite, lavate a più riprese con acqua per contenere l'insorgere di processi infettivi.

Solo con il Cristianesimo la storia dell'assistenza si avvia verso un processo che troverà la sua piena realizzazione con la nascita dell'ospedale moderno e della medicina sperimentale ed il conseguente strutturarsi di una categoria di cui F. Nightingale, per la prima volta, delinea le caratteristiche precipue ed i principali doveri professionali oltre che morali.

In Occidente, infatti, tanto negli *xenodochia* quanto nelle diaconie e negli *hospitales*, l'assistenza è prestata da personale volontario, mosso dal solo spirito di carità cristiana e dal desiderio di riflettere nell'operato quotidiano al servizio del sofferente l'amore di Dio nei confronti delle Sue creature. Nessuna formazione, dunque, nessun percorso educativo, nessun tipo di riconoscimento sociale né di remunerazione pubblica, ma solo un servizio volontario.

vittime della fame e della malattia - scrive san Girolamo a proposito di Fabiola, patrizia romana, nel 399 d.C. - ...*quante volte l'ho vista pulire ferite così maleodoranti da allontanare chiunque alla sola loro vista!...neanche se avessi cento bocche e forte voce, io potrei dire tutti i pazienti che Fabiola ha aiutato ed assistito...* (Lettera a Oceano)

Mentre ad oriente, negli ospedali arabi, già a partire dal VII secolo d.C., è documentata la presenza di personale di ambo i sessi, addetto alla cura degli infermi, formatosi nell'ospedale, pagato e con compiti diversi da quelli riservati ai serventi addetti alla cucina ed alle pulizie, l'occidente conservò a lungo questo tipo di organizzazione. Negli *infirmaria* dei monasteri, il personale religioso mantiene viva la tradizione di assistenza indifferenziata ai poveri, ai lebbrosi, agli ammalati, ai pellegrini, mentre di fondo un complesso panorama storico, sociale, igienico e sanitario vede perdurare o tramontare alcuni paradigmi nosologici e sorgere malattie "nuove", il cui impatto su popolazioni spesso defedate da guerre e carestie è devastante. La lebbra, la peste endemica in Europa almeno sino al XVII secolo, la sifilide condizionano la storia della medicina in genere e la storia dell'assistenza nello specifico. Sulla spinta emotiva mossa dalle ondate epidemiche iniziano a formarsi i primi gruppi sociali di assistenza, sul modello di quanto, durante le Crociate, erano andati facendo gli ordini cavallereschi in Terrasanta; a molti ordini religiosi spettano così competenze assistenziali, dagli stessi francescani terziari, ai confratelli ospedalieri di S. Antonio (1095, regola del 1218), ai terziari domenicani, nel cui ambito operano le Mantellate, seguaci di Margherita di Metola e, poi, di Caterina da Siena (1347-1380).

Si arriva così al XV secolo quando i presupposti di una moderna coscienza infermieristica vengono elaborati da San Giovanni di Dio (1495-1550), San Camillo de Lellis (1550-1614), San Vincenzo de Paoli (1581-1660) che, per primi, concettualizzano e sistematizzano principi e regole: il malato è ora al centro dell'interesse; vengono messe per scritto le procedure inerenti l'igiene del paziente ospedalizzato; è definita l'organizzazione, la gestione ed anche la formazione del personale che lavora in ospedale. È anche fissato il ruolo cardine della donna nella assistenza infermieristica e si consente alle religiose, una volta modificate le regole

nei luoghi pubblici della cura che nelle abitazioni private.

E sono di quell'epoca le prime importanti raccolte di norme: "Regole che s'osservano da nostri fratelli nell'ospitale maggiore di Milano per servire con ogni perfezione i poveri infermi" di San Camillo¹ e "Il Libro delle Regole" di San Vincenzo, per le Figlie della Carità². Il fiorire e la diffusione di queste congregazioni religiose, in questo periodo, rappresentano forse l'apice di un'assistenza basata sull'esperienza, maturata sul campo (in occasione di guerre, calamità ed epidemie), e motivata dal desiderio di esprimere una solidarietà cristiana.

I tempi successivi hanno un'altra impronta: la rivoluzione francese e l'Illuminismo portano la presenza dello Stato nei vari aspetti della Società, con l'intento di razionalizzare quanto più possibile; ne viene coinvolta anche la sanità e la malattia è ora considerata un debito pubblico di cui lo Stato si deve far carico³. Volendo poi garantire una laicità dell'assistenza infermieristica, verranno sostituiti, secondo i principi dell'Illuminismo, i religiosi, che, con senso di carità, si erano sempre occupati dell'assistenza, con personale laico, non sempre motivato da spirito cristiano, spesso non adeguatamente preparato. Ne consegue un lento degrado dell'assistenza infermieristica, mentre quella medica, alla ricerca di una maggiore razionalità, diviene più tecnica e scientifica. La qualità dell'assistenza infermieristica è garantita solo da personale religioso, mentre preparazione culturale e addestramento pratico da parte del personale laico, non soddisfa le esigenze di pazienti e medici.

Si assiste quindi ad una regressione della qualità della cura infermieristica e questo caratterizza il periodo del primo Ottocento.

Questa situazione si registra in tutta Europa, ma l'Italia presenta caratteristiche proprie: è sede della Chiesa ed il potere economico e politico del Papato favorisce la nascita di nuove congregazioni, prevalentemente femminili, che si sviluppano insieme ad altre laiche, e tutte con fini più globali della sola assistenza sanitaria al malato. Il loro impegno è anche nel sociale, ci si occupa della educazione dei bambini e dei giovani, del sostegno alle fasce deboli della popolazione, quali i poveri e i disabili⁴.

Si avverte, quindi, l'esigenza di un cambiamento di rotta, e ciò avviene con Florence Nightingale, una infermiera nata in Italia (a

esperienza sul campo durante la guerra in Crimea e che, forte dei suoi studi e della stima che le tributa il Governo Inglese, fonda una Scuola per Infermieri (1860), di cui disciplina tutto: requisiti per l'ammissione, regole di comportamento etico, settori di insegnamento, metodi per l'insegnamento sia teorico che pratico. Il successo della Scuola è anche dovuto al fatto che è annessa al St Thomas' Hospital, luogo di cura ove poter coniugare la teoria alla pratica, sotto la supervisione di moderni tutor⁵. La Nightingale ha rigenerato la dignità della figura dell'infermiere, occupandosi di tutti gli aspetti della professione: ne ha curato gli aspetti giuridici, onde essere tutelata dal legislatore; ha individuato le competenze scientifiche, per garantire la diffusione di una cultura uguale per tutti e ha scritto essa stessa opere importanti (che saranno poi realizzate in varie lingue); ha codificato l'organizzazione e la disciplina del lavoro, e ha tradotto tutto in pratica con una scuola-convitto ove il personale selezionato potesse fare scuola, pratica, crescere dal punto di vista della cultura generale (padronanza della lingua, grammatica, matematica, ad esempio), delle competenze specifiche e della morale ed etica professionali. L'allieva infermiera si diplomava con una personalità ed un carattere formati durante la vita nella scuola.

Con lei si diffonde il concetto di scuola come unico momento formativo di una professione che non può vivere solo di spirito volontario e caritatevole, ma che deve essere una missione svolta anche con competenza tecnica. La sua opera ha influenzato la storia della sanità pubblica non solo in campo infermieristico, è stata seguita in tutta Europa, i Governi ne hanno dovuto tenere conto, riconoscendo dal punto di vista istituzionale le Scuole e garantendole.

In alcuni Paesi, primo tra tutti l'Italia, è stato recepito il concetto della scuola-convitto e il necessario connubio di questa con l'ospedale ha favorito la convenzione tra Ospedale stesso e Istituzioni religiose: ciò permette la crescita dell' "Opera Pia" che, da una parte può consentire un miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica ma, dall'altra, la pone sotto il controllo della istituzione religiosa. D'altra parte è naturale che proprio in Italia si avverta l'influenza della Chiesa nella evoluzione

dell'assistenza. Ma siamo alla fine dell'800 ed i tempi non consentono che lo Stato non si faccia garante del mantenimento della salute: nel 1888 con la riforma sanitaria viene istituita presso il Ministero dell'Interno la Direzione Generale di Sanità Pubblica (legge Crispi Pagliani, n. 5849 del 22 dicembre).

L'attenzione dello Stato rimane però concentrata più sull'ospedale in generale, sulla sua architettura, sulla sua logistica, sulle sue risorse tecnologiche e sulla medicina⁶; ancora non c'è un interesse primario sulla figura e sulle funzioni dell'infermiere.

3. La storia della Professione Infermieristica del '900 in Italia

Le condizioni dell'assistenza infermieristica in Italia alla fine dell'800 e agli inizi del 900 rispecchia l'inadeguatezza della preparazione culturale e professionale di coloro che, per primi, hanno frequentato le scuole laiche allora nascenti. Ne consegue che l'inadempimento assistenziale degli infermieri è conseguenza dell'inadeguatezza della tecnica infermieristica. Il reclutamento del personale viene fatto tra i ceti più bassi, tra gli analfabeti e gli ignoranti, in considerazione del fatto che il mestiere dell'infermiere è ora vissuto come un basso ed umiliante profilo.

A contrastare questo degrado proprio gli inizi del secolo sorgono le Federazioni che tendono ad elevare il livello culturale e professionale degli infermieri, condannando la cattiva immagine che gli elementi peggiori potevano dare a tutta la classe. Contestualmente le Federazioni si battono dal punto di vista sindacale per migliorare anche la qualità del lavoro degli infermieri, ponendo un limite al numero di ore lavorative settimanali, stabilendo carichi lavorativi adeguati e funzioni infermieristiche consone e proponendo alla attenzione delle forze politiche un regolamento tipo.

Nel primo Novecento la figura femminile di riferimento in Italia è Anna Celli che, partendo da una critica al sistema in uso, individua nella professione infermieristica una possibilità di sviluppo per la donna, in quanto rispondente alle sue naturali caratteristiche⁷.

Accanto al personale laico continua la presenza in Ospedale del personale religioso femminile, che sia pure in numero leggermente minoritario, mantiene, comunque, una posizione di ri-

lievo rispetto al personale laico (ruoli di caposala, di direzione, in diretto contatto col personale medico che rimane più distante dal personale infermieristico). Le religiose mantengono la disciplina, hanno più sviluppato il senso della missione e costituiscono un risparmio di risorse economiche: per questi motivi molti medici sono favorevoli al personale religioso.

Nel frattempo nascono le prime scuole sul modello della Nighthingale, gestite da direttrici inglesi laiche: a Napoli sorge la "Croce Azzurra" che sarà diretta per parecchi anni da Grace Baxter; a Roma sorge la "Scuola-Convitto Regina Elena" inizialmente diretto da Dorothy Snell, in cui giovani donne di ceto medio-alto vengono avviate alla professione, intesa come una missione. Contemporaneamente nascono altre Scuole, gestite da personale religioso (la "San Gregorio al Celio", gestita da suore irlandesi e la "San Giuseppe", scuola italiana, entrambe di Roma).

Arriviamo così alla I^a guerra mondiale, dove l'assistenza infermieristica ospedaliera mostra tutte le sue lacune, ma un'altra Scuola di Infermieri si distingue nel portare un validissimo contributo: la Scuola Infermieri della Croce Rossa. Nata nella seconda metà dell'800 in Svizzera grazie a Henry Dunant e, quasi contemporaneamente, in Italia per opera di Ferdinando Palasciano, questa associazione ha il fine di preparare infermieri e volontari per il soccorso e l'assistenza in caso di guerra, a tutti i feriti, con imparzialità, neutralità ed indipendenza⁸.

Pochi anni dopo la fine del conflitto mondiale inizia la fase contemporanea della professione infermieristica, caratterizzata da una serie di leggi che vogliono colmare il gap dell'assistenza infermieristica di Stato che la guerra ha messo così in luce: il Decreto Regio n. 1832 del 15 agosto 1925⁹ istituisce le Scuole convitto, della durata di 2 anni, con l'insegnamento di discipline teoriche e l'attuazione del tirocinio pratico. Per quanto attiene alla specializzazione dell'infermiere, oltre alla nascita della Scuola per Assistenti Sanitarie (AS), per iniziativa della C.R.I., al fine di preparare una "speciale categoria di infermiere professioniste per l'assistenza igienico-sociale alla popolazione sia negli ambienti urbani, sia in quelli rurali" (1924-1925), viene istituita la figura della Caposala "abilitata a funzioni direttive"¹⁰. Le Scuole, organizzate da Direttrici, conferiscono un diploma per l'eserci-

zio della professione. Un decreto Regio successivo¹¹ stabilisce come requisito per l'ammissione alle Scuole convitto, il possesso della licenza elementare ed una abbreviazione di Corso, a chi abbia prestato servizio volontario presso la Croce Rossa. Viene riconosciuta la figura della Direttrice didattica e la dirigenza infermieristica per la Caposala.

Con il Decreto Regio n. 1265 del 27 luglio 1934¹² è codificato che possono esercitare la professione solo coloro che sono in possesso del diploma conseguito secondo il DR del 1925.

Negli anni seguenti abbiamo una ulteriore legge che dà un assetto definitivo alla professione infermieristica: nel 1940¹³ vengono definite le mansioni infermieristiche e istituito il corso per infermiere generico. Sempre nel 1940 vengono istituiti i corsi di specializzazione nei "...vari settori dell'assistenza infermieristica e medico-sociale, ai quali potranno accedere soltanto coloro che siano in possesso del Diploma di Stato di Infermiera Professionale"¹⁴.

Nel 1954 con la legge n.1049 del 29 ottobre si istituisce l'albo professionale degli Infermieri, delle Assistenti Sanitarie e delle Vigilatrici d'Infanzia con riconoscimento dei Collegi professionali dell'IPASVI e viene elevato il requisito di ammissione alle scuole al possesso della licenza media.

La modernizzazione della professione si completa con la Legge n. 124 del 1971¹⁵ che apre la possibilità di accedere alle Scuole, e, quindi, alla professione, agli uomini; inoltre sopprime l'obbligo dell'internato (convitto) e la denominazione delle "Scuole-Convitto per infermiere" muta in "Scuole per Infermieri Professionali".

In questo periodo merita di essere citata l'istituzione (a partire dal 1965) delle Scuole Universitarie per Dirigenti dell'Assistenza Infermieristica, fortemente voluta anche dal tenace impegno culturale e professionale di alcuni infermieri oltre che alla condivisione di alcune Università (le prime ad attivarsi l'Università "La Sapienza" di Roma a cui segue l'Università Cattolica del "Sacro Cuore").

Nel 1972 con il D.P.R. n.10¹⁶ si ha il trasferimento delle competenze alle Regioni e ciò conferisce loro la possibilità di istituire scuole regionali e specializzazioni (le Scuole allora operanti erano circa 80).

Nel 1974 con il D.P.R. n.225¹⁷ viene codificato il moderno mansionario degli infermieri che prevede, oltre alla assistenza diretta sul paziente, anche funzioni organizzative, educative e di ricerca nel campo del "nursing". Alcune di queste mansioni possono essere svolte in maniera autonoma; altre, riguardanti soprattutto i trattamenti diagnostici e terapeutici, vengono espletate sotto la indicazione e la direzione del medico.

Nel 1975 con il D.P.R. 867 del 13 ottobre¹⁸ la durata della formazione infermieristica diviene triennale ed aumenta il periodo di scolarità minima di base per l'accesso (10 anni): ciò comporta non solo l'allungamento dei tempi di preparazione, ma introduce importanti modifiche all'ordinamento didattico delle Scuole infermieristiche ed ai relativi programmi di insegnamento e del tirocinio.

La riforma sanitaria del 1978, legge n. 833¹⁹ pone, tra i suoi obiettivi, la formazione professionale e permanente, nonché l'aggiornamento scientifico culturale del personale del servizio sanitario nazionale (art.2); disciplina lo stato giuridico degli infermieri (D.P.R. 761/79), che vengono inseriti nel ruolo sanitario, in livelli funzionali diversi, in rapporto ai profili professionali (D.P.R. n. 821/84).

Sempre in quell'anno, scompare la figura dell'infermiere generico.

La legge n. 341 del 19 novembre 1990²⁰ istituisce i Corsi di Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche e riforma il percorso formativo della professione, attribuendo all'Università il compito ora tolto alle Regioni.

4. Tracce di una storia attuale

La formazione infermieristica di base (D.M. 2/12/91) viene trasferita all'Università ed attraverso tale istituzione si punta al duplice obiettivo di affermare l'assistenza infermieristica quale disciplina scientifica autonoma e promuovere una cultura professionale in grado di contribuire al miglioramento, in termini di qualità, dei servizi sanitari.

Il DLgs 502/92 (e successive modificazioni ed integrazioni), ha introdotto sostanziali cambiamenti nello scenario dei servizi, introducendo principi innovativi, affermando il ruolo centrale

del cittadino, cliente del S.S.N., destinatario attivo di un sistema che deve garantire qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie, oltre ai principi di efficacia, efficienza delle prestazioni.

Per tutto questo il ruolo delle professioni sanitarie è fondamentale, pertanto viene rivisto tutto l'assetto formativo e organizzativo.

Questo ultimo decennio ha rappresentato una grande svolta per tutte le professioni sanitarie che sono state diversificate in classi e corsi, si sono arricchite di nuove e complesse attività nei settori sia intra che extraospedaliero, sia pubblico che privato.

In particolare alla professione infermieristica si sono progressivamente presentate nuove esigenze, maturate consapevolmente già nel precedente decennio, nuovi doveri, responsabilità e nuovi diritti.

Tutti i cambiamenti sono avvenuti perché è maturata una nuova mentalità nell'affrontare i problemi della popolazione, per rispondere più coerentemente alla domanda di salute nella malattia per rendere un servizio sanitario ad un alto livello di qualità, con soddisfazione da parte del cittadino.

In tale organizzazione la professione infermieristica ha trovato la possibilità di potersi esprimere al meglio dato già il lungo e travagliato processo di sviluppo di un corpus sistematico di conoscenze (ciò che gli epistemologi chiamano "disciplina") che è storicamente voluto dagli appartenenti alla professione.

Nei decenni precedenti la professione aveva avuto delle difficoltà ad affermarsi soprattutto per uno scarso riconoscimento sociale, in termini di prestigio e di valore delle prestazioni professionali (con ricadute anche sul piano del reddito). Pertanto il processo di professionalizzazione è stato alcune volte difficile e tortuoso anche se già dagli anni 70 cresceva fortemente l'identità professionale con il fenomeno di importazione di nuovi quadri teorici di riferimento per l'assistenza infermieristica che in quegli anni hanno profondamente cambiato carattere e fisionomia alla professione e alla sua stessa base sociale.

Negli ultimi dieci anni il mondo dell'assistenza sanitaria e quella infermieristica in particolare, ha avuto profondi e veloci cambiamenti e questa metamorfosi è ancora in piena evoluzione.

Tappa successiva importante è rappresentata dall'emanazione del "Regolamento concernente l'individuazione della figura e del re-

lativo profilo dell'Infermiere" (D.M. 739/94) dove il legislatore ribadisce la specificità del campo di azione dell'infermiere conferendogli una piena responsabilità - "...è l'operatore sanitario responsabile dell'assistenza generale infermieristica" - e, oltre a definire le principali funzioni (la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria), dettaglia le specifiche funzioni autonome attribuite: "...partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; agisce sia individualmente sia in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali". Funzione collaborativa ma di garanzia per il fruitore l'assistenza, definita dal profilo professionale: "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche".

Attraverso la definizione del profilo, all'assistenza infermieristica sono riconosciute caratteristiche tipiche di una professione che ha basato il suo operato sui principi del sapere (competenza intellettuale), del saper fare (competenza gestuale) e del saper essere (competenza comunicazionale).

Negli anni successivi la professione infermieristica raggiunge un ulteriore traguardo con l'emanazione della Legge 42/99 la quale, oltre a definire per l'infermiere una "professione sanitaria", perdendo l'aggettivo di ausiliaria, abolisce il mansionario (D.P.R. 225/74) ormai da tempo considerato obsoleto e fortemente in contrasto con altre precedenti definizioni legislative; indica i criteri guida per la definizione del campo proprio di attività e responsabilità, indicandoli in maniera precisa: il profilo professionale, l'ordinamento didattico della formazione di base e post base e il Codice Deontologico.

Nel 2000, la Legge 251 istituisce la dirigenza infermieristica e sottolinea in particolare, l'importanza dell'autonomia professionale e dell'utilizzo di metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza, ribadendo un principio fondamentale dell'infermieristica: la personalizzazione dell'assistenza.

Nel frattempo anche la formazione universitaria si è evoluta: a partire dal 1992 (D.M.2/12/91 - Tab. XXXIX ter) ha subito una prima trasformazione, dopo l'emanazione dei profili professionali, nel 1996 (D.M. 24/7/96 - Tab. XVIII ter).

Infine, dopo l'emanazione del D.M. 509/99 ("Regolamento concernente l'autonomia didattica degli Atenei"), la formazione universitaria prevede "Lauree di I e di II livello" (Lauree e Lauree specialistiche), Master, Specializzazioni e dottorati di ricerca con la ridefinizione dei percorsi formativi. Con i Decreti del 2/4/2001 vengono determinate le Classi delle Lauree e delle Lauree Specialistiche Universitarie delle professioni sanitarie ed in particolare la Laurea in Infermieristica, (inserita nella 1^a delle quattro Classi, definisce gli obiettivi formativi qualificanti, le competenze, l'ambito professionale come specificato nel profilo.

La Legge 42/99, precedentemente citata, ha identificato quale strumento per indicare il "campo di attività e responsabilità" del professionista, oltre il profilo professionale, il Codice Deontologico.

Pur non essendo nostra pretesa quella di essere esaustivi sulla storia dei Codici Deontologici dell'infermiere non può non essere ricordato che il primo documento etico di questa professione è il Giuramento di Florence Nightingale del 1893, redatto da una Commissione dell'Ospedale Harper di Detroit; in epoca più recente sono stati redatti numerosi documenti di deontologia professionale infermieristica, tra i più importanti a livello internazionale, il Codice Deontologico del CICIAMS (Comitato Internazionale Cattolico degli Infermieri e Assistenti Medico-Sociali - Madrid 1972) ed il Codice dell'Infermiere dell'ICN (International Council of Nurses - San Paolo 1973).

A questi codici deontologici hanno fatto seguito altre dichiarazioni ufficiali dei vari organismi rappresentativi della professione sia a livello internazionale che nazionale rimarcando con precisa puntualità, la volontà della professione di "prenderci cura" della persona olisticamente intesa.

Nel 1977 la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI (Infermieri Professionali - Assistenti Sanitari - Vigilatrici d'Infanzia) emana il Codice Deontologico condividendo i principi di riferimento dei codici internazionali.

La Federazione Nazionale IPASVI ha risposto alle esigenze del legislatore presentando il nuovo codice (1999); un documento che definisce il comportamento dell'infermiere all'interno e all'esterno della professione. Questo codice ha voluto

confermare l'identità dell'infermiere ed il suo impegno a porsi come risorsa qualificata nella fase di risposta alla domanda di salute del cittadino e promotore, esso stesso, di qualità e rigore professionale.

Di non poco conto la pubblicazione, nel 1996 (12 maggio - Giornata Internazionale dell'Infermiere), del "Patto Infermiere Cittadino" quasi a voler anticipare la revisione del codice già esistente e riformare la filosofia dello stesso quale patto di alleanza con il fruitore diretto dell'assistenza infermieristica e manifestando, attraverso questo documento, in maniera immediata, le valenze etiche della professione e le qualità etiche dell'infermiere: si tratta di un vero e proprio giuramento solenne con il quale l'infermiere si impegna a dare una risposta alle aspettative del paziente, anche a quelle più ovvie e inesprese.

L'attuale codice dell'infermiere esprime in premessa la filosofia della professione che aderisce ai principi etici previsti dalla Costituzione e dalla Legge di Riforma Sanitaria.

A questi principi sono stati incardinati i valori della parità di ogni essere umano, la sua unicità, la libertà della persona e degli operatori; quindi i principi di autonomia e beneficiabilità, di equità e di giustizia.

Esaminando il Codice Deontologico dell'Infermiere, si evince che è un documento complesso che non si limita a dire ciò che l'infermiere è autorizzato a fare, ma gli obiettivi che è chiamato a realizzare.

CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI

Articolo 1 PREMESSA

- 1.1 L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma abilitante e dell'iscrizione all'Albo Professionale, è responsabile dell'assistenza infermieristica.
- 1.2 L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura tecnica, relazionale ed educativa.
- 1.3 La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.
- 1.4 Il Codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo della identità professionale e nell'assunzione di un comportamento eticamente responsabile. È uno strumento che informa il cittadino sui comportamenti che può attendersi dall'infermiere.
- 1.5 L'infermiere, con la partecipazione ai propri organismi di rappresentanza, manifesta la appartenenza al gruppo professionale, l'accettazione dei valori contenuti nel codice deontologico e l'impegno a viverli nel quotidiano.

Articolo 2 - Principi etici della professione

- 2.1 Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.
- 2.2 L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.
- 2.3 L'infermiere riconosce che tutte le persone hanno diritto ad uguale considerazione e le assiste indipendentemente dall'età, dalla condizione sociale ed economica, dalle cause di malattia.
- 2.4 L'infermiere agisce tenendo conto dei valori religiosi, ideologici ed etici, nonché della cultura, etnia e sesso dell'individuo.
- 2.5 Nel caso di conflitti determinati da profonde diversità etiche, l'infermiere si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. In presenza di volontà profonda, si avvale del diritto all'obiezione di coscienza.
- 2.6 Nell'agire professionale, l'infermiere si impegna a non nuocere, orienta la sua azione all'autonomia e al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse anche quando questi si trova in condizioni di disabilità o svantaggio.
- 2.7 L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse. In carenza delle stesse, individua le priorità sulla base di criteri condivisi dalla comunità professionale.

Articolo 3 - Norme generali

- 3.1 L'infermiere aggiorna le proprie conoscenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica e la ricerca, al fine di migliorare la sua competenza. L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiornate, così da garantire alla persona le cure e l'assistenza più efficaci. L'infermiere partecipa alla formazione professionale, promuove ed attiva la ricerca, cura la diffusione dei risultati al fine di migliorare l'assistenza infermieristica.
- 3.2 L'infermiere assume la responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti. Riconosce che l'integrazione è la migliore possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito; riconosce altresì l'importanza di prestare consulenza, ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.
- 3.3 L'infermiere riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze e declina la responsabilità quando ritenga di non poter agire con sicurezza. Ha il diritto ed il dovere di richiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possono costituire rischio per la persona.
- 3.4 L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e ricorre, se necessario, alla consulenza professionale e istituzionale, contribuendo così al continuo divenire della riflessione etica.
- 3.5 L'agire professionale non deve essere condizionato da pressioni o interessi personali provenienti da persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi. In caso di conflitto devono prevalere gli interessi dell'assistito. L'infermiere non può avvalersi di cariche politiche o pubbliche per conseguire vantaggi per sé od altri. L'infermiere può svolgere forme di volontariato con modalità conformi alla normativa vigente: è libero di prestare gratuitamente la sua opera, sempre che questa avvenga occasionalmente.

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

Articolo 4 - Rapporti con la persona assistita

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

- 4.17 L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.
- 4.18 L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai familiari o da altri.
- 4.19 L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un'espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Articolo 5 - Rapporti professionali con i colleghi e gli altri operatori

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

Articolo 6 - Rapporti con le Istituzioni

- 6.1 L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche dello sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.
- 6.2 L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione. L'infermiere ha il dovere di opporsi alla compensazione quando vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o venga pregiudicato il suo prioritario mandato professionale.
- 6.3 L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione e per quanto possibile, a ricreare la situazione più favorevole.
- 6.4 L'infermiere riferisce a persona competente e all'autorità professionale qualsiasi circostanza che possa pregiudicare l'assistenza infermieristica o la qualità delle cure, con particolare riguardo agli effetti sulla persona.
- 6.5 L'infermiere ha il diritto e il dovere di segnalare al Collegio le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure o il decoro dell'esercizio professionale.

Articolo 7 - Disposizioni finali

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

(Ipasvi - maggio 1999)

BIBLIOGRAFIA E NOTE

1. BASCAPÈ G. C., *San Camillo de Lellis all'Ospedale Maggiore di Milano e la riforma dei servizi di Infermeria*. L'Ospedale Maggiore; 1937: 5.
2. MEZZADRI L., PEREZ FLORES M., *La regola delle Figlie della Carità di San Vincenzo de' Paoli*. Jaca Book, Milano 1986.
3. FRASCANI P., *Ospedali malati e medici dal Risorgimento all'età giolittiana*. In: DELLA PERUTA F., *Storia d'Italia. Annali 7*. Torino, Einaudi ed., 1984, p. 229.
4. ROCCA G., *Le nuove fondazioni religiose femminili in Italia dal 1800 al 1860*. In: *Problemi di storia della Chiesa. Dalla restaurazione alla unità d'Italia*. Napoli, Ed. Dahniana, 1985.
5. SIRONI C., *Storia dell'assistenza infermieristica*. Roma, Ed. Nuova Italia scientifica, 1991, pag 38-44.
6. COSMACINI G., *Storia della medicina e della sanità in Italia*. Roma-Bari, Ed. Laterza, 1987.
7. CALAMANDREI C., *L'assistenza infermieristica: storia, teoria, metodi*. Roma, La Nuova Italia Scientifica, 1983.
8. FREZZA A., *Storia della Croce Rossa italiana*. Roma, Ed. Istituto Pubblicazioni Culturali, 1955.
9. Pubblicato sulla G.U. n 257 del 5.11.1925
10. R.D.L. n.1832/1925.
11. N. 2330 del 21 novembre 1929, pubblicato sulla G.U. n 26 del 1.2.1930.
12. Pubblicato sulla G.U. n 186 del 9.8.1934.
13. Decreto Regio n 1310 del 2 maggio, pubblicato sulla G.U. n 225 del 25 .9.1940.
14. Art.3 - Legge n 1048/1940.
15. Pubblicato sulla G.U. n 83 del 3.4.1971.
16. Pubblicato sulla G.U. n41 del 14.2.1971.
17. Pubblicato sulla G.U. n 157 del 18.6.1974.
18. Pubblicato sulla G.U. n 48 del 23.2.1976.
19. Pubblicato sulla G.U. n 360 del 28 .12. 1978.
20. Pubblicato sulla G.U. n 274 del 23.11.1990.

Correspondence should be addressed to:
Giuliano Bertazzoni, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Dipartimento di Medicina Sperimentale e Patologia, giuliano.bertazzoni@uniroma1.it