

Aspetti deontologici della relazione medico-infermiere¹

Paolo Benciolini*

IL TITOLO DI QUESTO III CONVEGNO NAZIONALE, CHE VEDE RIUNITI IN QUESTI GIORNI,

in un dibattito molto vivace, infermieri e medici è, ancora una volta, “Il medico e l’infermiere a giudizio”. Ma ieri è stato detto che questo tema sottintende anche un sottotitolo: “Il medico e l’infermiere a confronto” ed è stato precisato dal dr. Benci che, come nelle precedenti edizioni, il confronto è sempre “molto teso” e non sembra migliorato nel tempo. Ma c’è un terzo titolo che possiamo leggere nel programma: “**Responsabilità condivise**” ed è questa, principalmente, l’ottica nella quale cerco di collocarmi nel trattare il tema che mi è stato affidato. Un confronto, quindi, finalizzato alla ricerca di responsabilità comuni.

RESPONSABILITÀ: IN QUALE SENSO?

Quando usiamo il termine “**responsabilità**” - che oggi è certamente uno dei più ricorrenti nei dibattiti e nella risonanza pubblica dei problemi della sanità - è indispensabile distinguere la duplice prospettiva che esso sta a significare. Vi è certamente una prospettiva negativa ed è quella che più frequentemente ed immediatamente viene considerata. Del resto è quella

che traspare dal tema stesso del convegno: “Il medico e l’infermiere a giudizio”. Responsabilità intesa come “rispondere a qualcuno”, che può essere il giudice, l’ordine professionale, i superiori gerarchici. Certamente si giustifica che, in quest’ottica, il confronto rimanga sempre “teso”, senza migliorare. Ciascuno cerca di giustificare comportamenti accusati di inadeguatezza o addirittura di illiceità. Ma esiste anche un significato positivo del termine “**responsabilità**”: un impegno a svolgere un ruolo costruttivo, la capacità di assumere, autonomamente, compiti che consentano una più efficace lotta contro le malattie e una più produttiva promozione della salute: un impegno fatto quindi di “**responsabilità**” e da **per-sone**, appunto, **responsabili**.

Se riflettiamo su queste due diverse accezioni, non possiamo non renderci conto che l’ottica con cui si è finora sviluppato il confronto in questi due giorni di convegno è prevalentemente la prima. Il confronto si è snodato alla ricerca di possibili carenze e inadempienze. Ma la stessa ottica negativa è quella che porta a leggere la L. 42/99,

1. Relazione al III Convegno Nazionale: “Il medico e l’infermiere a giudizio”, Firenze 15-16 giugno 2000

* Dipartimento di Medicina Ambientale e Sanità Pubblica dell’Università di Padova - Sede di Medicina Legale e delle Assicurazioni

considerata solo come norma che ha abrogato il mansionario, le gerarchie tra le professioni sanitarie, eccetera. Il prof. Norelli, nel suo intervento, ha giustamente osservato che se il legislatore è latitante, sono le professioni a doversi mettere d'accordo, in particolare su quali siano gli aspetti positivi del significato di "atto medico". È dunque un efficace ed autorevole invito ai professionisti sanitari perché vadano oltre e ricerchino le dimensioni positive e costruttive del loro comune impegno. Il terreno di incontro e di promozione di tale dimensione positiva è, appunto, quell'ampio spazio che la legge solo parzialmente sfiora e che corrisponde alla deontologia professionale. Non mi pare sia sufficiente considerare i codici deontologici come un "discorso sui doveri" né la deontologia come un'area tenuta necessariamente a confrontarsi con la legge ed alla quale non è consentito esprimere orientamenti difforni da quelli della legge stessa. Queste considerazioni rimangono anch'esse nell'ambito di un'accezione prevalentemente negativa del concetto di responsabilità, mentre è proprio la dimensione positiva che trova nella deontologia professionale il terreno adeguato per essere coltivata e sviluppata. Iniziamo dunque a ricercare, in entrambi i codici deontologici, del medico e dell'infermiere, gli spunti che ci possono offrire sotto tale profilo.

LA DIMENSIONE POSITIVA DELLA RESPONSABILITÀ NEI CODICI DEL MEDICO E DELL'INFERMIERE

Il codice deontologico dell'infermiere (CDI) così si presenta **"Il codice deontologico guida l'infermiere nello sviluppo e nel comportamento eticamente responsabile dell'infermiere"**: è evidente che lo scopo principale è dunque quello di coltivare e sviluppare la dimensione positiva della responsabilità. Responsabilità verso chi? Nel codice dei medici (CDM) si precisa che **"Dovere del medico è la tutela della vita, della salute fisica e psichica dell'uomo e il sollievo dalla sofferenza nel rispetto della**

libertà e della dignità della persona umana, senza discriminazioni di età, di sesso, di razza, di religione, di nazionalità, di condizione sociale, di ideologia...." (art. 3). Dal canto suo il CDI specifica che l'assistenza infermieristica è **"servizio alla persona e alla collettività"** (art. 1.2). Il punto successivo precisa che 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"** (1.3).

Queste solenni affermazioni riecheggiano chiaramente i principi ai quali si ispira il nostro ordinamento, contenuti negli artt. 2 e 3 nonché nell'art. 32 della Costituzione. Sembra tuttavia importante introdurre un brevissimo richiamo alla definizione di **salute** che molti conoscono e che è propria dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Una definizione contenuta nell'atto costitutivo dell'OMS (che risale al 1946) e che è stata recepita in Italia con un decreto del 1947, prima cioè che venisse approvata la Costituzione. Com'è noto, questa definizione sottolinea la triplice dimensione della salute: fisica, psichica e relazionale. Questa precisazione (forse tanto nota da apparire scontata) ci suggerisce due rilievi: il primo è che la sanità non si identifica con l'operato dei medici e nemmeno con l'operato di tutti i diversi operatori sanitari. Gli operatori della salute, infatti, non sono solo gli operatori sanitari: ci sono ad esempio gli psicologi (anche se oggi si tende a collocarli tra gli operatori sanitari) ma anche gli operatori sociali e tutti coloro che lavorano perché questa triplice dimensione della salute possa essere adeguatamente considerata e promossa.

La seconda considerazione è che non può esservi una valida promozione della dimensione relazionale della salute senza una buona relazione fra gli operatori ed in particolare fra gli operatori sanitari. E se questo aspetto viene trascurato, non sarà sufficiente preoc-

cuparsi solo della salute degli altri (che ancor oggi, è spesso considerata nella sua riduttiva dimensione fisica). Giustamente il codice degli infermieri sottolinea che il compito non è solo quello di curare ma anche quello di **"prendersi cura"**, un impegno quindi assai più ampio, più coinvolgente, più impegnativo ed intelligente, non solo circoscritto alla dimensione individuale ma che considera quella relazionale e relazionata agli altri.

DEONTOLOGIA E CODICI DEONTOLOGICI

Codice deontologico e deontologia non sono la stessa cosa. Il codice deontologico contiene norme deontologiche che l'ordine professionale o il collegio ritengono importante proporre ai propri iscritti ma tali norme non si identificano con l'intera sfera della deontologia. Il codice esemplifica alcune situazioni, sottolinea gli aspetti più importanti ma la dimensione deontologica della professione è in continuo movimento, matura e si precisa in una riflessione che non può esaurirsi o cristallizzarsi e tutto questo consente due diverse prospettive. In primo luogo la considerazione che il codice deontologico non si appiattisce sulla legge. Se fosse soltanto la ripetizione di una legge, il codice deontologico non avrebbe significato né giustificazione. La legge infatti considera solo alcuni aspetti, per di più di ordine generale mentre il codice entra nel merito di questioni concrete e specifiche di ogni professione. Tutto questo rimanendo nella dimensione negativa per la quale è bene ricordare che l'ordine professionale ha competenza disciplinare in relazione a **"comportamenti disdicevoli"** dei professionisti. È importante sottolineare che in ambito deontologico non vale quel principio tipico del diritto penale che è definito di "tipicità" o di "tassatività", per cui l'ordine o il collegio possono identificare i **"comportamenti disdicevoli"** anche al di fuori delle ipotesi previste dal codice deontologico.

Ma soprattutto la deontologia non può coincidere con il codice deontologico nella sua dimensione positiva, in quanto per sua stessa natura essa deve essere continuamente pensata e riproposta, rendendo così difficile tradurla in una codificazione, che invece esige termini precisi.

QUALI RIFERIMENTI ALLA RELAZIONE MEDICO-INFERMIERE?

Se dunque ci chiediamo quali indicazioni possono essere contenute nei codici deontologici di medici ed infermieri in relazione al tema in esame, troveremo pochi e generici riferimenti.

Fra il 1998 e il 1999 si è realizzata una stagione di grande vivacità ed attenzione alle tematiche deontologiche. Nel 1998 è uscita l'ultima versione del codice di deontologia medica, nello stesso anno il codice deontologico degli psicologi, nel 1999 il codice degli infermieri. È inoltre stata approvata la L. 42/99 che richiama l'importanza del codice deontologico nella definizione delle nuove competenze dell'infermiere. Tuttavia gli spunti utili alla nostra riflessione sono assai limitati e comunque modesti.

È interessante osservare l'evoluzione di questo tema nelle ultime edizioni del CDM. Nel testo del 1989, laddove si tratta il tema del rapporto "con i terzi" sono presenti due articoli nei quali si afferma che **"il medico non deve esercitare la professione in collaborazione con altre categorie sanitarie quando ciò comporti accaparramento di clientela a proprio vantaggio o a vantaggio di chi esercita altra attività professionale o arte ausiliaria della professione sanitaria"** e ancora **"è mancanza grave per il medico stabilire forme di accordo o di rapporto diretto o indiretto al fine di illecito vantaggio, in attività svolte da altre categorie sanitarie...."** (artt. 88 e 89): è evidente la preoccupazione esclusivamente di ordine negativo. Nella versione del 1995 si ripropongono analoghe considerazioni. Nell'ultima versione (1998) per la prima volta si modifica la

prospettiva aggiungendo (al testo precedente, comunque confermato) ***“nel l'interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie, rispettandone le competenze professionali”***. Il commentario, successivamente emanato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici, in proposito osserva ***“è facile leggere un riconoscimento della legittimità delle altre professioni sanitarie che non solo devono essere più riconosciute in un ruolo esclusivamente ancillare ma di cui viene riconosciuta la valenza professionale e culturale. È noto infatti che attraverso l'istituzione dei diplomi universitari (lauree brevi) si sono venute costituendo nuove professionalità (...) che pur non potendo invadere l'ambito della competenza della professione medica, ne costituiscono un valido complemento per il superamento dei problemi di salute dei pazienti”***.

Analizziamo ora il codice dell'infermiere e possiamo subito rilevare che il testo è molto più avanzato rispetto al CDM. Penso che una delle cause (anche se non l'unica) sia rappresentata dal fatto che l'esigenza di una collaborazione è particolarmente sentita dagli infermieri, secondo uno spirito nuovo, non freddamente gerarchico. Al tempo stesso la collocazione della formazione in ambito universitario (e l'imminente prospettiva di una laurea in Scienze infermieristiche) stanno provocando una ricerca di nuovi spazi, nuove autonomie ma anche nuove modalità di collaborazione. L'argomento è trattato nel punto 5: ***“Rapporti professionali con colleghi e altri operatori”***. Al punto 5.1 si legge che ***“L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico rapporto all'interno dell'équipe”***. Sottolineo i verbi: ***“collabora”***, ***“riconosce”***, ***“rispetta”***; ma ancor più la evidente constatazione che non esistono solo i rapporti tra i singoli ma che tutti devono fare riferimento ad un

unico gruppo di lavoro e che in tale contesto anche l'infermiere assume e svolge un ruolo specifico.

Al punto successivo (5.2) si legge che ***“L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura”***. Questo richiamo alla diversità di opinioni (diversità del tutto legittima) viene riconosciuto come fatto accettabile ma non tale da dover intralciare il lavoro coordinato finalizzato alla tutela della salute del cittadino.

Altri spunti, anche se meno specifici, sono forniti in alcuni articoli precedenti. Ad esempio l'art. 3.2 del codice deontologico dell'infermiere riconosce ***“che l'integrazione è la miglior possibilità per far fronte ai problemi dell'assistito”***; l'art. 3.4 precisa che ***“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”***. Vorrei solo osservare che sarebbe utile inserire una riflessione su quei particolari rapporti che esistono all'interno dei Comitati Etici, luogo di lavoro pluridisciplinare al quale anche gli infermieri partecipano con il comune obiettivo di una riflessione tesa a ricercare soluzioni eticamente condivise. Infine l'art. 4.4, che disciplina i rapporti con la persona assistita, afferma che ***“l'infermiere ha il dovere di essere informato”***. È interessante questa sottolineatura del dovere di essere informato sul progetto diagnostico-terapeutico per l'influenza che una adeguata informazione assume ai fini dell'assistenza e della relazione con la persona. D'altra parte se qualcuno dell'équipe è escluso dalla conoscenza non può intervenire in modo qualitativamente sufficiente sulla persona.

COME MODIFICARE I RAPPORTI?

Vorrei proporre una considerazione sulla base delle riflessioni fin qui con-

dotte. Se si considera lo spazio che a questo aspetto del rapporto tra operatori è dedicato dai codici in esame, si deve dire che esso è ancora assai esiguo, soprattutto per quando riguarda il CDM. Ma il superamento di tali limiti più che nella formulazione di nuove disposizioni codicistiche va ricercato, quantomeno in primo luogo e in via prioritaria, in un impegno comune. Diceva ancora, ieri, il prof. Norelli che la Legge 42 non ha modificato i rapporti all'interno delle professioni sanitarie. In effetti non è compito della legge promuovere una nuova e costruttiva attenzione al rapporto tra i diversi operatori sanitari; un codice deontologico può favorirla ma non si deve dimenticare che la strada da percorrere è essenzialmente diversa. Una legge può abrogare il mansionario, una legge può abrogare la dizione "professione sanitaria ausiliaria" ma non può (e saremmo illusi a pensarlo) cambiare un costume, mutare profondamente una mentalità che dura da tempo. Vano sarebbe sperare in un cambiamento veloce, è probabile anzi che occorrerà attendere ricambi generazionali per poter vedere realizzato il cambiamento. Si tratta di un lavoro che va fatto in modo capillare, da tutti, in tutti i posti di lavoro, scambiandosi esperienze per poter insieme maturare. La mia proposta è che si debba promuovere un incontro tra le federazioni nazionali dei medici e degli infermieri per trovare un linguaggio deontologico comune ed, eventualmente, introdurre anche nei rispettivi codici il frutto di tale riflessione. Analoghe iniziative possono essere promosse a livello locale, forse più adeguato (e comunque indispensabile per una azione integrata con quella nazionale) perché in grado di cogliere, dalle esperienze sul campo, le reali istanze degli operatori, le loro difficoltà, le incomprensioni, i pregiudizi e, al tempo stesso, in grado di valorizzare ogni tentativo di costruttiva convergenza nell'interesse dei cittadini, come comune contributo alla tutela della salute di tutti.

In questo sforzo e nella prospettiva di un radicale rinnovamento della attenzione reciproca, ritengo possa essere prioritariamente identificato un ambito di fondamentale importanza e di grande potenzialità rinnovatrice: quello della formazione.

LA **FORMAZIONE**: TERRENO DI INCONTRO E DI CRESCITA COMUNE

Anche su questo tema possiamo partire dalle esperienze di segno negativo. Il tema della formazione e quello (più riduttivo) del cosiddetto "aggiornamento" continuano ad essere oggetto di iniziative rigorosamente separate: o per i medici (quando non per singole categorie di medici) o per gli infermieri. Ma questa è l'esperienza più generale di gran parte delle iniziative del genere promosse ai diversi livelli e nei diversi enti. Ciascun gruppo, rimanendo all'interno della propria categoria, perpetua il convincimento che la formazione costituisca una questione "privata", del tutto estranea a quelle esigenze di lavoro interdisciplinare che la sanità esige e che non possono non ritrovarsi anche nel momento, appunto, della riflessione e della crescita culturale e professionale. Vi sono comunque esperienze di segno positivo, o per le particolari connotazioni di ordine professionale o per le sollecitazioni che provengono dalla specifica attività che unisce medici ed infermieri. Pensiamo alle prime esperienze del genere, che sono quelle realizzatesi in ambito psichiatrico, contrassegnate da un lavoro comune tra medici, infermieri, operatori sociali. Pensiamo ai consultori familiari, nel cui ambito si incontrano medici, assistenti sanitari, ostetriche, psicologi, assistenti sociali. Pensiamo alla esperienza di lavoro nell'ambito delle rianimazioni, dove il contatto continuo tra medici ed infermieri assume tonalità di grande rilievo sotto il profilo emotivo per l'esperienza professionale così drammatica e continua. Pensiamo alle più recenti (ma fin

d'ora così potenzialmente innovative) iniziative di assistenza domiciliare integrata, nel cui ambito, ad esempio, si comincia a toccare con mano il reale superamento del vecchio "man-sionario infermieristico".

La Legge 42 stabilisce che **"il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base nonché degli specifici codici deontologici"**. Tra essi, è certamente quello della formazione il più importante ed in grado di assicurare cambiamenti reali. È attraverso la formazione che si possono cambiare i comportamenti, è attraverso la formazione che si può anche cambiare, innovandola, la riflessione deontologica. Questo vale per gli infermieri (una delle professioni alle quali si riferisce la Legge 42) ma anche per i medici, altrimenti abituati a organizzazioni del lavoro esclusivamente strutturate su scala gerarchica che non possono che generare incomprensioni e rivendicazioni. Questi atteggiamenti sono negativi non solo all'interno del rapporto tra medici e infermieri ma anche all'interno dello stesso rapporto tra medici. Recenti sentenze hanno in qualche modo tentato di spezzare questo rigido rapporto gerarchico consentendo al medico in posizione subordinata di indicare i motivi del proprio eventuale dissenso rispetto alle indicazioni provenienti dal primario. Ma, come si diceva, leggi, sentenze e le stesse norme deontologiche non possono sostituirsi a quel lavoro in profondità che solo la formazione può assicurare. Sotto questo profilo, occorre prendere atto che nella formazione universitaria siamo ancora in fase iniziale. È vero che nella tabella 18-ter (quella che riguarda la formazione di base dell'infermiere) sono stati introdotti insegnamenti e tematiche innovative e poten-

zialmente efficaci. Ma una valida formazione dipende anche (ed essenzialmente) dalla qualità degli insegnanti, dalla loro capacità di cogliere gli aspetti essenziali della formazione, al di là dei contenuti nozionistici delle rispettive materie. Quale importanza danno a questi elementi gli insegnanti? Ce ne sono alcuni che, purtroppo, hanno trovato nel diploma universitario di infermiere (come in altri ambiti della didattica) uno spazio di "consolazione" rispetto a insuccessi accademici relativi a obiettivi maggiormente ambiti. Questa domanda vale, naturalmente, anche per l'insegnamento agli studenti del corso di laurea di Medicina, del quale ho un'esperienza diretta non solo come docente ma anche come responsabile del corso di laurea di Padova. Più in generale, si deve sottolineare il fatto che se il docente non si è adeguatamente soffermato a riflettere sul significato del proprio insegnamento nel contesto degli obiettivi didattici comuni, potrà anche risultare di grande competenza sotto il profilo dell'informazione nozionistica, ma priverà i propri allievi di quegli stimoli alla formazione che più avanti, nell'esercizio professionale, finiscono per risultare determinanti sia sotto il profilo dei compiti personali sia anche sotto quello - che qui consideriamo - di una valida capacità di collaborazione con gli altri operatori. Se poi il docente dovesse continuare a proporre i vecchi modelli di rapporto tra categorie sanitarie che tutti oggi speriamo definitivamente superati, come potremmo sperare di realizzare l'obiettivo di una "responsabilità condivisa" nell'impegno per la salute di tutti?

Ritengo di fondamentale importanza introdurre nei **curricula** formativi momenti di riflessione sulla comunicazione, sulla relazione tra operatori sanitari e con i pazienti e la conseguente necessità di formare docenti in grado di capire questi problemi. Per questo andrebbero previsti momenti formativi comuni tra studenti del

diploma (domani della laurea) infermieristico e studenti del corso di laurea in Medicina e Chirurgia. Personalmente mi propongo di avviare un'esperienza in questo senso fin dal prossimo anno accademico.

UN TEMA PER IL RINNOVAMENTO DELLA RELAZIONE: *L'INFORMAZIONE*

Ci sono indubbiamente molti argomenti e molti temi su cui medici e infermieri devono oggi confrontarsi. A me pare però che un primo momento di attenzione possa essere dedicato al tema dell'*informazione*, oggi certamente uno dei temi fondamentali anche sotto il profilo della responsabilità professionale: basti ricordare che un "consenso" è valido solo se c'è un'adeguata informazione. Questo anzi è il punto focale in cui si gioca la credibilità dei rapporti di tutti gli operatori della salute. L'informazione diventa parte fondamentale nel rapporto con il paziente che trova dimensioni, momenti e spazi diversi a seconda di chi gli si affianca professionalmente.

L'art. 4.2 del codice dell'infermiere precisa che "*l'infermiere ascolta*": mi pare una indicazione importante perché fare informazione non significa solo dire qualcosa a qualcuno ma in primo luogo ascoltare. L'articolo prosegue dicendo che l'infermiere "informa": è cioè coinvolto in prima persona nei confronti del paziente, al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire al paziente stesso di esprimere le proprie scelte: le proprie scelte, cioè il proprio "consenso". L'art. 4.4 così si esprime: "*L'infermiere ha il dovere di essere informato sul processo diagnostico-terapeutico*" e l'art. 4.5 precisa che "*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". Molte volte l'infermiere - lo dico anche per esperienza personale - può comprendere dimensioni, aspetti esistenziali che il medico, solitamente più frettoloso, non riesce a cogliere o non riesce adeguatamente a comprendere. Questo avviene anche per la presenza più continuativa che l'infermiere ha con il paziente.

L'informazione non può essere intesa solo come momento finalizzato a ottenere il consenso all'atto medico. Opportunamente, dunque, il codice dell'infermiere precisa che la persona ha il diritto di disporre di "*informazioni globali*".

Infine il codice afferma il diritto del paziente di poter scegliere di non essere informato. Un tale atteggiamento deve tuttavia farci riflettere perché è giusto interrogarci sui motivi che possono indurre il paziente ad avanzare una tale richiesta. Non raramente essa è espressione di esperienze negative avute in passato o dal timore di poter ricevere, con l'informazione, notizie che potrebbero turbarlo. La capacità di percezione di questi timori più facilmente può essere propria della sensibilità dell'infermiere, che avvicina il malato in momenti più "ordinari", al di fuori della "ufficialità" della visita medica.

Contribuire ad assicurare al paziente una più serena comprensione dei problemi che riguardano la sua salute e una più libera capacità di autodeterminazione costituisce apporto fondamentale dell'infermiere per la miglior riuscita degli interventi diagnostici e terapeutici e, al tempo stesso, peculiare contributo a questa nuova e comune prospettiva deontologica.