

Comprende versione
ebook



L. White • G. Duncan • W. Baumle

Fondamenti di Infermieristica

Principi generali dell'assistenza infermieristica

II edizione

Volume Primo



Accedi ai contenuti digitali

Espandi le tue risorse
un libro che **non pesa**
e si **adatta** alle dimensioni
del **tuoi lettore!**



Utilizza il codice personale contenuto nel riquadro per registrarti al sito **edisesuniversita.it** e accedere ai contenuti digitali.

Scopri il tuo **codice personale** grattando delicatamente la superficie

Il volume NON può essere venduto, né restituito, se il codice personale risulta visibile.
L'accesso ai contenuti digitali sarà consentito **per 18 mesi**.

Per attivare i **servizi riservati**, collegati al sito **edisesuniversita.it** e segui queste semplici istruzioni

Se sei registrato al sito

- clicca su *Accedi al materiale didattico*
- inserisci email e password
- inserisci le ultime 4 cifre del codice ISBN, riportato in basso a destra sul retro di copertina
- inserisci il tuo **codice personale** per essere reindirizzato automaticamente all'area riservata

Se non sei già registrato al sito

- clicca su *Accedi al materiale didattico*
- registrati al sito o autenticati tramite facebook
- attendi l'email di conferma per perfezionare la registrazione
- torna sul sito **edisesuniversita.it** e segui la procedura già descritta per *utenti registrati*



I contenuti digitali sono accessibili dalla propria **area riservata** secondo la procedura indicata nel frontespizio.

Dalla sezione **materiali e servizi** della tua area riservata potrai accedere all'**Ebook**, ovvero la versione digitale del testo in formato epub, standard dinamico che organizza il flusso di testo in base al dispositivo sul quale viene visualizzato. Fruibile mediante l'applicazione gratuita Bookshelf, consente una visualizzazione ottimale su lettori e-reader, tablet, smartphone, iphone, desktop, Android, Apple e Kindle Fire.

L'accesso ai contenuti digitali sarà consentito per **18 mesi**.

Fondamenti di Infermieristica

Seconda edizione

Volume I

Principi generali dell'assistenza infermieristica

Lois White, RN, PhD

Former Chairperson and Professor, Department of Vocational Nurse Education, Del Mar College, Corpus Christi, Texas

Gena Duncan, RN, MSEd, MSN

Former Associate Professor of Nursing, Ivy Tech Community College, Fort Wayne, Indiana

Wendy Baumle, RN, MSN

James A. Rhodes State College, School of Nursing, Lima, Ohio

Titolo originale:

L. White, G. Duncan, W. Baumle

Foundations of Nursing - *III Edition*

Copyright © 2011, Delmar Cengage Learning

Fondamenti di Infermieristica - Volume I - *II Edizione*

Copyright © 2013, EdiSES Università S.r.l. - Napoli

9 8 7 6 5 4 3 2 1
2024 2023 2022 2021 2020

Le cifre sulla destra indicano il numero e l'anno dell'ultima ristampa effettuata.

A norma di legge è vietata la riproduzione, anche parziale, del presente volume o di parte di esso con qualsiasi mezzo.

L'Editore

L'Editore ha effettuato quanto in suo potere per richiedere il permesso di riproduzione del materiale di cui non è titolare del copyright e resta comunque a disposizione di tutti gli eventuali aventi diritto

Fotocomposizione:

EdiSES Università S.r.l. - Napoli

Stampato presso la

Petruzzi S.r.l. - Via Venturelli 7/B - 06012 Città di Castello (PG)

per conto della

EdiSES Università S.r.l. - Piazza Dante Alighieri, 89 - Napoli

CURATORI

Edizione italiana a cura di:

MARIA AMATO – Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

GIOVANNA ARTIOLI – Università degli Studi di Parma

PIERLUIGI BADON – Università degli Studi di Padova

PIERA BERGOMI – Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia

FRANCESCO CASILE – Università degli Studi di Torino

MASSIMILIANO CHIARINI – Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

GIANCARLO CICOLINI – Università degli Studi “G. D’Annunzio” di Chieti-Pescara

ALESSANDRO DELLI POGGI – Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

VINCENZO GARGANO – IPASVI Palermo

GUGLIELMO FRANCESCO GUERRIERO – Università Cattolica del Sacro Cuore di Brescia

LORETO LANCIA – Università degli Studi dell’Aquila

FRANCESCO LUCA – Università degli Studi di Palermo

SILVIA MARCADELLI – ASM Matera

ELISABETTA PALMA – Università degli Studi “G. D’Annunzio” di Chieti-Pescara

RITA PAPETTI – Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

MAURO PETRANGELI – Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”

VINCENZO PILONE – Università degli Studi di Salerno

ADOLFO STELLATO – Università degli Studi di Salerno

BARBARA SUARDI – Università degli Studi del Piemonte Orientale “Amedeo Avogadro”

MILENA VESPIGNANI – Università degli Studi di Ferrara

CARLA ZENOBI – Università degli Studi di Roma “La Sapienza”

Coordinatore:

LOREDANA GAMBERONI – Università degli Studi di Ferrara

AUTORI

LOIS ELAIN WACKER WHITE si è diplomata in Infermieristica alla Memorial Hospital School of Nursing, Springfield, Illinois; si è laureata in Scienze al Del Mar College, Corpus Christi, Texas; ha conseguito un bachelor di Scienze in Infermieristica alla Texas A & I University – Corpus Christi, Texas; ha conseguito un master di Scienze in Formazione alla Corpus Christi State University, Corpus Christi, Texas; ha conseguito un dottorato in Formazione all'Università del Texas, Austin, Texas.

La Dott.ssa White ha insegnato al Del Mar College, Corpus Christi, Texas, nel corso di laurea in Infermieristica. Per 14 anni è stata Direttrice del Department of Vocational Nurse Education. Ha insegnato fondamenti di infermieristica, salute mentale e malattie mentali, nursing medico-chirurgico e nursing materno-pediatrico. La sua carriera professionale include anche 15 anni di pratica clinica.

La Dott.ssa White ha fatto parte del Nursing Education Advisory Committee del Board of Nurse Examiners per lo Stato del Texas e del Board of Vocational Nurse Examiners, che hanno sviluppato le competenze attese per i laureati in Infermieristica.

GENA DUNCAN ha lavorato come caposala per 36 anni in ambito clinico, sanitario comunitario e formativo. Questo l'ha dotata di un'ampia gamma di esperienze infermieristiche e di una varietà di tecniche per soddisfare le esigenze formative degli studenti di oggi.

Durante la sua carriera professionale, la Dott.ssa Duncan ha lavorato come infermiera di staff, assistente del caposala in un reparto medico-chirurgico,

formatrice, professoressa associata e direttrice di un corso di laurea in Infermieristica. Come membro di facoltà, ha insegnato in numerosi corsi di Infermieristica.

La sua tesi di master si intitola "An Investigation of Learning Styles of Practical and Baccalaureate Students". I risultati dello studio sono stati pubblicati sul Journal of Nursing Education. È coautrice di due libri di testo, uno di stampo medico-chirurgico e l'altro per gli esami di avanzamento degli studenti infermieri. È stata un membro attivo della Sigma Theta Tau.

WENDY BAUMLE è attualmente formatrice in nursing al James A. Rhodes State College in Ohio. Ha lavorato per 19 anni come clinica, formatrice, coordinatrice sanitaria del distretto scolastico e accademica. Ha insegnato fondamenti di infermieristica, nursing medico-chirurgico, pediatria, ostetricia, farmacologia, anatomia e fisiologia ed etica nell'assistenza sanitaria nei corsi di laurea in Infermieristica. Precedentemente ha insegnato al Lutheran College, Fort Wayne, Indiana, al Northwest State Community College, Archbold, Ohio, e al James A. Rhodes State College a Lima, Ohio. Ha conseguito un bachelor di Scienze in Infermieristica all'Università di Toledo, Toledo, Ohio, e il master in Infermieristica al Medical College of Ohio, Toledo, Ohio. È membro di diverse organizzazioni infermieristiche professionali, tra cui la Sigma Theta Tau, la American Nurses Association, la National League for Nursing e la Ohio Nurses Association.

PIANO DELL'OPERA

VOLUME I

PRINCIPI GENERALI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

SEZIONE I

Assistenza infermieristica di base

Unità 1 CONCETTI ESSENZIALI

- 1 Qualità necessarie per la buona riuscita negli studi infermieristici
- 2 Assistenza infermieristica olistica
- 3 Storia, formazione e organizzazioni infermieristiche
- 4 Responsabilità legali ed etiche

Unità 2 L'AMBIENTE DELL'ASSISTENZA SANITARIA

- 5 Storia, evoluzione e organizzazione del Servizio Sanitario Nazionale
- 6 Scenari assistenziali

Unità 3 COMUNICAZIONE

- 7 Comunicazione e relazione
- 8 Insegnamento al paziente
- 9 Processo di nursing / Documentazione / Informatica

Unità 4 PROBLEMATICHE DELLO SVILUPPO E PSICO-SOCIALI

- 10 Ciclo della vita
- 11 Considerazioni culturali
- 12 Stress, adattamento e ansia
- 13 Assistenza di fine vita

Unità 5 PROMOZIONE DELLA SALUTE

- 14 Concetto di benessere
- 15 Concetto di sé
- 16 Spiritualità
- 17 Terapie complementari/alternative
- 18 Nutrizione di base
- 19 Riposo e sonno
- 20 Sicurezza / Igiene

Unità 6 CONTROLLO DELLE INFESZIONI

- 21 Controllo delle infezioni / Asepsi
- 22 Precauzioni standard ed isolamento
- 23 Bioterrorismo

Unità 7 FONDAMENTI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

- 24 Bilancio dei liquidi e degli elettroliti ed equilibrio acido-base
- 25 Somministrazione dei farmaci e tecniche endovenose
- 26 Accertamento
- 27 Trattamento del dolore
- 28 Esami diagnostici

Unità 8 PROCEDURE INFERMIERISTICHE

- 29 Procedure di base
- 30 Procedure intermedie
- 31 Procedure avanzate

**VOLUME II
INFERNIERISTICA MEDICO-CHIRURGICA,
MATERNO-INFANTILE E PEDIATRICA****SEZIONE II****Assistenza infermieristica per la salute
dell'adulto****Unità 9 CONCETTI ESSENZIALI**

- 32 Anestesia
- 33 Chirurgia
- 34 Oncologia

**Unità 10 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:
OSSIGENAZIONE E PERFUSIONE**

- 35 Apparato respiratorio
- 36 Apparato cardiovascolare
- 37 Sistemi ematologico e linfatico

**Unità 11 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:
DIGESTIONE ED ELIMINAZIONE**

- 38 Apparato digerente
- 39 Apparato urinario

**Unità 12 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:
MOBILITÀ, COORDINAZIONE E
REGOLAZIONE**

- 40 Apparato muscolo-scheletrico
- 41 Sistema nervoso
- 42 Sistema sensoriale
- 43 Sistema endocrino

**Unità 13 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:
FUNZIONE RIPRODUTTIVA
E SESSUALE**

- 44 Apparato riproduttivo
- 45 Malattie a trasmissione sessuale

Unità 14 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:**DIFESE CORPOREE**

- 46 Apparato tegumentario
- 47 Sistema immunitario

**Unità 15 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:
INTEGRITÀ FISICA E MENTALE**

- 48 Malattie mentali
- 49 Abuso di sostanze

**Unità 16 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:
L'ANZIANO**

- 50 L'anziano

Unità 17 APPLICAZIONI

- 51 Emergenze
- 52 Integrazione

SEZIONE III**Assistenza infermieristica materna e
pediatrica****Unità 18 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:
OSTETRICIA**

- 53 Assistenza prenatale
- 54 Complicanze della gravidanza
- 55 Processo di nascita
- 56 Assistenza post-partum
- 57 Assistenza neonatale

**Unità 19 ASSISTENZA INFERNIERISTICA:
PEDIATRIA**

- 58 Fondamenti dell'assistenza pediatrica
- 59 Bambini con bisogni speciali: dalla nascita ai 12 mesi
- 60 Problemi comuni: da 1 a 18 anni

INDICE GENERALE

Prefazione / XXV
Come usare il testo / XXIX

Sezione I Assistenza infermieristica di base / 1

UNITÀ 1

Concetti essenziali / 1

CAPITOLO 1: QUALITÀ NECESSARIE PER LA BUONA RIUSCITA NEGLI STUDI INFERMIERISTICI / 2

| | |
|--|---|
| Introduzione | 3 |
| Apprendimento | 3 |
| Sviluppare un atteggiamento positivo | 3 |
| Creare un'immagine positiva di se stessi | 3 |
| Riconoscere le proprie abilità | 4 |
| Nutrire aspettative realistiche | 4 |
| Sviluppare le capacità di base..... | 5 |
| Leggere | 5 |
| Aritmetica e matematica | 6 |
| Scrivere | 6 |
| Ascoltare | 6 |
| Parlare | 7 |
| Sviluppare un proprio stile di apprendimento | 7 |
| Classificazione degli stili di apprendimento | 8 |
| Strategie di apprendimento | 9 |
| Sviluppare un piano di gestione del tempo | 9 |

| | |
|---|-----------|
| Analisi degli impegni rispetto al proprio tempo | 10 |
| Conoscenza di se stessi | 10 |
| Definizione dei propri obiettivi | 11 |
| Definizione delle priorità | 11 |
| Autodisciplina | 12 |
| Sviluppare una strategia di studio | 12 |
| Curare l'ambiente di studio | 12 |
| Rendere accessibile il materiale | 12 |
| Ridurre al minimo le interruzioni | 13 |
| Utilizzare al meglio il libro di testo | 13 |
| Elaborare un piano di studio | 13 |
| Prendere appunti | 14 |
| Preparare gli esami | 15 |
| Pre-esami | 15 |
| Apprendere dagli errori | 15 |
| Comunicare con docenti e tutor | 16 |
| Riflettere in modo critico | 16 |
| Capacità di pensiero critico | 16 |
| <i>Lettura critica</i> | 16 |
| <i>Ascolto critico</i> | 16 |
| <i>Eloquio critico</i> | 16 |
| <i>Scrittura critica</i> | 17 |
| Gli standard del pensiero critico | 17 |
| <i>Chiarezza</i> | 17 |
| <i>Accuratezza</i> | 17 |
| <i>Precisione</i> | 18 |
| <i>Pertinenza</i> | 18 |
| <i>Coerenza</i> | 18 |
| <i>Logica</i> | 18 |
| <i>Profondità</i> | 18 |
| <i>Aampiezza</i> | 18 |
| <i>Equità</i> | 18 |
| Ragionamento e problem-solving | 18 |
| <i>Scopo</i> | 18 |
| <i>Quesito in discussione</i> | 18 |

| | |
|--|----|
| Assunti | 19 |
| Punto di vista | 19 |
| Dati e informazioni | 19 |
| Concetti | 19 |
| Deduzioni e conclusioni | 19 |
| Implicazioni e conseguenze | 19 |
| Caratteristiche del pensatore critico | 19 |
| Riflessione critica e processo di nursing | 20 |
| Sviluppare le abilità per fare i test di verifica | 21 |
| Atteggiamento e aspettative | 21 |
| Preparazione | 21 |
| Controllo dell'ansia | 22 |
| Migliorare le abilità per fare i test di verifica | 22 |
| <i>Leggere attentamente</i> | 22 |
| <i>Conoscere la terminologia</i> | 24 |
| <i>Non dedurre dati aggiuntivi</i> | 24 |
| <i>Stabilire correttamente le priorità</i> | 24 |
| <i>Conoscere l'argomento</i> | 24 |
| <i>Accettare la prima risposta</i> | 24 |
| Comportamento in aula durante la verifica | 24 |
| Il programma è quasi completato | 25 |
| Ambito di pratica/competenza | 25 |
| Delega | 25 |
| Stabilire priorità nell'assistenza infermieristica | 26 |
| Staff infermieristico | 27 |
| Da studente a professionista | 28 |
| Iscrizione al Collegio professionale | 28 |

CAPITOLO 2: ASSISTENZA INFERMIERISTICA OLISTICA / 32

| | |
|---|-----------|
| Introduzione | 33 |
| Concetti di salute correlati..... | 33 |
| Assistenza olistica | 33 |
| Assistenza globale alla persona..... | 34 |
| Benessere..... | 34 |
| La gerarchia dei bisogni di Maslow | 34 |
| <i>Bisogni fisiologici</i> | 34 |
| <i>Bisogni di sicurezza e protezione</i> | 35 |
| <i>Bisogni di amore e di appartenenza</i> | 35 |
| <i>Bisogni di autostima</i> | 35 |
| <i>Bisogni di realizzazione di sé</i> | 35 |
| Fornire assistenza di qualità | 35 |
| Consapevolezza di sé | 35 |
| Sviluppo del concetto di sé | 35 |
| L'autocura come prerequisito per la cura del paziente..... | 36 |
| Benessere fisico | 36 |
| <i>Cura del corpo</i> | 36 |
| <i>Meccanica corporea</i> | 37 |
| <i>Postura</i> | 37 |
| <i>Fumo</i> | 37 |
| <i>Farmaci e alcool</i> | 37 |
| <i>Alimentazione</i> | 37 |
| <i>Sonno, riposo, relax ed esercizio fisico</i> | 38 |
| Benessere intellettuale | 38 |

| | |
|---------------------------------|-----------|
| Benessere socio-culturale | 39 |
| Benessere psicologico | 39 |
| Benessere spirituale..... | 39 |
| Avere cura di sé | 40 |
| Caso clinico | 41 |

CAPITOLO 3: STORIA, FORMAZIONE E ORGANIZZAZIONI INFERMIERISTICHE / 44

| | |
|---|-----------|
| Introduzione | 45 |
| Panorama storico | 45 |
| Evoluzione del nursing | 45 |
| <i>L'assistenza nelle civiltà primitive</i> | 45 |
| <i>L'assistenza nella Grecia antica</i> | 48 |
| <i>L'assistenza con l'avvento del Cristianesimo</i> | 48 |
| <i>L'assistenza ai tempi dell'Impero Romano</i> | 48 |
| <i>L'assistenza nel Medioevo</i> | 48 |
| <i>L'assistenza nel Rinascimento</i> | 48 |
| <i>L'assistenza ai tempi della Rivoluzione Industriale</i> | 49 |
| Influenze religiose | 49 |
| Florence Nightingale | 50 |
| Diversi contributi delle teorie infermieristiche | 51 |
| <i>Concetti fondamentali e paradigma del nursing</i> | 51 |
| La nascita di un corpus professionale e di un pensiero disciplinare | 52 |
| Associazioni e organi di tutela dei professionisti 53 | |
| Federazione nazionale collegi IPASVI | 53 |
| I movimenti associativi e le organizzazioni professionali | 54 |
| Caso studio | 54 |

CAPITOLO 4: RESPONSABILITÀ LEGALI ED ETICHE / 57

| | |
|---|-----------|
| Introduzione | 58 |
| Elementi sostanziali di diritto | 58 |
| Elementi di legislazione sanitaria | 58 |
| Aspetti giuridici della professione infermieristica | 59 |
| Responsabilità dell'infermiere | 59 |
| <i>Responsabilità penale</i> | 59 |
| <i>Responsabilità civile</i> | 61 |
| <i>Responsabilità disciplinare</i> | 61 |
| Documentazione in ambito infermieristico | 62 |
| Consenso informato | 62 |
| Privacy in sanità | 63 |
| Risk management in sanità | 63 |
| Direttive anticipate | 64 |
| Bioetica | 65 |
| Modello utilitarista | 65 |
| <i>Contrattualismo</i> | 65 |
| <i>Principalismo</i> | 66 |
| Codici di etica professionale | 66 |
| Principi etici | 66 |
| Autonomia | 66 |

PREFAZIONE

Fondamenti di Infermieristica, II edizione, tratta i sei ambiti fondamentali della professione infermieristica (fondamenti; medico-chirurgico/salute dell'adulto; materno-neonatale; pediatrico; salute mentale; leadership). È posta una forte enfasi su fasi di sviluppo della persona, esigenze dell'anziano e adattamenti professionali. I capitoli su bioterrorismo, spiritualità e concetto di sé aiutano lo studente a conoscere le questioni infermieristiche attuali. Essendo trattati tutti gli aspetti del curriculum infermieristico, lo studente può rendersi conto di come gli argomenti relativi alle diverse aree siano correlati. Lo studente, inoltre, troverà utile questo testo anche per il vantaggio di avere tutte le informazioni racchiuse in un unico libro in due volumi.

Benché sia utilizzato un approccio di trattazione per apparti corporei, in questo testo risulta fondamentale il concetto dell'assistenza olistica. In tutto il libro sono presenti inserti quali riflessioni critiche, trucchi mnemonici, considerazioni relative all'età, suggerimenti per il paziente, considerazioni culturali, suggerimenti professionali, assistenza in comunità/a domicilio, sicurezza e controllo delle infezioni.

Ogni capitolo di ambito medico-chirurgico comincia con dei cenni di anatomia e fisiologia. Sono presentati, inoltre, fondamenti di farmacologia, somministrazione dei farmaci ed esami diagnostici. Il concetto della riflessione critica, presentato nel primo capitolo, getta le basi per l'intero processo di nursing, che viene presentato in grande dettaglio e include le diagnosi NANDA e i riferimenti NIC/NOC. Allo studente è data l'opportunità di dimostrare la propria conoscenza e di sviluppare tecniche di pensiero critico rispondendo ai quesiti dei Casi clinici inclusi in molti dei capitoli. Le Mappe concettuali e le Mappe concettuali di assistenza stimolano lo studente a metabolizzare l'interrelazione tra i concetti di infermieristica in preparazione alla pratica clinica. Lo studente ha l'opportunità di verificare le proprie conoscenze e le riflessioni critiche sui concetti essenziali del nursing rispondendo alle Domande di verifica presenti alla fine di ogni capitolo.

Le strutture assistenziali sono in continua evoluzione e multisfaccettate, per cui il pensiero critico e la capacità di giudizio dell'infermiere sono essenziali nell'ambiente dell'as-

sistenza sanitaria. Gli studenti in Infermieristica devono confrontarsi e adattarsi ai continui cambiamenti relativi a tecnologia, informatica e risorse attraverso la costruzione di solide basi di informazioni essenziali e accurate. Una solida base di conoscenza consente agli infermieri anche di soddisfare le esigenze dei pazienti in continuo cambiamento. Questo testo è stato scritto con l'intento di fornire agli studenti in Infermieristica conoscenze attuali, capacità di problem-solving basilari e abilità di pensiero critico per poter superare l'esame e saper affrontare le sfide dell'assistenza sanitaria attuale.

ORGANIZZAZIONE

Fondamenti di Infermieristica, II edizione, è suddiviso in due volumi e consta di 61 capitoli, raggruppati in tre sezioni: Assistenza infermieristica di base, Assistenza infermieristica per la salute dell'adulto e Assistenza infermieristica materna e pediatrica. Le tre sezioni racchiudono 20 unità.

ASSISTENZA INFERMIERISTICA DI BASE

- **Unità 1: CONCETTI ESSENZIALI** — tratta le qualità necessarie per la buona riuscita negli studi infermieristici (inclusi pensiero critico, gestione del tempo, metodi di studio e organizzazione delle attività della vita quotidiana); l'assistenza infermieristica olistica; la storia, la formazione e le organizzazioni infermieristiche; le responsabilità legali ed etiche.
- **Unità 2: L'AMBIENTE DELL'ASSISTENZA SANITARIA** — descrive l'organizzazione del servizio sanitario nazionale e gli scenari assistenziali, focalizzando l'attenzione sulle varie strutture assistenziali in cui operano gli infermieri.
- **Unità 3: COMUNICAZIONE** — tratta la comunicazione e la relazione, il modo in cui la comunicazione

è utilizzata nella relazione tra infermiere e paziente, le differenze generazionali e gli aspetti tecnici e legali della documentazione infermieristica. Ciascuna componente del processo di nursing è spiegata in modo chiaro e conciso. In tutti i capitoli sono inclusi riferimenti alle cartelle cliniche elettroniche e alla tecnologia informatica. L'insegnamento al paziente è presentato come uno dei principali interventi infermieristici per i pazienti di tutte le fasce di età.

- **Unità 4: PROBLEMATICHE DELLO SVILUPPO E PSICO-SOCIALI** — descrive i cambiamenti associati alla crescita e allo sviluppo in relazione a tutte le fasce di età; gli aspetti e le considerazioni culturali; lo stress, l'adattamento e l'ansia; il lutto e l'assistenza di fine vita.
- **Unità 5: PROMOZIONE DELLA SALUTE** — tratta il concetto di sé, la spiritualità e le terapie complementari/alternative. Il concetto di benessere, la nutrizione di base, il riposo e il sonno, la sicurezza e l'igiene sono presentati come metodi di promozione della salute.
- **Unità 6: CONTROLLO DELLE INFEZIONI** — presenta la catena delle infezioni, descrive i vari tipi di microrganismi patogeni, presenta i concetti di asepsi e tecniche aseetiche insieme alle Precauzioni standard e alle misure di isolamento, discute le questioni relative al bioterrorismo.
- **Unità 7: FONDAMENTI DELL'ASSISTENZA INFERNIERISTICA** — discute il bilancio dei liquidi e degli elettroliti e l'equilibrio acido-base. La somministrazione dei farmaci e le tecniche endovenose sono presentate attraverso lo schema del processo di nursing. Sono anche inclusi considerazioni legali, dosi equivalenti e calcolo dei dosaggi. L'accertamento è trattato in grande dettaglio, includendo l'accertamento fisico completo, l'anamnesi infermieristica e l'accertamento funzionale. Il trattamento del dolore è trattato in modo approfondito, con l'analisi di cause, trasmissione e percezione, metodi di accertamento e interventi infermieristici per il sollievo dal dolore. L'assistenza infermieristica per i pazienti sottoposti a esami diagnostici è anch'essa trattata in modo approfondito. Gli esami diagnostici più comunemente prescritti sono presentati in tabelle che riportano i risultati nella norma e le considerazioni infermieristiche.
- **Unità 8: PROCEDURE INFERNIERISTICHE** — le procedure di base, intermedie e avanzate seguono lo schema del processo di nursing e sono presentate in forma step-by-step. Per ciascun passaggio è fornita una motivazione scientifica e sono presenti figure che chiariscono i vari passaggi delle procedure.

ASSISTENZA INFERNIERISTICA PER LA SALUTE DELL'ADULTO

- **Unità 9: CONCETTI ESSENZIALI** — discute i vari tipi di anestesia e l'assistenza infermieristica richiesta per ciascuno di essi. Il capitolo sulla chirurgia descrive l'assistenza perioperatoria ai pazienti. Il capitolo sull'oncologia tratta i vari tipi di cancro, i trattamenti comuni e l'assistenza infermieristica richiesta.

I capitoli nelle Unità 10-14 includono un paragrafo di cenni di anatomia e fisiologia e una presentazione di ciascun disturbo, che include aspetti quali il trattamento medico-chirurgico, la gestione infermieristica, la terapia farmacologica, la dieta e l'attività fisica. Il processo di nursing identifica i dati soggettivi e

obiettivi, con domande da porre per l'anamnesi, le possibili diagnosi infermieristiche, i risultati attesi, gli interventi infermieristici e la valutazione. In ciascun capitolo di queste unità è presente un esempio di piano di assistenza infermieristico. Inoltre, sono stati aggiunti nuovi casi clinici.

- **Unità 10: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: OSSIGENAZIONE E PERFUSIONE** — include l'apparato respiratorio, l'apparato cardiovascolare, i sistemi ematologico e linfatico.
- **Unità 11: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: DIGESTIONE ED ELIMINAZIONE** — discute l'apparato digerente e l'apparato urinario.
- **Unità 12: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: MOBILITÀ, COORDINAZIONE E REGOLAZIONE** — tratta l'apparato muscolo-scheletrico, il sistema nervoso, il sistema sensoriale e il sistema endocrino.
- **Unità 13: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: FUNZIONE RIPRODUTTIVA E SESSUALE** — include l'apparato riproduttivo maschile e femminile e le infezioni a trasmissione sessuale.
- **Unità 14: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: DIFESA CORPOREE** — discute l'apparato tegumentario e il sistema immunitario.
- **Unità 15: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: INTEGRITÀ FISICA E MENTALE** — tratta l'abuso di sostanze e l'assistenza ai pazienti con malattie mentali comuni. Il capitolo sull'abuso di sostanze descrive le sostanze di cui si fa comunemente abuso, i segni e i sintomi dell'abuso e i trattamenti disponibili.
- **Unità 16: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: L'ANZIANO** — spiega l'assistenza infermieristica al paziente anziano. Sono presentati i cambiamenti fisiologici associati all'invecchiamento a carico di ciascun apparato corporeo.
- **Unità 17: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: IL SISTEMA SANITARIO SUL TERRITORIO** — definisce il ruolo dell'infermiere nell'assistenza motoria, riabilitativa e palliativa sul territorio. Discute gli accertamenti e gli interventi infermieristici appropriati in ciascuna struttura assistenziale.
- **Unità 18: APPLICAZIONI** — descrive il modo in cui le conoscenze infermieristiche vengono applicate nelle emergenze. Sono fornite informazioni specifiche sulle emergenze più comuni. Una serie di scenari che descrivono pazienti con problemi multisistemici aiuta gli studenti a comprendere l'integrazione tra gli apparati corporei.

ASSISTENZA INFERNIERISTICA MATERNA E PEDIATRICA

- **Unità 19: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: OSTEOTRICIA** — tratta l'educazione pre-concepcimento, l'assistenza prenatale, lo sviluppo fetale, le complicanze della gravidanza, il processo di nascita, l'assistenza post-partum e la cura del neonato.
- **Unità 20: ASSISTENZA INFERNIERISTICA: PEDIATRIA** — presenta i fondamenti dell'assistenza pediatrica. Due capitoli di questa unità, *Bambini con esigenze specifiche: dalla nascita a 12 mesi* e *Problemi comuni: da 1 a 18 anni*, trattano le situazioni più importanti relative all'assistenza pediatrica.

COME USARE QUESTO TESTO

Questo testo contiene numerosi riquadri che guidano e aiutano il lettore a comprendere e ad assimilare i diversi argomenti. Di seguito sono riportate utili indicazioni su come utilizzare tali riquadri allo scopo di accrescere il grado di comprensione e di padronanza dei contenuti.

RIFERIMENTI

Prima di iniziare un nuovo capitolo, leggete questo riquadro, che vi permetterà di fare collegamenti tra gli argomenti che state per affrontare e quelli presenti in altri capitoli.

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Cercate di capire quali siano gli obiettivi del capitolo prima di leggerne il contenuto, in modo da prepararvi al meglio alla fase successiva dell'apprendimento. Riguardate le voci contenute in questo riquadro mentre vi preparate per l'esame, così capirete se siete pronti per affrontarlo.

PAROLE CHIAVE

Leggete questo elenco prima di iniziare il capitolo, allo scopo di familiarizzare con i nuovi termini e di ripassare quelli che avete già incontrato, di modo che sarete in grado di fare gli opportuni collegamenti con gli argomenti del nuovo capitolo.

RIFLESSIONE CRITICA

Leggete questi riquadri dopo aver studiato l'intero capitolo, per verificare il vostro grado di conoscenza e di comprensione dei concetti esposti.

CAPITOLO 4

Responsabilità legali ed etiche

RIFERIMENTI

Per completare l'apprendimento su responsabilità legali ed etiche, rivedere anche i seguenti capitoli:

Assistenza infermieristica di base

- Qualità necessarie per la buona riuscita negli studi infermieristici*
- Processo di nursing/Documentazione/ Informatica*

• Considerazioni culturali

- Assistenza di fine vita*
- Sicurezza/Igiene*

OBIETTIVI DI APPRENDIMENTO

Dopo aver studiato questo capitolo dovreste essere in grado di:

- Definire le parole chiave.
- Descrivere le basi del diritto sanitario e l'evoluzione legislativa, etica deontologica e professionale della professione infermieristica.
- Evidenziare le tappe principali che hanno permesso negli ultimi decenni l'espandersi della responsabilità infermieristica e la conferma dell'infermiere al centro del percorso di cura del paziente.
- Discutere l'importanza di conoscere le proprie responsabilità professionali e dell'uso ormai consolidato di strumenti operativi che sono rilevanti per tutelare il professionista e che garantiscono la sicurezza del paziente.
- Spiegare l'istituto del consenso informato, analizzando anche le problematiche relative alle direttive anticipate e alla privacy in sanità.
- Descrivere la bioetica quale nuova disciplina con argomenti e metodi in continua evoluzione e interpretata come la naturale continuità della storia dell'etica medica risalente a Ippocrate.
- Discutere il Codice Deontologico dell'Infermiere, analizzando i concetti di bioetica relativi alla clausola di coscienza, al consenso informato e ai temi di fine vita.

PAROLE CHIAVE

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| allocazione delle risorse | efficacia | principi etici |
| bioetica | eutanasia | principio della non retroattività della legge |
| carta dei servizi | evento | principio di autonomia |
| cartella infermieristica | imperizia | principio di beneficenza |
| clausola di coscienza | imprudenza | principio di non maleficenza |
| codice deontologico | interpretazione della norma giuridica | privacy in sanità |
| colpa | legislazione sanitaria | profilo professionale |
| condotta | metodo di verifica e revisione della qualità | responsabilità civile |
| consenso informato | modello utilitarista | responsabilità disciplinare |
| contenzione | negligenza | responsabilità penale |
| contrattualismo | nesso di causalità | rifiuto al trattamento |
| dilemmi etici | preterintenzione | risk management |
| direttive anticipate | principalismo | testamento biologico |
| documentazione infermieristica | principi di giustizia | |
| dolo | | |

INTRODUZIONE

L'uomo è un essere socievole che per natura sente la necessità di vivere con i suoi simili, ma perché la convivenza sia pacifica è necessaria l'esistenza di *norme morali, religiose, di buona educazione* che stabiliscano quali azioni siano permesse e quali vietate.

Tra le norme sociali acquista particolare importanza il complesso di *norme giuridiche* – detto *diritto* – imposto dallo Stato ai propri cittadini, il cui contenuto vuole guidare l'attività *giuridica* dei medesimi entro la sfera della norma che li protegge.

ELEMENTI SOSTANZIALI DI DIRITTO

L'ordinamento statale interagisce con altri ordinamenti, dai quali è condizionato e che condiziona a sua volta. È possibile classificare gerarchicamente le fonti del diritto come segue:

- *Costituzione (Cost.)*: legge fondamentale dello Stato, definibile come “la legge delle leggi”, nel senso che tutte le norme di rango inferiore traggono da essa forza e legittimazione e, al tempo stesso, devono uniformarsi ad esse
- *Regolamento comunitario*: atto di portata generale, obbligatorio in tutti i suoi elementi, che si qualifica per il fatto di essere direttamente applicabile in tutti gli Stati membri senza che sia necessaria una legge nazionale per la sua attuazione
- *Leggi ordinarie (L.)*: leggi approvate dal Parlamento in seguito a un procedimento disciplinato nella carta costituzionale
- *Direttiva comunitaria (Direttiva CE)*: atto che vincola gli Stati membri in merito al risultato da raggiungere; a differenza del regolamento, l'attuazione della direttiva è lasciata allo Stato, che di regola vi provvede attraverso la legge nazionale
- *Decreti legge d'urgenza (D.L.)*: emanati dal Governo in casi straordinari di necessità e d'urgenza, hanno valore di legge, ma devono essere convertiti in legge dal Parlamento entro 60 giorni dalla loro pubblicazione
- *Decreti legislativi delegati (D. Lgs.)*: norme emanate dal potere esecutivo del Governo in forza di una legge di delega con la

quale il Parlamento autorizza il Governo a legiferare su una determinata materia, ad esempio i *Testi Unici*

- *Leggi regionali (L.R.)*: hanno valore nel territorio limitato e non devono essere in contrasto con fonti di rango superiore
- *Regolamenti*: integrano il contenuto di una legge e ne rendono possibile l'attuazione
- *Usi o consuetudini*: norme non scritte

L'**interpretazione della norma giuridica** è la ricerca del suo significato e della sua volontà per renderne possibile l'applicazione al singolo caso concreto. La nuova legge ha **efficacia** decorsi quindici giorni dalla sua pubblicazione – *vacatio legis* – e dispone solo per i rapporti sorti dopo la sua entrata in vigore (**principio della non retroattività della legge**).

ELEMENTI DI LEGISLAZIONE SANITARIA

Nel 1948 entrò in vigore la Costituzione Repubblicana, che all'art. 32 dispone: “la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizioni di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

L'art. 32 impegna lo Stato a promuovere ed adoperare precisi comportamenti finalizzati al mantenimento di uno stato di completo benessere psico-fisico della collettività.

Il Servizio Sanitario Nazionale (legge 833/1978) è di fatto definito come il complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento e al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione alcuna e secondo modalità che assicurino l'egualianza dei cittadini verso il servizio. Anche il Codice Deontologico degli Infermieri, capo I, stabilisce che “l'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività, riconoscendo la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività secondo principi di equità e giustizia ed attraverso attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione”.

Fermo restando i principi ispiratori della prima riforma ex legge n° 833/78 (generalità, globalità ed egualanza), una ulteriore revisione del S.S.N. (D. Lgs. n° 502/1992 e n°229 del 1999 e successive integrazioni e modificazioni) vede una profonda trasformazione con l'aziendalizzazione delle UU.SS.LL, dotando le nuove strutture di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale e basando la gestione delle risorse economiche, strumentali e umane su principi di efficienza, efficacia ed economicità.

Le aziende sanitarie sono così chiamate a garantire i livelli essenziali di assistenza (LEA) come definiti dal piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute espresso, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità della cura, della sua appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse disponibili. Altresì l'infermiere ha il compito di contribuire a orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario e di compensarne eventuali carenze o disservizi al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti come stabilito dal proprio codice deontologico. A tutela dei cittadini, invece, sono stati istituiti il **metodo di verifica e revisione della qualità** e la **carta dei servizi**.

ASPETTI GIURIDICI DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

L'infermiere, come indicato dal **"Profilo professionale"** D.M. 739/94, è giuridicamente il solo professionista responsabile dell'assistenza generale infermieristica (prevenzione, cura, riabilitazione) attraverso la pianificazione, la progettazione, l'attuazione e la valutazione del percorso assistenziale. Tali competenze sono fondate su un processo di nursing scientifico e sono applicate in autonomia dal professionista, dal quale si esige una preparazione basata su conoscenze e competenze sia metodologiche che cliniche (*Evidence Based Nursing*). Il profilo richiede all'infermiere la garanzia della corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, aumentando così il suo grado di responsabilità e dandogli la possibilità di decidere autonomamente la modalità di erogare la prescrizione medica in relazione a condizioni della persona a cui si sta applicando la prescrizione. L'infermiere ha, inoltre, il compito di partecipare all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività in una visione multidisciplinare e di poter attribuire attività alle figure di supporto (Operatori Socio-Sanitari), che operano sotto la supervisione infermieristica essendo l'infermiere il responsabile della pianificazione assistenziale.

Con la legge 42/99 si abolisce il mansionario, si cancella il termine ausiliario e si determina il campo proprio di attività e di responsabilità dell'infermiere attraverso tre *criteri guida*:

1. Profilo professionale
2. Formazione di base e post-base
3. Codice deontologico

e due *limiti*:

1. Competenze attribuite alla professione medica
2. Competenze attribuite alle professioni sanitarie

La responsabilità professionale si è ulteriormente consolidata con la legge 251/2000, che ha avvalorato il concetto di *autonomia dell'assistenza infermieristica per obiettivi* basata su pianificazione, gestione e valutazione da parte del solo infermiere e ha legittimato l'autonomia e la responsabilità anche sul piano dirigenziale e formativo. Questa indipendenza decisionale in campo assistenziale e organizzativo nei confronti delle altre figure sanitarie stabilisce specifiche competenze e responsabilità professionali proprie

dell'infermiere, supportate anche dal **Codice Deontologico dell'Infermiere**, deliberato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI nel 2009. Il nuovo codice deontologico definisce gli interventi dell'infermiere nei confronti dell'assistito come specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Infine, la legge 43/2006 conferma il ruolo fondamentale dei percorsi formativi universitari post-base per un'ulteriore idoneità nell'ambito di coordinamento, direzione e assistenza specialistica e valorizzando il ruolo del Collegio.

RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE

L'attuale normativa mostra la nascita di nuovi oneri: **clinico-assistenziale**, con la legge 42/1999; **gestionale-organizzativo**, con la legge 251/2000; **formativo**, con la legge 43/2006. La prestazione infermieristica è l'espressione di un accordo contrattuale tra infermiere e paziente, caratterizzato da criteri di tecnicità, discrezionalità e segretezza; a sua volta, la professionalità che riveste l'infermiere nel suo esercizio deve sottintendere la presenza di competenza, responsabilità e autonomia.

Il codice deontologico, infatti, afferma che l'infermiere assume la responsabilità in base al livello di competenza raggiunto e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di esperti e riconosce i limiti delle proprie conoscenze e competenze, declinando la responsabilità quando ritiene di non poter agire in sicurezza. Ha il diritto di chiedere formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza; si astiene dal ricorrere a sperimentazioni prive di guida che possano costituire rischio per la persona.

Da ciò deriva che l'infermiere, soggetto alla responsabilità professionale, può e deve essere chiamato a rispondere delle proprie azioni secondo le norme generali del diritto e deve esercitare secondo i principi di prudenza, perizia e diligenza. La *prudenza* è legata alla competenza e deriva dalla preparazione dell'infermiere, il quale deve essere capace di scegliere ciò che è bene per il paziente e i mezzi giusti per raggiungerlo; la *perizia* è la conoscenza e la capacità di fare; la *diligenza* è l'obbligo di informarsi, di agire con cautela e di conoscere e ammettere i propri limiti per evitare di causare danni al paziente.

L'osservanza di tali principi nelle cure infermieristiche rende, di norma, il professionista non responsabile se non si ottiene il risultato o non viene raggiunto nelle modalità previste (*obbligazione di mezzi*).

L'aderenza del professionista alle norme giuridiche e deontologiche lo rende soggetto a una responsabilità professionale suddivisa in responsabilità penale, civile e disciplinare.

Responsabilità penale

La **responsabilità penale** deriva dalla commissione di un *reato*, un comportamento umano omissivo o meno che infrange un comando o un divieto posto dalla legge penale, per il quale la norma giuridica stabilisce l'applicazione di una *pena*. Nell'illecito penale si differenziano il *soggetto attivo*, o *re*, che è l'autore del reato, e il *soggetto passivo*, che subisce il fatto. Il reato è composto da un *elemento oggettivo* e uno *soggettivo*.

Gli *elementi oggettivi* del reato sono:

- La **condotta**, che consiste in un'azione o in un'omissione che determina *reati commissivi* o *omissivi*
- L'**evento**, cioè la conseguenza della condotta
- Il **nesso di causalità**, cioè il rapporto necessario che deve intercorrere tra la condotta e l'evento, art. 40 c.p., senza il quale

nessuno può essere punito per un fatto previsto dalla legge come reato, se l'evento dannoso o pericoloso da cui dipende l'esistenza del reato non è conseguenza della sua azione od omissione.

È pertanto necessario che un comportamento del professionista sanitario sia da porsi in relazione con un ipotetico evento lesivo della salute della persona, cioè quando un diverso comportamento del soggetto avrebbe evitato il danno alla persona assistita (Tabella 4-1).

Gli elementi soggettivi del reato sono:

- Il **dolo**, che si distingue per la volontarietà della condotta offensiva e per la congettura di un evento dannoso in conseguenza di quella condotta. L'art. 43 del c.p. determina il *delitto doloso o intenzionale* quando l'evento dannoso o pericoloso è dall'agente previsto e voluto come conseguenza della propria azione o omissione. Esempi di situazioni dolose sono: mancato rispetto del dissenso del paziente in merito a pratiche infermieristiche (posizionamento SNG, CVP), tranne nei casi indicati dalla legge; mancanza del consenso ovvero consenso viziato; consenso espresso dal paziente in contrasto con l'ordine pubblico o il buon costume. Il dissenso del paziente alle

cure infermieristiche deve essere rispettato, in quanto egli è il solo a poter decidere in merito alla propria salute e libertà, tranne nei casi previsti dalla legge (TSO e stato di necessità).

- La **colpa**, più frequente in ambito sanitario, è il modo di agire con negligenza, imprudenza, imperizia (*colpa generica*) o inosservanza di leggi, regolamenti, ordini o discipline (*colpa specifica*). La **negligenza** è la mancata adozione di regole cautelari e viene identificata con trascuratezza o assenza di attenzione e sollecitudine. Un esempio è il mal posizionamento della piastra in sala operatoria, che causa ustione al paziente (Tribunale di Monza, sentenza 23 ottobre 2006). L'**imprudenza** è identificata come avventatezza, carenza di cautela, scarsa considerazione delle conseguenze, decisioni affrettate. L'**imperizia** è l'inabilità professionale dovuta alla non conoscenza delle regole scientifiche e tecniche richieste al professionista.
- La **preterintenzione** è prevista solo per i reati di omicidio e aborto; agendo per procurare un evento (che si vuole), se ne procura un altro che non si vuole.

Il reato è punito dalla legge con la *reclusione* o la *multa*, se è classificato come *delitto*, e con l'*arresto* o l'*ammenda*, se è classificato come *contravvenzione*.

TABELLA 4-1 Principali danni contro la persona assistita

| DANNO | DESCRIZIONE | ESEMPI |
|---|--|--|
| Omicidio colposo (art. 598 c.p.) | Non intenzionale Causato da negligenza, imperizia, imprudenza | Errata somministrazione di un farmaco Abbandono temporaneo di un malato senza valutarne i rischi |
| Lesioni personali colpose (art. 590 c.p.) | Non intenzionali Cagionare una lesione che causa una malattia nel corpo e nella mente | |
| Lesioni personali dolose (art. 582 c.p.) | Intenzionali Cagionare una lesione che causa una malattia nel corpo e nella mente | Infliggere sofferenze fisiche e sofferenze morali umiliando la persona |
| Violenza privata (art. 610 c.p.) | Usando violenza o minacce, costringere altri a fare, tollerare od omettere qualche cosa | Posizionamento di un presidio sanitario (c.v., sng) contro la volontà del paziente Abuso di contenzione fisica Intimidazione |
| Sequestro di persona (art. 605 c.p.) | Intenzionale Privare qualcuno della libertà personale | Abuso della contenzione fisica in pazienti che non ne necessitano |
| Reati contro l'onore | Ingiuria, quando l'offeso è presente al fatto Diffamazione, quando l'offeso non è presente al fatto | Offendere verbalmente un collega o un paziente di fronte a terzi Offendere verbalmente un collega, un paziente o un suo parente di fronte a terzi |
| Abbandono di persone minori o incapaci (art. 591 c.p.) | L'infermiere che ha la custodia o deve avere cura della persona lascia la stessa da sola senza più curarsene | Laschiare il paziente non autosufficiente in bagno da solo |

I reati possono essere *procedibili d'ufficio o a querela di parte*: i primi sono quelli perseguiti automaticamente e obbligatoriamente dalla Magistratura, mentre i secondi sono quelli perseguiti su richiesta delle persone o degli enti offesi.

Sono "fatti non punibili" quelli previsti esclusivamente dal c.p.:

- Il consenso dell'avente diritto (art. 50)
- L'esercizio di un diritto (art. 51)
- L'adempimento di un dovere (art. 51)
- La legittima difesa (art. 52)
- L'uso illegittimo delle armi (art. 53)
- Lo stato di necessità (art. 54)

L'ordinamento penale riconosce all'infermiere la qualifica di *incaricato di pubblico servizio o esercente un servizio di pubblica necessità* qualora presti la sua opera come dipendente del Servizio Sanitario Nazionale o come dipendente di una casa di cura privata.

Contenzione L'uso dei mezzi di **contenzione** fisica deve avvenire:

- Solo in casi eccezionali e giustificati dall'interesse terapeutico e con la salvaguardia della dignità della persona
- Su prescrizione medica o documentata valutazione assistenziale contenente il mezzo da usare e la durata
- Con un controllo continuo e costante del paziente sottoposto a contenzione da parte del personale infermieristico e medico

La contenzione fisica della persona assistita, che si configura come atto coercitivo e quindi in contrasto con la libertà della persona, è *ammessa solo nei casi nei quali essa possa configurarsi come provvedimento di vigilanza, di custodia, di prevenzione o di cura*, quindi solamente allo scopo di tutelare la vita o la salute della persona a fronte di una condizione di incapacità di intendere e di volere che renda di fatto inattendibile ogni scelta o manifestazione di volontà del soggetto.

Gli aspetti normativi della contenzione sono:

- Principio di inviolabilità della libertà personale (*art. 13 Costituzione italiana*)
- Consenso all'atto terapeutico (*art. 32 Costituzione italiana*)
- "Chiunque abusa di mezzi di contenzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, cura o vigilanza, ovvero per l'esercizio di una professione, è punibile, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente (...)" (*art. 571 Codice penale*)
- "L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, sostenuto da prescrizione medica o da documentate valutazioni assistenziali" (*art. 30 Codice deontologico infermiere*)
- "L'uso non giustificato dei mezzi di contenzione potrebbe anche tradursi in accusa di aggressione e violenza" (*art. 610 Codice penale*)
- "Va d'altro canto ricordato che, se ricorrono gli estremi dello stato di necessità (*art. 54 Codice penale*), la misura di contenzione (sempre proporzionale al pericolo attuale di un danno grave non altrimenti evitabile) non solo può, ma deve essere applicata, se non si vuole incorrere nel reato di abbandono di incapaci" (*art. 591 Codice penale*)

Responsabilità civile

La **responsabilità civile** deriva dalla violazione di regole poste a tutela di interessi prevalentemente di natura privatistica. Esistono due tipologie di responsabilità civile:

- **Responsabilità contrattuale:** è la responsabilità che nasce dalla violazione o dall'inadempimento di un obbligo contrattuale tra due o più soggetti. Il paziente-cliente ha l'onere di indicare il fatto o l'inadempimento, mentre grava sull'infermiere in ambito privatistico l'onere della prova. È un rapporto contrattuale, invece, tra l'amministrazione dell'azienda sanitaria e i pazienti, mentre il dipendente sanitario risponde verso l'azienda.
- **Responsabilità extracontrattuale:** è la responsabilità che deriva da un fatto illecito, obbligando colui che ha commesso il fatto al risarcimento del danno, mentre l'onere della prova grava su chi richiede l'indennizzo. L'infermiere dipendente risponde di responsabilità extracontrattuale nei confronti dei danni causati ai pazienti.

Il codice civile stabilisce che qualunque fatto, doloso o colposo, che cagiona ad altri un danno ingiusto, obbliga il responsabile al risarcimento, tranne in determinati casi stabiliti:

- In caso di legittima difesa (*art. 2044 c.c.*)
- In caso di danno cagionato da persona incapace di intendere e di volere (es. paziente disorientato t/s), il risarcimento è dovuto dal responsabile della sua sorveglianza (infermiere), salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto (*art. 2047 c.c.*)
- In caso di danno cagionato da studenti, ne è responsabile chi era tenuto alla loro sorveglianza (infermiere), salvo che provi di non aver potuto impedire il fatto (*art. 2048 c.c.*)

La professione infermieristica, essendo una professione intellettuale, in caso di una prestazione che implica la soluzione di problemi tecnici di speciale difficoltà, non risponde dei danni se non per colpa grave o dolo.

Responsabilità disciplinare

La **responsabilità disciplinare** è legata a:

- Obblighi derivanti dal contratto di lavoro in qualità di dipendente (**responsabilità disciplinare**)
- Obblighi verso il Collegio di appartenenza (**responsabilità ordinistico-disciplinare**)

L'infermiere è assoggettato a una serie di codici disciplinari – che identificano l'interesse pubblico da perseguire, i comportamenti non consentiti e le relative sanzioni – quali:

- Codice di comportamento del dipendente delle pubbliche amministrazioni (D.P.C.M. 28 novembre 2000), che delinea gli obblighi di diligenza, lealtà e imparzialità
- Codice disciplinare del relativo C.C.N.L. comparto sanità in vigore ed eventuali modificazioni
- Codice etico-deontologico del Collegio

Il D. Lgs. del 30 marzo 2001 n. 165, fonte legislativa in materia disciplinare, prevede che:

- Ai dipendenti pubblici si applicano gli artt. 2106, 2104 e 2105 del Codice civile, per cui eventuali sanzioni possono essere irrogate solo in caso di inosservanza degli obblighi di diligenza, fedeltà e obbedienza e delineano i principi di contestazione dell'addebito e relativa difesa
- Applicazione dell'art. 7, commi 1, 5 e 8, dello Statuto dei Lavoratori (L. 300/70), riguardante le sanzioni disciplinari
- La contrattazione collettiva del comparto sanità definisce la tipologia delle infrazioni e le relative sanzioni
- La sanzione deve essere proporzionata alla gravità del fatto o dell'omissione (minore o maggiore gravità)

Le attuali sanzioni disciplinari, modificate dal D.Lgs. 150/2009, suddivise per gravità e sottoposte a differenti procedure, sono:

- Sanzioni di minore gravità
 - rimprovero verbale (minor gravità)
 - rimprovero scritto (censura)
 - multa fino a un massimo di quattro ore di retribuzione
 - sospensione dal servizio con privazione della retribuzione fino a dieci giorni
- Sanzioni di maggiore gravità
 - sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da uno a quindici giorni
 - sospensione dal servizio con privazione della retribuzione da tre giorni a tre mesi
 - licenziamento con o senza preavviso

Si rammenta che le sanzioni disciplinari, a eccezione del rimprovero verbale, devono essere sempre contestate per iscritto per garantirne la difesa secondo le modalità e i tempi previsti dalla legge.

La responsabilità ordinistico-disciplinare deriva dall'iscrizione all'Albo professionale tenuto dal Collegio e implica l'obbligo di rispettare le regole stabilite dallo stesso.

Ai Collegi IPASVI, infatti, è affidato dalla legge (D.Lgs. 233 del 13.09.1946) il compito di *“esercitare il potere disciplinare nei confronti dei sanitari liberi professionisti iscritti all'Albo”*. L'art. 38 del D.P.R. 5 Aprile 1950 n. 221 prevede che i professionisti *“che si rendano colpevoli di abusi o di mancanze nell'esercizio della professione, o comunque di fatti disdicevoli al decoro professionale, sono sottoposti a procedimento disciplinare da parte del Consiglio del Collegio della Provincia cui sono iscritti”*. L'iniziativa del procedimento può essere titolarità dello stesso Collegio oppure essere richiesta del Prefetto o del Procuratore della Repubblica.

Le possibili sanzioni disciplinari comminate dal Collegio, previo procedimento disciplinare secondo modalità e termini previsti dal D.P.R. 5 Aprile 1950 n. 221, sono:

- L'avvertimento, che consta nel diffidare il colpevole a non ricadere nella mancanza omessa
- La censura, cioè un dichiarazione di biasimo scritta per la mancanza commessa
- La sospensione dall'esercizio della professione da uno a sei mesi, salvo diversa disposizione
- La radiazione dall'Albo, solo in determinati casi previsti dalla legge

DOCUMENTAZIONE IN AMBITO INFERNIERISTICO

La **cartella infermieristica** (D.P.R. 384/1990) è lo strumento di valutazione di qualità dell'assistenza infermieristica sulla quale devono essere trascritti, nelle sue diverse parti, i dati raccolti, le diagnosi infermieristiche individuate, la pianificazione, l'attuazione degli interventi previsti e la loro valutazione (AA.VV., *Quaderno del nursing di base*, Nettuno, Parma, 1993). L'infermiere diviene responsabile della compilazione della cartella infermieristica sia sul piano professionale che normativo, in quanto parte integrante della documentazione sanitaria del paziente. La cartella infermieristica è un atto pubblico in senso lato ed essendo parte integrante, diviene un atto avente valore legale, in quanto, in caso di processi penali, tutta la documentazione sanitaria viene usata per la ricostruzione del fatto.

La funzione giuridica della cartella infermieristica è ormai consolidata in dottrina ed è per tale ragione che la sua compilazione deve seguire i seguenti requisiti:

- Veridicità degli eventi
- Completezza in ogni sua parte

- Chiarezza (grafia comprensibile, terminologia appropriata)
- Pertinenza

È possibile, pertanto, incorrere in reati per la gestione della cartella infermieristica, quali:

- *Falso materiale in atto pubblico* (art. 476 c.p.), ad esempio cancellazione o correzione fraudolenta di dati già documentati
- *Falso ideologico in atto pubblico* (art. 479 c.p.), ad esempio inserimento di dati non veritieri

L'infermiere, oltre all'uso della cartella infermieristica, ha a disposizione una serie di strumenti operativi, quali protocolli, linee guida, procedure che identificano l'appropriatezza del suo operato e dei mezzi adoperati per l'assistenza e per ridurre il rischio clinico-assistenziale.

CONSENSO INFORMATO

L'art. 32 della Costituzione recita che nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge e comunque anche la legge non può in alcun modo violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

Da questo fondamento si può affermare che il **consenso informato** è l'essenziale e imprescindibile legittimazione giuridica dell'atto sanitario, altrimenti possibile come reato (Cassazione penale, sez. IV, 1991).

Altre fonti si sono interessate del consenso informato in ambito sanitario: la “Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea” e la “Convenzione di Oviedo”, recepita in Italia con la L. 145/2001, hanno dedicato interi articoli all'argomento. L'art. 5 della Convenzione di Oviedo recita: “Un intervento nel campo della salute non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato consenso libero e informato. Questa persona riceve innanzitutto una informazione adeguata sullo scopo e sulla natura dell'intervento e sulle sue conseguenze e i suoi rischi. La persona interessata può, in qualsiasi momento, liberamente ritirare il proprio consenso”.

Il consenso a qualsiasi pratica sanitaria da parte del paziente deve, pertanto, essere preceduto da un'adeguata e corretta informazione da parte del professionista sanitario coinvolto. Il consenso deve essere concesso dallo stesso soggetto, maggiorenne e capace di intendere e di volere, che sarà sottoposto al trattamento sanitario.

Il consenso può essere prestato in forma scritta o orale, tranne nei casi di obbligatorietà del consenso informato scritto, quali ad esempio il consenso a donazione di sangue, trasfusione di sangue, di emocomponenti e somministrazione di emoderivati, produzione medicalmente assistita, test dell'HIV.

Il Codice Deontologico, all'art. 4.5, prevede che l'*infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza e 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*. Da ciò si deduce che l'infermiere:

- Ha il dovere di aiutare e sostenere la persona nelle proprie scelte clinico-assistenziali
- Assicura le informazioni riguardo alle proprie autonomie e competenze e ai relativi piani assistenziali per ottenerne o meno il consenso
- Deve tenere conto della persona, modulando la propria comunicazione, per risultare sempre chiaro e conciso
- Salvaguarda le informazioni generali rispetto allo stato di salute, anche di natura non clinica
- Rispetta il diritto alla scelta di non essere informato



SUGGERIMENTI PER IL PAZIENTE

Consenso informato

Il consenso può essere prestato in forma scritta o orale, tranne nei casi di obbligatorietà del consenso informato scritto.



SUGGERIMENTI PROFESSIONALI

Il consenso nelle emergenze

- Il consenso è considerato implicito nel caso in cui sia necessario un intervento immediato per salvare una vita o evitare danni fisici permanenti. In questi casi vige l'esonero dal consenso scritto.
- Una volta superata la situazione di emergenza, bisogna ottenere il consenso per l'ulteriore assistenza.

L'infermiere, oltre a dover ottenere il consenso per le proprie pratiche assistenziali, come stabilito dallo stesso codice deontologico, agisce anche in qualità di professionista d'équipe verso tutti i trattamenti sanitari a cui un paziente è sottoposto, verificandone l'effettivo consenso, informazione e comprensione in merito. L'infermiere, secondo l'art. 4.4 del codice deontologico, ha pertanto il dovere di essere informato sul progetto diagnostico-terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con la persona.

La normativa sull'informazione (D. Lgs. 193/2003) ha esteso all'infermiere, previa autorizzazione scritta da parte del responsabile, la possibilità di rivelare lo stato di salute di rendere noti i medesimi dati all'interessato.

Vi sono casi in cui il consenso informato è sottoposto a un diverso procedimento:

- In caso di trattamenti d'urgenza e indifferibili in cui il paziente non può dare il suo consenso perché non cosciente, si fa riferimento alla teoria del consenso presunto o presumibile
- In caso di paziente minore, il consenso deve essere dato da entrambi i genitori o, in casi particolari (presenza di un solo genitore, genitori divorziati, genitori in disaccordo), si fa riferimento alla normativa vigente

PRIVACY IN SANITÀ

Gli esercenti le professioni sanitarie e gli organismi sanitari pubblici, anche nell'ambito di un'attività di rilevante interesse pubblico, trattano i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute con il consenso dell'interessato e anche senza l'autorizzazione del Garante, se il trattamento riguarda dati e operazioni indispensabili per perseguire una finalità di tutela della salute o dell'incolumità fisica dell'interessato, ma, anche senza il consenso dell'interessato e previa autorizzazione del Garante, se la finalità riguarda un terzo o la collettività.

RIFLESSIONE CRITICA

Consenso informato

Come affronteresti una situazione in cui un paziente di 17 anni rifiuta con decisione di sottopersi a un intervento chirurgico, ma i suoi genitori firmano comunque il modulo di consenso?

Il consenso al trattamento dei dati idonei a rivelare lo stato di salute può essere manifestato con un'unica dichiarazione, anche oralmente. In tal caso il consenso è documentato, anziché con atto scritto dell'interessato, con annotazione dell'esercente la professione sanitaria o dell'organismo sanitario pubblico, riferita al trattamento di dati effettuato da uno o più soggetti e all'informativa all'interessato.

L'informativa e il consenso al trattamento dei dati personali possono altresì intervenire senza ritardo, successivamente alla prestazione, in caso di:

- a) impossibilità fisica, incapacità di agire o incapacità di intendere e di volere dell'interessato, quando non è possibile acquisire il consenso da chi esercita legalmente la potestà, ovvero da un prossimo congiunto, da un familiare, da un convivente o, in loro assenza, dal responsabile della struttura presso cui dimora l'interessato;
- b) rischio grave, imminente e irreparabile per la salute o l'incolumità fisica dell'interessato.

I dati personali idonei a rivelare lo stato di salute possono essere resi noti all'interessato o ai soggetti preposti dalla legge, da parte di esercenti le professioni sanitarie (infermieri) e organismi sanitari, solo per il tramite di un medico designato dall'interessato o dal titolare. Il presente comma non si applica in riferimento ai dati personali forniti in precedenza dal medesimo interessato.

Il titolare o il responsabile può autorizzare per iscritto esercenti le professioni sanitarie diversi dai medici, che nell'esercizio dei propri compiti intrattengono rapporti diretti con i pazienti e sono incaricati di trattare dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, a rendere noti i medesimi dati all'interessato o ai soggetti preposti.

RISK MANAGEMENT IN SANITÀ

Il **risk management** in Sanità ha come obiettivo la *prevenzione* e l'*identificazione* degli eventi avversi per garantire la sicurezza del paziente, definendo strumenti operativi (linee guida, registro dei rischi) e processi finalizzati a ridurne l'incidenza e a migliorare la qualità delle cure clinico-assistenziali. Il *Risk Quality Approach*, ad esempio, è un sistema di identificazione, analisi e misurazione dei rischi in ambito ospedaliero.

L'infermiere ha la responsabilità di identificare i rischi assistenziali, attraverso una corretta gestione dei dati e delle informazioni del nursing assistenziale, per poter introdurre programmi di gestione del rischio e attuare una formazione idonea ai professionisti. Alcuni programmi, come quello relativo alle infezioni ospedaliere, alla prevenzione delle lesioni da decubito e delle lesioni/cadute accidentali, hanno già contribuito alla stesura di protocolli e linee guida efficaci per ridurre il rischio di danni al paziente.

DIRETTIVE ANTICIPATE

Il Comitato Nazionale di Bioetica (CNB), nel documento del 2003, identifica le **direttive anticipate** (denominate anche Testamento biologico), come un "...documento con il quale una persona, dotata di piena capacità, esprime la sua volontà circa i trattamenti ai quali desidererebbe o non desidererebbe essere sottoposta nel caso in cui, nel decorso di una malattia o a causa di traumi improvvisi, non fosse più in grado di esprimere il proprio consenso o il proprio dissenso informato".

Le direttive possono contenere:

- *Direttive di istruzione*, vale a dire disposizioni dirette a chiarire le proprie decisioni riguardanti il trattamento di fine vita
- *Direttive di delega*, cioè l'indicazione della persona o delle persone di fiducia che il sottoscrittore delle direttive anticipate designa quale titolare, in sua vece, dei diritti e delle facoltà di decisione e alla/e quale/i può eventualmente dare indicazioni o disposizioni vincolanti in merito ai trattamenti sanitari ai quali potrà essere sottoposto

Il Comitato di Bioetica determina le disposizioni di cui dovrebbe comporsi un documento relativo alle direttive anticipate:

- 1) Indicazioni sull'assistenza religiosa, sull'intenzione di donare o meno gli organi per trapianti, sull'utilizzo del cadavere o parti di esso per scopi di ricerca e/o didattica.
- 2) Indicazioni circa le modalità di umanizzazione della morte (cure palliative, richiesta di essere curati in casa o in ospedale, ecc.).
- 3) Indicazioni che riflettono le preferenze del soggetto in relazione al ventaglio delle possibilità diagnostico-terapeutiche che si possono prospettare lungo il decorso della malattia.
- 4) Indicazioni finalizzate ad implementare le cure palliative, secondo quanto già indicato dal CNB nel già citato documento *Questioni bioetiche sulla fine della vita umana*, del 14 luglio 1995.
- 5) Indicazioni finalizzate a richiedere formalmente la non attivazione di qualsiasi forma di accanimento terapeutico, cioè di trattamenti di sostegno vitale che appaiano sproporzionati o ingiustificati.
- 6) Indicazioni finalizzate a richiedere il non inizio o la sospensione di trattamenti terapeutici di sostegno vitale, che però non realizzino nella fattispecie indiscutibili ipotesi di accanimento.
- 7) Indicazioni finalizzate a richiedere la sospensione dell'alimentazione e dell'idratazione artificiali.

In conclusione, il CNB ritiene che i contenuti delle direttive anticipate debbano:

- Essere di carattere pubblico, cioè fornite di data, redatte in forma scritta e mai orale, da soggetti maggiorenni, capaci di intendere e di volere, informati, autonomi e non sottoposti ad alcuna pressione familiare, sociale, ambientale
- Non contenere disposizioni aventi finalità eutanasiche, che contraddicono il diritto positivo, le regole di pratica medica, la deontologia. Comunque, il medico non può essere costretto a fare nulla che vada contro la sua scienza e la sua coscienza
- Essere compilati, ai fini di una loro adeguata redazione, con l'assistenza di un medico, che possa controfirmarle
- Essere tali da garantire la massima personalizzazione della volontà del futuro paziente, non consistere nella mera sottoscrizione di moduli o di stampati, essere redatti in maniera non generica, in modo tale da non lasciare equivoci sul loro contenuto e da chiarire quanto più è possibile le situazioni cliniche in relazione alle quali essi debbano poi essere presi in considerazione

Il CNB ritiene altresì opportuno:

- a) che il legislatore intervenga esplicitamente in materia, anche per attuare le disposizioni della Convenzione sui diritti umani e la biomedicina e nella prospettiva di una futura normativa biogiuridica di carattere generale relativa alle professioni sanitarie, cui lo stesso CNB potrà fornire il proprio contributo di riflessione;
- b) che la legge obblighi il medico a prendere in considerazione le dichiarazioni anticipate, escludendone espressamente il carattere vincolante, ma imponendogli, sia che le attui sia che non le attui, di esplicitare formalmente e adeguatamente in cartella clinica le ragioni della sua decisione;
- c) che le dichiarazioni anticipate possano eventualmente indicare i nominativi di uno o più soggetti fiduciari, da coinvolgere obbligatoriamente, da parte dei medici, nei processi decisionali a carico dei pazienti divenuti incapaci di intendere e di volere;
- d) che, ove le dichiarazioni anticipate contengano informazioni "sensibili" sul piano della privacy, come è ben possibile che avvenga, la legge imponga apposite procedure per la loro conservazione e consultazione.

Attualmente in Italia le direttive anticipate, o testamento biologico, non hanno un riconoscimento giuridico, nonostante nel 2001 l'Italia abbia ratificato la convenzione di Oviedo del 1997, che stabilisce che "i desideri precedentemente espressi a proposito di un intervento medico da parte di un paziente che al momento dell'intervento non è in grado di esprimere la propria volontà saranno tenuti in considerazione". Inoltre, secondo il Comitato di Bioetica, "i medici dovranno non solo tenere in considerazione le direttive anticipate scritte su un foglio firmato dall'interessato, ma anche giustificare per iscritto le azioni che violeranno tale volontà".



SUGGERIMENTI PER IL PAZIENTE

Direttive anticipate

Il consenso può essere prestato in forma scritta o orale, tranne nei casi di obbligatorietà del consenso informato scritto.

- Le direttive anticipate andrebbero discusse con i familiari del paziente e con il medico, in modo che ognuno comprenda le volontà del paziente e che sia meno probabile che in seguito si verifichino dei conflitti.
- Una direttiva anticipata può essere modificata dal paziente finché è capace di intendere e di volere.

RIFLESSIONE CRITICA

Direttive anticipate

Noti un collega che sta costringendo un paziente appena ricoverato a firmare una direttiva anticipata. Come gestisci la situazione? Quali sono i diritti del paziente in questo caso?

BIOETICA

Dai tempi di Ippocrate l'etica medica ha goduto di un eccezionale grado di stabilità fino a che le sue antiche tradizioni non hanno cominciato ad essere soppiantate, o almeno integrate, intorno alla metà del ventesimo secolo.

Gli sviluppi scientifici, tecnologici e sociali di quel periodo produssero rapidi mutamenti nelle scienze biologiche e nell'ambito dell'assistenza sanitaria. Questi sviluppi misero alla prova molte concezioni allora predominanti sugli obblighi morali della società e dei professionisti del settore sanitario nei confronti dei malati e degli handicappati.

Scritti antichi, medievali e moderni aventi per argomento l'assistenza sanitaria costituiscono un archivio ricco di riflessioni sulla relazione tra il professionista e il paziente, ma questa documentazione storica è spesso deludente dal punto di vista dell'etica biomedica contemporanea. Essa mostra quanto inadeguatamente e con quanta tristezza mentale fossero trattati i problemi di sincerità, di privacy, di giustizia e di responsabilità comune.

La **bioetica** è una nuova disciplina con argomenti e metodi in continua evoluzione; il termine fu coniato negli USA nel 1970 dall'oncologo Van Rensselaer Potter, in un articolo dal titolo *Bioethics: The science of survival*.

In quegli anni circolava il timore che il processo scientifico-tecnologico, pur contenendo in sé la possibilità di migliorare le condizioni di vita, se condotto in maniera indiscriminata, avrebbe potuto trascinare l'umanità e le differenti forme di vita sul baratro della distruzione.

Dalla portentosa esplosione dell'industrializzazione all'applicazione delle ricerche nel settore alimentare, dall'evoluzione scientifica in campo medico all'utilizzo della biochimica per la costruzione di armi chimiche e batteriologiche, erano numerosi i motivi di crescente preoccupazione che sopravvivono ancora oggi nella loro drammatica attualità, nella piena consapevolezza che l'uomo, in qualsiasi momento storico sia collocato, difficilmente si ferma di fronte alle estreme conseguenze.

Per scongiurare quello che sembrava un disastro inevitabile, Potter indicò la necessità di costruire un ponte fra la cultura umanistica e quella scientifica, la "bioetica", che diventò così una scienza della sopravvivenza, in quanto si rivolgeva non solo all'uomo, ma a tutto l'ecosistema, per utilizzare la conoscenza scientifica non più in maniera "selvaggia", ma tenendo presenti le indicazioni morali e le leggi insite nella stessa biosfera.

Da Potter la bioetica si è poi diffusa nel mondo grazie ai contributi di Jonas, che si preoccupava di salvaguardare la sopravvivenza dell'umanità mediante un'etica del futuro, che valutasse le azioni nei loro effetti a distanza: bisogna evitare il sommo Male e non ricercare semplicemente il sommo Bene, perché non tutto ciò che è realizzabile è buono e la nostra generazione ha dei doveri verso la discendenza, in quanto l'umanità ha l'obbligo di esserci.

La bioetica nasce dunque come momento "critico", quando si incrina la fiducia nella capacità di autoregolazione del progresso tecnologico e della ricerca scientifica che, se avulsa da un riferimento etico condiviso, perdonò quell'immunità derivante da un'illimitata libertà di ricerca.

Se l'evoluzione storica che ha portato alla comparsa della bioetica come scienza è stata lunga e complessa, ugualmente articolato è stato il cammino di questa materia, oggetto di differenti interpretazioni storiche che le hanno attribuito diverse identità. In particolare, possiamo distinguere quattro impostazioni storico ermeneutiche:

- *Bioetica medica incentrata sulla tutela della vita umana*: la bioetica è interpretata come la naturale continuità della storia

dell'etica medica risalente a Ippocrate; il suo contributo innovativo deriva dall'emergere di nuove domande scaturite dai progressi tecnologici in medicina, che potrebbero compromettere il benessere e la salute dell'essere umano.

- *Bioetica medica incentrata sulla relazione medico-paziente*: in questa impostazione di Sandro Spinsanti, la bioetica ha inizio con l'affermazione del principio di autonomia; storicamente, prima con il Codice di Norimberga e successivamente con lo scandalo di alcune sperimentazioni poco etiche condotte negli USA durante gli anni Settanta.
- *Bioetica ecologista catastrofista*: secondo questa prospettiva, la bioetica nasce come contrapposizione all'etica medica, essendo orientata a garantire la conservazione della vita di tutta la biosfera terrestre, minacciata dal progresso tecnologico.
- *Bioetica ecologista della responsabilità*: questa interpretazione si rifa al concetto di bioetica globale di Potter, intesa come scienza della sopravvivenza, e alla filosofia di Jonas, secondo cui l'uomo, potenziale distruttore della natura, ha il dovere e la responsabilità di garantire non più il progresso, ma la salvaguardia e la conservazione dell'umanità presente e delle generazioni future.

Se molteplici sono state le prospettive storiche che hanno cercato di interpretare la bioetica, ancor più diversificati sono stati i paradigmi che hanno dato vita a dei veri e propri modelli di bioetica, tanto da indurre e ritenere che non si possa più parlare solo di una bioetica, ma di tante bioetiche riconducibili a diversi criteri e differenti valori che appaiono spesso inconciliabili tra loro.

MODELLO UTILITARISTA

Prendiamo in analisi il **modello utilitarista**, che si basa sul principio del rapporto costi/benefici e sul rifiuto di qualsiasi norma e verità universale. All'interno di questo modello bisogna citare le due attuali linee di pensiero: il contrattualismo e il principialismo.

Contrattualismo

Il massimo esponente del **contrattualismo** è stato Tristan Engelhardt; come Rousseau ricercava un contratto per la convivenza civile, così Engelhardt ricerca un contratto per la convivenza pubblica, stipulato da quanti hanno la facoltà di decidere, a scapito di quegli individui che non possono far parte della società a pieno titolo in quanto incapaci di scegliere razionalmente.

Infatti, egli distingue tre diverse categorie di esseri umani: le persone (soggetti morali o "agenti morali", soggetti autocoscienti capaci di razionalità e autodeterminazione), uniche detentrici dei diritti; i "non ancora persone" (embrioni, minori, ecc.), i "non più persone" (disabili, morenti, ecc.).

In quest'ottica la persona non ha un valore intrinseco, ma subordinato alla sua partecipazione alla vita sociale e al riconoscimento che sono disposti ad attribuirgli i soggetti sociali in base a principi condivisi e che possono mutare al variare delle circostanze e delle priorità sociali. Questi principi sono essenzialmente due:

- *Principio di autonomia o di permesso*: attribuisce la dignità di persona all'individuo in grado di esercitare attualmente l'autonomia e garantisce la possibilità di rintracciare una morale condivisa.
- *Principio di beneficenza*: auspica, ma non impone, un atteggiamento benevolo da parte dei soggetti morali nei confronti degli "stranieri morali", che non condividono un comune senso morale, e nei confronti dei soggetti che non fanno più parte della comunità morale perché non in grado di esercitare l'autonomia.

Gli *individui umani non persone* (così definiti da Engelhardt) potrebbero godere di una eventuale tutela giuridico-sociale indiretta, sottomessa alla volontà e/o alla opportunità sociale di garantire i soggetti umani a pieno titolo (le persone) che nei loro confronti avessero fatto un investimento, per esempio affettivo (come avviene di norma per i genitori verso i propri figli).

Principalismo

Nato nel 1978 nel Kennedy Institute of Ethics della Georgetown University, in seguito al cosiddetto *Rapporto Belmont*, il **principalismo** fu redatto da una commissione che volle individuare alcuni criteri etici di base per guidare gli sperimentatori e i comitati etici nell'ambito della ricerca sull'uomo.

CODICI DI ETICA PROFESSIONALE

All'interno delle professioni sanitarie, i codici ufficiali di etica medica ed infermieristica hanno dato luogo a riflessioni importanti per i problemi di etica biomedica.

Codici particolari, scritti per le categorie dei medici, degli infermieri e degli psicologi, vengono talvolta difesi facendo appello a norme generali, come quella di non nuocere agli altri (non maleficenza) e quella di rispettare l'autonomia e la privacy.

Abbiamo bisogno di un significato più ristretto del termine *professione*, come quello che viene usato in etica professionale. I professionisti sono usualmente identificati dal loro incarico di fornire importanti servizi ai clienti o ai consumatori. Le categorie professionali mantengono organizzazioni autonome che controllano l'ingresso nel ruolo occupazionale, certificando ufficialmente che i candidati hanno acquisito le conoscenze e le capacità necessarie.

Il profilo professionale dell'infermiere è strettamente legato ad un patrimonio di competenze e di abilità specializzate che normalmente mancano ai pazienti.

Quanto detto ci permette di situare il posto dell'infermiere "accanto" all'uomo portatore di un bisogno di salute. È quindi facile comprendere come "il prendersi cura di..." sia intrinsecamente connesso ai valori che di quell'uomo sono espressione.

L'attività infermieristica, nei suoi aspetti di guida alle attività di vita quotidiana, o di sostituzione e aiuto in quelle operazioni giornaliere che il malato non può compiere perché non autosufficiente, sia che si presenti sotto gli aspetti educativi e relazionali sia che si tratti di aspetti tecnici e interventi più o meno diretti sul corpo umano, ha a che fare con le scelte valoriali dei pazienti, delle loro famiglie, delle loro persone significative, degli stessi professionisti.

Ecco come anche il professionista infermiere prima era portatore di quei valori etici dell'era pre-moderna di stampo paternalistico, che lo vedevano in veste di decisore al letto del malato, paziente docile e condiscendente, quasi rassegnato. Era prevedibile che il malato si sottoponesse a interventi, orari, procedure prestabilite, senza la necessità di saperne di più; solo al termine del ricovero o delle cure specifiche riacquistava autonomia e capacità decisionale.

L'infermiere si interessa ora al quadro dei valori del malato, è un professionista che guida le scelte di quest'ultimo, contribuisce a perseguire il "bene" che la medicina, la biologia, la psicologia indicano, ma con l'occhio attento alla partecipazione e autonomia della persona (Figura 4-1).

Si passa poi alla situazione attuale, caratterizzata dall'etica dell'organizzazione. Il problema si sposta un po' verso il sistema sanitario, verso la sua necessità di razionalizzare e ottimizzare le risorse. In sintesi, si tratta di una professione ad ampio respiro etico, perché tocca le sfere valoriali e delle scelte, della libertà e auto-



PER GENTILE CONCESSIONE DEL DELMAR CENGAGE LEARNING

FIGURA 4-1 I valori del paziente determinano quali cose sono per lui significative.

nomia del paziente, della corporeità della persona umana e della verità del malato.

Si articola anche nella scelta delle migliori modalità di gestione delle attività di vita del paziente, di attivazione di piani di assistenza infermieristica personalizzati, nella traduzione operativa di manovre tecniche svariate, ma partecipa anche ai risvolti e al dibattito che riguarda le grandi tematiche bioetiche e dell'etica medica. Questi argomenti di forte impatto emotivo prevedono esperienze sensoriali a volte spiacevoli, che si accompagnano spesso a decisioni "forti" sia per i pazienti che per gli operatori. In questi casi cosiddetti di "frontiera", l'assistenza infermieristica può essere coinvolta con diverse modalità e sotto diversi aspetti.

L'etica coltiva domande, ma non provvede a dare facili risposte. La pratica etica è molto più importante nelle cure sanitarie attuali, per severe reazioni del mondo sociale, religioso e politico.

Alcune di queste reazioni sono:

- L'avanzamento della tecnologia, che crea situazioni problematiche
- La sopravvivenza dei neonati prematuri con molti problemi di salute
- L'allungamento dell'aspettativa di vita delle persone
- Il trapianto di organi e/o l'uso di parti del corpo "bioniche"

PRINCIPI ETICI

La Tabella 4-2 elenca i principi etici fondamentali, che sono discussi in dettaglio nei paragrafi seguenti.

AUTONOMIA

La parola autonomia, derivata dal Greco *autos* (sé) e *nomos* (regola, governo, legge), fu usata per la prima volta in riferimento all'autoregolamentazione delle città-stato greche indipendenti. Da allora il concetto è stato esteso agli individui e ha acquistato significati disparati, quali padronanza di sé, diritti di libertà, privacy, scelta individuale, libero arbitrio, determinazione del proprio corpo/comportamento, indipendenza. L'individuo autonomo agisce liberamente secondo un progetto da egli scelto, mentre una

persona con ridotta autonomia, al contrario, è controllata da altri o incapace di deliberare o di agire sulla base dei propri desideri e progetti. Il **principio di autonomia** si riferisce alla giusta scelta individuale e all'abilità individuale di azione; questo è uno dei principali aspetti che il professionista della salute attua nella pratica quotidiana di lavoro. Il principio etico di autonomia rispetta la giusta autodeterminazione dell'individuo. Rispettare l'autonomia significa accettare le scelte dei pazienti.

NON MALEFICENZA

Il **principio di non maleficenza** esprime l'obbligo di non arrecare danni intenzionalmente. In etica medica è stato strettamente associato alla massima *"primum non nocere"*. Questa massima, frequentemente invocata dai professionisti dell'assistenza sanitaria, sancisce l'obbligo di non causare e non fare del male agli altri, sia fisiologicamente che psicologicamente. Il principio di non maleficenza, quando guida le decisioni, richiede due domande: "Questo trattamento può fare del bene o del male al paziente?"; "Ci aspettiamo un beneficio da questa terapia?".

La pratica infermieristica mette in accordo gli standard professionali e legali della cura quando si seguono i principi di non maleficenza; prevenire errori durante la somministrazione dei farmaci e prevedere i rischi potenziali di un trattamento sono alcuni esempi di non maleficenza applicabili alla pratica quotidiana.

BENEFICENZA

Nell'inglese comune il termine **beneficenza** connota azioni mosse da pietà, bontà e carità. L'altruismo, l'amore e l'umanità sono talvolta ritenute delle forme di **beneficenza**. La **beneficenza** si riferisce ad azioni fatte per il bene altrui; la **benevolenza** si riferisce a un tratto del carattere o alla virtù dell'inclinazione ad agire per il bene di altri. Il **principio di beneficenza** si riferisce all'obbligo morale di agire a beneficio degli altri. Molti atti di beneficenza non sono obbligatori, ma il principio di beneficenza nel nostro senso afferma l'obbligo di aiutare gli altri a soddisfare i loro principali e legittimi interessi. Anche solo l'azione di dare un farmaco placebo può essere un esempio di quando dichiarare la verità può nuocere più che beneficiare.

GIUSTIZIA

I termini **equità**, **merito** e **titolarità** sono stati impiegati da vari filosofi nei loro tentativi di spiegazione della giustizia. Tutte queste teorie interpretano la giustizia come un comportamento imparziale, equo e appropriato, che tiene conto di quel che è dovuto alle persone. Una situazione riguardante la giustizia è presente ogni volta che dei benefici e degli oneri spettino alle persone per delle caratteristiche o condizioni specifiche, come il fatto di essere produttive o di essere state danneggiate da un'altra persona. Il concetto di giustizia appare tanto inafferrabile quanto la lotteria appare capricciosa; molti dei **principi di giustizia** proposti non sono distinti né indipendenti da altri principi, come quelli di non maleficenza e di beneficenza. Un tema che più si avvicina al concetto di giustizia in sanità è la giusta ripartizione delle risorse sanitarie. Ripartire significa distribuire per spartizione; tale distribuzione non presuppone né una persona né un sistema che raziona le risorse.

Queste decisioni sulla ripartizione dei fondi stabiliscono quanta assistenza sanitaria ripartire e quale tipo fornire per quali problemi. Per esempio, i fondi ripartiti per la ricerca medica

e biologica influenzano non solo la scelta di una professione, di una specializzazione o di un istituto, ma si ripercuotono anche drasticamente sulla salute del malato. Permangono considerevoli controversie circa le basi teoriche della giustizia e le maniere per gestire i conflitti tra principi e regole.



SUGGERIMENTI PROFESSIONALI

Autonomia

- I pazienti capaci di intendere e di volere hanno diritto all'autodeterminazione, anche se le loro decisioni possono danneggiarli.
- Probabilmente una delle cose più difficili da accettare per gli infermieri è il fatto che i pazienti sono in ultima analisi responsabili di se stessi; essi fanno ciò che vogliono.



ASSISTENZA IN COMUNITÀ/A DOMICILIO

Autonomia del paziente

Con l'aumentato livello di criticità dei pazienti assistiti a domicilio, gli infermieri domiciliari affrontano questioni etiche sempre più profonde, in quanto hanno un minor grado di controllo su ciò che il paziente fa nella vita di tutti i giorni a casa.

TABELLA 4-2 Principi etici

| PRINCIPIO | SPIEGAZIONE |
|-----------------|--|
| Autonomia | Rispettare il diritto di autodeterminazione degli individui; rispettare la libertà individuale |
| Non maleficenza | Non fare male e non apportare danno ad altri |
| Beneficenza | Fare del bene agli altri e preservare l'equilibrio tra benefici e rischi |
| Giustizia | Distribuire equamente i potenziali benefici e rischi |

IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

Il **Codice Deontologico** fissa le norme dell'agire professionale e definisce i principi guida che strutturano il sistema etico in cui si svolge la relazione con la persona/assistito.

I termini utilizzati per definire gli interventi assistenziali tengono le chiavi interpretative della natura dell'atto infermieristico che ricerca e persegue, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, appropriatezza e pertinenza nell'interesse primario della persona assistita. Questi capi sono *specifici, autonomi e di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa*.

L'infermiere è un soggetto attivo, che agisce in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per assistere e perseguire la salute intesa come bene fondamentale.

Nel processo del prendersi cura del paziente, l'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse e che sostiene perché raggiunga la maggiore autonomia possibile, soprattutto quando vi è disabilità, svantaggio o fragilità.

CLAUSOLA DI COSCIENZA

La relazione insita nel rapporto infermiere-assistito è ricca di incontri, scambi, confidenze, confronti, richieste, ma è anche possibile che tutto ciò crei incomprensioni o tensioni derivanti dalle diverse visioni etiche; ne sono esempi la concezione della vita, il significato della sofferenza, l'idea e la percezione della propria dignità, la libertà di scelta rispetto ai percorsi diagnostici e terapeutici.

In questi momenti gli strumenti fondamentali per la mediazione dei conflitti sono l'ascolto, il confronto e soprattutto il dialogo, da mantenere anche quando l'assistito replica comportamenti e richieste tali da rendere continuo il contrasto etico. Per risolvere o mediare tale conflitto, il Codice Deontologico dell'Infermiere propone la **clausola di coscienza**: essa permette all'infermiere di rendere trasparente la sua opposizione a richieste in contrasto con i principi della professione e con i valori al di fuori delle situazioni in cui l'obiezione di coscienza è prevista e regolamentata dalle leggi.

L'art. 8 del Codice Deontologico dell'Infermiere recita: *"L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolmabilità e la vita dell'assistito".*

Avvalendosi della clausola di coscienza l'infermiere rende trasparente la sua opposizione e partecipa in modo coerente ai principi della professione e quindi all'assistere, curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo; pertanto, in ogni caso l'infermiere si adopererà perché l'assistito riceva, attraverso l'intervento di altri colleghi, le prestazioni necessarie per la sua incolmabilità e per la sua vita. Agirà, dunque, con prudenza per non nuocere e si richiamerà al principio dell'equità nelle scelte allocative per un uso ottimale delle risorse disponibili.

L'INFERMIERE E IL CONSENSO INFORMATO

Il **consenso informato**, ovvero la corretta informazione del paziente allo scopo di ottenere una valida condivisione e partecipazione dell'assistito all'atto infermieristico o medico, introduce un argomento che pervade l'intera etica infermieristica.

L'art. 23 del Codice Deontologico dell'Infermiere recita: *"L'infermiere riconosce il valore dell'informazione [...] e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita".*

Spicca l'obiettivo di un paziente "giustamente soddisfatto" secondo i canoni di quella qualità percepita e secondo gli elementi di un'autentica "autonomia" decisionale da parte dell'assistito.

Ovviamente si fa qui riferimento a una valenza estensiva del consenso informato e non giuridica o formale. Né qui si tratta dell'applicabilità a eventi cruciali quali quelli manipolativi o demolitivi che implicano decisioni di vita o di morte. Si tratta di un livello meno evidente, ma più pregnante rispetto al vissuto del paziente e alla sua compliance. Ad esempio, tocca all'infermiere scegliere quali presidi utilizzare o quali scartare nell'espletamento di pratiche sanitarie, decidere in quali momenti prevedere certe attività del paziente e in quali escluderle, adottare o meno procedure che presentano un diverso grado di invasività o cruenta, intervenire sui processi di vita quotidiana dei pazienti imponendo più o meno le proprie scelte e provvedendo a motivarle, ma sempre richiedendo l'autorizzazione al diretto interessato.

I DILEMMI ETICI

Oggi gran parte della discussione bioetica in ambito morale non riguarda più la scelta tra etica deontologica ed etica consequenzialista, ma tra un'etica *con* e un'etica *senza* divieti assoluti. Nell'ambito della bioetica, la disciplina che studia il problema delle scelte morali in questioni aventi a che fare con la vita biologica, il contrasto è tra un'etica della *sacralità della vita (umana)* ed un'etica della *qualità della vita*.

EUTANASIA

Il termine **eutanasia** deriva dal Greco e significa "buona morte". Nei nostri tempi questo termine si riferisce all'azione intenzionale di procurare la morte per scelta dell'individuo che si trova in una situazione incurabile o di sofferenza eccessiva.

Praticare l'eutanasia consiste in un'azione come "staccare la spina", "scollegare il sondino di alimentazione", "interrompere l'idratazione artificiale" a pazienti che dipendono da una macchina.

RIFIUTO AL TRATTAMENTO

Il **rifiuto al trattamento** che un paziente non desidera è sproporzionalmente gravoso al soggetto stesso, il quale non ne beneficerà, ma è sia eticamente che legalmente permisibile (Curtin 1995).

Uno dei possibili dilemmi etici in questione può essere l'utilizzo del ventilatore nei pazienti affetti da SLA (Sclerosi Laterale Amiotrofica) che, se non collegati a tale strumento, non hanno prospettive di vita.

Le domande bioetiche in questione sono le seguenti: "Che qualità della vita avrà il paziente se la sua vita sarà prolungata dall'utilizzo della macchina?"; "Quali sono i costi fisici, emozionali, psicologici ed anche economici?".

I principi e le regole, ed anche le teorie, non possono contemplare ciò che accade quando i genitori allevano e giocano amorevolmente con i loro bambini o quando i medici e gli infermieri danno cure palliative a un paziente moribondo e conforto all'angosciato coniuge del paziente. I nostri sentimenti e le nostre preoccupazioni per gli altri ci portano ad azioni che non possono essere ricondotte all'osservanza di principi e regole e tutti riconoscono che la moralità sarebbe una pratica fredda e piatta se non ci fossero i vari tratti del carattere, delle risposte emotive e degli ideali che vanno oltre i principi e le regole.

TESTAMENTO BIOLOGICO

Per **testamento biologico** si intende un documento scritto in cui, in anticipo e magari molti anni prima, l'interessato, quando è sano, consapevole e capace, lascia non solo disposizioni circa la propria fine nel caso essa avvenga quando avrà perso la capacità decisionale, ma indica anche un fiduciario che decida per lui ove si presentassero situazioni non previste nel testamento. In questo senso il testamento biologico è una forma particolarmente solenne della direttiva anticipata, ossia la disposizione lasciata anche in forma orale ad amici o persone di fiducia circa i trattamenti di fine vita. È opportuno riconoscere che il testamento biologico, come ogni strumento umano, non è perfetto. Un problema che presenta è che, pur essendo un portato dell'uguaglianza dovuta ai cittadini, l'esperienza fatta in molti Paesi del mondo mostra che solo una minoranza delle persone (tra il 15% e il 20% al massimo) si preoccupa di sottoscrivere il proprio testamento biologico.

ALLOCAZIONE DELLE RISORSE SANITARIE E DIRITTO ALLA SALUTE

Un'opinione ampiamente diffusa afferma che quando si ha a che fare con la salute non si debba badare a spese; si pensa che i co-

sti economici non debbano essere affatto considerati, perché altrimenti si opererebbe una mercificazione della vita umana, che invece non ha prezzo. Quest'idea era forse accettabile quando il medico in passato era una sorta di artigiano, che controllava ogni aspetto dell'intervento sanitario avvalendosi dei pochi strumenti che potevano essere contenuti nella caratteristica borsa del dottore. Oggi l'assistenza sanitaria di cui il medico è portatore fa parte di una vera e propria impresa industriale, in cui gli operatori della salute fanno parte di un'ampia organizzazione che comprende laboratori per la ricerca scientifica, la produzione di farmaci e di strumenti, la commercializzazione, ecc.

Uno dei numerosi esempi di **allocazione delle risorse** è l'acquisto del sangue artificiale per i Testimoni di Geova: si tratta di un bisogno fondamentale o di un'opzione sanitaria?

Stando ai frequenti dilemmi che si presentano in materia, sembra che il modo migliore per descrivere i problemi concernenti l'allocatione delle risorse sanitarie sia quello di ricorrere alla metafora usata da Gillon, per il quale ci troviamo in una situazione analoga a quella del giocoliere, che fa roteare in aria tre o quattro birilli, riuscendo nell'esercizio per qualche tempo fino a quando un birillo sfugge alla presa e cade, costringendolo a una pausa. Ma il bravo giocoliere riprende prontamente il birillo caduto e riprova a tenerli tutti in aria contemporaneamente. Così avviene nella società, in cui ci si deve destreggiare tra pretese diverse e spesso confliggenti.

RIASSUNTO

- Il diritto alla salute fa parte di quei diritti essenziali che la Costituzione italiana garantisce ed è una delle caratteristiche del nostro Stato sociale che, attraverso il Servizio Sanitario Nazionale istituito nel 1978, si impegna a realizzare politiche sociali adeguate a garantire cure gratuite ai bisognosi e a tutelare la salute dei singoli e della collettività, così come previsto dall'articolo 32 della Costituzione.
- L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica che è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale e interesse della collettività e si impegna a tutelarlo.
- Gli aspetti giuridici della professione infermieristica si trovano principalmente in "Profilo professionale" D.M. 739/94, legge 251/2000 e Codice Deontologico. Le responsabilità dell'infermiere sono di natura penale (commissione di un reato), civile (violazione di regole poste a tutela di interessi prevalentemente di natura privatistica) e disciplinare (legata a obblighi derivanti

dal contratto di lavoro e verso il Collegio professionale). L'infermiere è inoltre responsabile della documentazione infermieristica sia sul piano giuridico che professionale.

- Dall'art. 32 della Costituzione deriva l'istituto del consenso informato, quale essenziale e imprescindibile legittimazione giuridica dell'atto sanitario, altrimenti passibile come reato.
- L'infermiere deve garantire le informazioni relative alle cure assistenziali, come previsto dal Codice Deontologico, e assicurare e tutelare la privacy nel trattamento dei dati relativi al paziente.
- Oggi gran parte della discussione bioetica in ambito morale non riguarda più la scelta tra etica deontologica ed etica consequenzialista, ma tra un'etica con e un'etica senza divieti assoluti. Nell'ambito della bioetica, la disciplina che studia il problema delle scelte morali in questioni aventi a che fare con la vita biologica, il contrasto è tra un'etica della *sacralità della vita (umana)* ed un'etica della *qualità della vita*.

DOMANDE DI VERIFICA

1. Secondo l'art. 32 della Costituzione italiana:
 1. la tutela della salute è un diritto fondamentale dell'individuo e un dovere verso i familiari
 2. la legittima difesa è un fatto non punibile dal Codice Penale
 3. la tutela della salute è un diritto fondamentale dell'individuo e un interesse della collettività
 4. i trattamenti sanitari sono concordati con i familiari, in caso di impossibilità di decisione del paziente
2. Quali sono le responsabilità professionali dell'infermiere?
 1. Responsabilità civile, disciplinare, aziendale
 2. Responsabilità penale, civile, ordinistico-disciplinare
 3. Responsabilità penale, disciplinare, aziendale
 4. Responsabilità civile, ordinistica, pubblica
3. Che cos'è il Codice Deontologico?
 1. Un insieme di leggi
 2. Un contratto di lavoro
 3. Uno strumento che regola i comportamenti dei professionisti
 4. Uno strumento per la difesa del lavoro professionale
4. La Legge 251/2000 è una legge che:
 1. regolamenta il consenso informato

2. attribuisce agli infermieri la diretta responsabilità della gestione dei processi assistenziali e istituisce la dirigenza infermieristica
3. definisce gli ambiti delle competenze professionali degli infermieri
4. sostituisce la denominazione di "professione sanitaria ausiliaria" con quella di "professione sanitaria"
5. La clausola di coscienza:
 1. è normata da leggi nei casi di interruzione volontaria di gravidanza, sperimentazione animale, procreazione medicalmente assistita
 2. è contemplata nel Codice Penale
 3. è stata introdotta nel Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009
 4. non è applicabile nell'ambito dell'assistenza infermieristica
6. Qual è il ruolo dell'infermiere in merito al consenso informato?
 1. Deve conoscere il percorso diagnostico, riconoscere l'informazione multiprofessionale e tenere conto di quanto dichiarato dal paziente
 2. Contrario all'accanimento informativo, rispetta la volontà di non essere informati, rispetta la privacy del paziente
 3. Deve obbligare il paziente a firmare il modulo di consenso
 4. Le risposte 1 e 2 sono entrambe corrette
7. Quali sono le distinzioni tra etica e diritto?
 1. Condotta umana, sfera dei rapporti tra gli esseri umani, presenza della sanzione
2. Riferimento a norme e valori, presenza di un codice scritto
3. Tutela esclusiva dell'essere umano o dell'intera biosfera
4. Presenza di un codice scritto, grado di adesione interiore alle norme che vengono applicate, presenza della sanzione
8. Quali sono i principi del contrattualismo?
 1. Principio di solidarietà e principio di beneficenza
 2. Principio di autonomia e principio di solidarietà
 3. Principio di autonomia e principio di beneficenza
 4. Principio di autonomia e principio delle conseguenze
9. Il principio di autodeterminazione indica:
 1. il diritto di scegliere lo staff infermieristico che si occuperà della sua assistenza
 2. il diritto di scelta in ambito di trattamenti sanitari anche per le persone che versino in uno stato di sopravvenuta incapacità di formulare o comunicare le scelte medesime
 3. il consenso ai trattamenti sanitari solo quando la persona è in grado di poter decidere
 4. il diritto dell'interessato/familiare alla scelta dei trattamenti sanitari, dopo l'opportuna informazione da parte del medico
10. Quali sono le caratteristiche del principio di beneficenza?
 1. Garantisce un'equa distribuzione delle risorse sanitarie
 2. Prevenire il danno, eliminare il male, promuovere il bene, proporzionare i benefici in rapporto ai costi e ai rischi
 3. Si fonda sull'obbligo di una giusta distribuzione dei benefici, dei rischi e dei costi
 4. Si esprime nel non arrecare intenzionalmente danno

BIBLIOGRAFIA/LETTURE CONSIGLIATE

Luca Benci. Aspetti giuridici della professione infermieristica. McGraw-Hill Companies, 2011.

Luca Benci. Elementi di legislazione sanitaria e di biodiritto. McGraw-Hill Companies, 2009.

Patrizia Borsellino. Bioetica tra "morali" e diritto". Raffaella Cortina, 2009.

Federazione Nazionale collegi IPASVI. Commentario codice deontologico dell'infermiere 2009. McGraw-Hill, 2009.

Helga Kuhse. Prendersi cura - l'etica e la professione di infermiera. Comunità, 1988.

Eugenio Lecaldano. Bioetica - Le scelte morali. Laterza, 2005.

Maurizio Mori. Introduzione alla bioetica – 12 temi per capire e discutere. Espress, 2012.

Maurizio Mori. Manuale di bioetica – verso una civiltà biomedica secolarizzata. Le Lettere, 2010.

Roberta Sala. Etica e bioetica per l'infermiere. Carocci Faber, 2009.

FONTI

Consulta di bioetica, <http://www.consultadibioetica.org>

Diritto, <http://www.diritto.it>

Diritto sanitario, <http://www.dirittosanitario.net>

Governo, <http://www.governo.it>

IPASVI, <http://www.ipasvi.it>

Quirinale, <http://www.quirinale.it>



L. White • G. Duncan • W. Baumle

Fondamenti di Infermieristica

Principi generali dell'assistenza infermieristica

Accedi all'**ebook** e ai
contenuti digitali ➤ Espandi le tue risorse ➤ con un libro che **non pesa** e si **adatta**
alle dimensioni del tuo **lettore**



All'interno del volume il **codice personale** e le istruzioni per accedere alla versione **ebook** del testo e agli ulteriori servizi.
L'accesso alle risorse digitali è **gratuito** ma limitato a **18 mesi dalla attivazione del servizio**.