

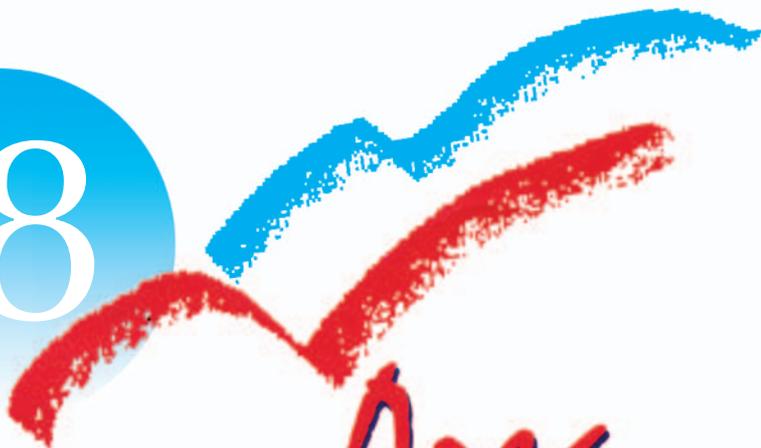
18

Speciale Congresso
Speciale Congresso

1° Supplemento a "SCENARIO" 3/2008
Direttore responsabile: Maria Benetton
Autorizzazione Tribunale di Arezzo 4/84 R.S.
Spedizione in abbonamento postale art. 2 comma
20/b, legge 662/96 Filiale di Firenze
Direzione e redazione: ANIARTI
Via Val di Sieve, 32 50127 Firenze
Tel. 055/434677 - Fax 055/435700
Cell. 340/4045367/5
Sito: www.aniarti.it - e-mail: aniarti@aniarti.it

Stampa: Tipografia San Marco,
Via Della Treccia, 14 - 50145 Firenze

Gli articoli pubblicati su Area... libera non sono stati sottoposti a nessun tipo di revisione editoriale e/o scientifica. Vengono proposti come stimolo al confronto ed alla discussione professionale.



Area... libera

3rd congresso congresso 27°



European federation of Critical
Care Nursing associations

associazione nazionale
infermieri di area critica



Firenze – Italia

9 – 11 Ottobre 2008

Influire sull'assistenza infermieristica di area critica in Europa

"Influencing Critical Care Nursing in Europe"

per tutte le informazioni consulta il sito: www.aniarti.it

A distanza di quasi dieci anni si va alla revisione del nostro Codice Deontologico; non sembra che sia trascorso molto tempo da quando venne pubblicato questo documento "cardine" per la Professione Infermieristica, ma in realtà il tempo reale e il tempo dei cambiamenti sociali sono fra di loro incomparabili. La scena italiana è stata occupata, da situazioni, da fatti e da discussioni che impongono un'attenzione ancor più critica al senso dell'identità professionale e al valore etico-deontologico che l'infermiere riconduce alla sua attività. I casi non sono mancati: la condizione e le richieste di malati inguaribili e terminali, le proposte di revisione della legge 194 sull'interruzione di gravidanza, la discussione sull'obiezione di coscienza, le direttive anticipate o testamento biologico, ma anche il ruolo dell'infermiere che non si riconosce più in un esecutore o in un deputato di atti delegati da altra professione.

Gli infermieri sono obbligati a rileggere periodicamente la propria identità e valori di riferimento professionali anche se sembra che ciò ci tocchi marginalmente nel lavoro quotidiano; ma riguardano invece a fondo le loro Competenze ed il loro Ruolo, in quanto operatori in un campo come la sanità, che è, inevitabilmente, non solo luogo e strumento di prestazioni tecniche (preventive, curative, riabilitative), ma anzitutto e soprattutto uno degli indicatori più profondi di una civiltà di

rispetto, difesa, promozione dei diritti più a rischio di violazione.

La professione infermieristica è capace di essere portatrice di una progettualità a misura delle sfide e delle richieste che vengono da una società sempre più consapevole della titolarità di diritti personali che sono vissuti come unici elementi di decisione nella propria vita, ma che, in misura altrettanto schizofrenica, dimentica talvolta la cultura dei diritti di coloro che più ne sono privati (poveri, disabili, stranieri, perseguitati di ogni genere).

L'etica è un modo di rapportarsi con la storia sociale e con gli altri, ed è in base alla dimensione etica che si operano scelte e ci si pongono limiti.

Non diventa quindi inutile interrogarci su quali siano le prossime norme che regolano il nostro agire professionale. La Federazione Nazionale IPASVI farà sicuramente le sue analisi e discussioni qualificate con i Collegi e le Associazioni, ma la rappresentatività professionale non esime i singoli infermieri ad esprimere la propria posizione e riflessione. Apriamo quindi questo numero di Area Libera con la lettura speculare dell'attuale Codice Deontologico e della bozza che andrà alla sua definizione nei primi mesi del 2009.

Leggiamolo, commentiamolo anche con i nostri Colleghi e facciamo proposte; su questo Aniarti si impegna a raccogliere tutti i vostri suggerimenti, riflessioni, perplessità.

Verranno poi trasmesse alla Federazione Nazionale IPASVI prima della stesura del documento definitivo.



Federazione
nazionale
Collegi Ipasvi



FEDERAZIONE NAZIONALE
INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

Sono trascorsi quasi dieci anni dall'emanazione del Codice deontologico dell'infermiere, presentato a Rimini nel 1999 durante la celebrazione del XII Congresso nazionale Ipasvi.

In questi dieci anni profondi sono stati i cambiamenti che hanno coinvolto l'intera società, il mondo della sanità e la professione infermieristica.

Opportuno, quindi, è sembrato al Comitato centrale della Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi il procedere a una verifica e a una revisione del Codice deontologico degli infermieri italiani, strumento di fondamentale importanza ai fini dell'esercizio professionale.

La Presidente e il Comitato centrale invitano, quindi, tutti gli infermieri a dare il proprio contributo alla riflessione e al dibattito sui principi e sui valori che costituiscono una guida e un punto di riferimento costante dell'agire professionale.

Con questo incontro si apre la "stagione del confronto" su un documento che, in quanto "prima revisione" del Codice, è aperto a modifiche, integrazioni ed arricchimenti.

L'invito è, in particolare, rivolto ai Presidenti dei Collegi provinciali Ipasvi e ai Presidenti delle Associazioni infermieristiche affinché si facciano carico di promuovere e sostenere questa importante "stagione del confronto" nella consapevolezza di essere parte di un ulteriore e importante momento di crescita e maturazione della professione.

Il documento, ancora in fieri nell'articolato, potrà essere così completato anche con il Preambolo e con la strutturazione per Capi.

Un ringraziamento particolare è rivolto agli esperti che hanno collaborato con il Comitato centrale:

- Giannantonio Barbieri, avvocato
- Daniele Rodriguez, medico legale
- Antonio G. Spagnolo, bioeticista

La Presidente della Federazione
Nazionale dei Collegi Ipasvi
Annalisa Silvestro

IL CODICE DEONTOLOGICO DELL'INFERMIERE

Prima revisione – 12 febbraio 2008

Articolo 1

L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.

Articolo 2

L'assistenza infermieristica è servizio alla persona e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari, di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.

Articolo 3

La responsabilità dell'infermiere consiste nel curare e prendersi cura della persona, nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

Articolo 4

L'infermiere orienta la sua azione al bene dell'assistito, di cui attiva le risorse sostenendolo nel raggiungimento della maggiore autonomia possibile anche quando vi sia disabilità, svantaggio, fragilità.

Articolo 5

Il rispetto dei principi etici e dei diritti fondamentali dell'uomo è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.

Articolo 6

L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, palliazione e riabilitazione.

Articolo 7

L'infermiere presta assistenza secondo equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché dell'etnia, del genere e delle condizioni sociali della persona.

Articolo 8

L'infermiere, nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo.

L'infermiere, qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori,

IL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI

Maggio 1999

I DOVERI DEGLI INFERMIERI SONO I DIRITTI DEI CITTADINI

Articolo 1

PREMESSA

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

Articolo 2

PRINCIPI ETICI DELLA PROFESSIONE

- 2.1. Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'assunzione della responsabilità delle cure infermieristiche.
- 2.2. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla

si avvale dell'obiezione di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito.

Articolo 9

L'infermiere, nell'agire professionale, si impegna ad operare con prudenza anche al fine di non nuocere.

Articolo 10

L'infermiere contribuisce a rendere eque le scelte allocative, anche attraverso l'uso ottimale delle risorse disponibili.

Articolo 11

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca.

Progetta e svolge attività di formazione, promuove ed attiva la ricerca e cura la diffusione dei risultati.

Articolo 12

L'infermiere chiede formazione e/o supervisione per pratiche nuove o sulle quali non ha esperienza.

Articolo 13

L'infermiere assume responsabilità in base al proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, all'intervento o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo le proprie conoscenze ed abilità a disposizione della comunità professionale.

Articolo 14

L'infermiere riconosce che l'interazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per rispondere ai problemi dell'assistito.

Articolo 15

L'infermiere riconosce il valore della sperimentazione clinica e assistenziale per l'evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull'assistito.

L'infermiere si astiene dal partecipare a sperimentazioni nelle quali l'interesse del singolo sia subordinato all'interesse della società.

Articolo 16

L'infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici vissuti nell'operatività quotidiana e promuove il ricorso alla consulenza etica, anche al fine di contribuire all'approfondimento della riflessione bioetica.

Articolo 17

L'infermiere, nell'agire professionale è libero da condizionamenti derivanti da pressioni o interessi di persone assistite, altri operatori, imprese, associazioni, organismi.

Articolo 18

L'infermiere, in situazioni di emergenza-urgenza, presta soccorso e si attiva per garantire l'assistenza necessaria; in caso di calamità si mette a disposizione dell'autorità competente.

Articolo 19

L'infermiere, attraverso l'informazione e l'educazione, promuove stili di vita sani e la diffusione del valore e della cultura della salute; a tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.

Articolo 20

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

Articolo 21

L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di assistenza, tenendo conto della dimensione interculturale.

Articolo 22

L'infermiere conosce il progetto diagnosticoterapeutico per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e sulla relazione con l'assistito.

Articolo 23

L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi-professionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita.

Articolo 24

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnosticoterapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

Articolo 25

L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà della per-

sona con attività di prevenzione, cura e riabilitazione.

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

Articolo 3

NORME GENERALI

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

Articolo 4

RAPPORTI CON LA PERSONA ASSISTITA

- 4.1. L'infermiere promuove, attraverso l'educazione, stili di vita sani e la diffusione di una cultura della salute; a tal fine attiva e mantiene la rete di rapporti tra servizi e operatori.
- 4.2. L'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte.
- 4.3. L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne facilita i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, che coinvolge nel piano di cura.
- 4.4. L'infermiere ha il dovere di essere informato sul progetto dia-

sona di non essere informata, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri.

Articolo 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Articolo 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

Articolo 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta della reciproca fiducia con l'assistito.

Articolo 29

L'infermiere promuove le migliori condizioni possibili di sicurezza dell'assistito e dei familiari, concorrendo allo sviluppo della cultura dell'imparare dall'errore e partecipando alle iniziative per la gestione del rischio clinico.

Articolo 30

L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione sia evento straordinario, motivato da prescrizione terapeutica o da documentate valutazioni assistenziali.

Articolo 31

L'infermiere concorre alla sperimentazione clinico-assistenziale conoscendone il protocollo, anche per valutare le implicazioni per l'assistenza e per l'assistito.

Articolo 32

L'infermiere si adopera affinché l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche e sperimentali sia presa in considerazione, tenuto conto dell'età del minore e del suo grado di maturità.

Articolo 33

L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone che si trovano in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

Articolo 34

L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico dell'assistito, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerlo segnalando le circostanze, ove necessario, all'autorità competente.

Articolo 35

L'infermiere si attiva per alleviare la sofferenza, adoperandosi affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari.

Articolo 36

L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.

Articolo 37

L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.

Articolo 38

L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato.

Articolo 39

L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.

Articolo 40

L'infermiere non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito.

Articolo 41

L'infermiere favorisce l'informazione e l'educazione sulla donazione di sangue, tessuti ed organi e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Articolo 42

L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe.

Articolo 43

L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà.

Articolo 44

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale ogni abuso o comportamento dei colleghi contrario alla deontologia.

gnostico terapeutico, per le influenze che questo ha sul piano di assistenza e la relazione con la persona.

4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere. Si adopera affinché la persona disponga di informazioni globali e non solo cliniche e ne riconosce il diritto alla scelta di non essere informato.

4.6. L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza.

4.7. L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.

4.8. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.

4.9. L'infermiere promuove in ogni contesto assistenziale le migliori condizioni possibili di sicurezza psicofisica dell'assistito e dei familiari.

4.10. L'infermiere si adopera affinché il ricorso alla contenzione fisica e farmacologica sia evento straordinario e motivato, e non metodica abituale di accudimento. Considera la contenzione una scelta condivisibile quando vi si configuri l'interesse della persona e inaccettabile quando sia una implicita risposta alle necessità istituzionali.

4.11. L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte terapeutiche, in relazione all'età ed al suo grado di maturità.

4.12. L'infermiere si impegna a promuovere la tutela delle persone in condizioni che ne limitano lo sviluppo o l'espressione di sé, quando la famiglia e il contesto non siano adeguati ai loro bisogni.

4.13. L'infermiere che rilevi maltrattamenti o privazioni a carico della persona, deve mettere in opera tutti i mezzi per proteggerla ed allertare, ove necessario, l'autorità competente.

4.14. L'infermiere si attiva per alleviare i sintomi, in particolare quelli prevenibili. Si impegna a ricorrere all'uso di placebo solo per casi attentamente valutati e su specifica indicazione medica.

4.15. L'infermiere assiste la persona, qualunque sia la sua condizione clinica e fino al termine della vita, riconoscendo l'importanza del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale. L'infermiere tutela il diritto a porre dei limiti ad eccessi diagnostici e terapeutici non coerenti con la concezione di qualità della vita dell'assistito.

4.16. L'infermiere sostiene i familiari dell'assistito, in particolare nel momento della perdita e nella elaborazione del lutto.

4.17. L'infermiere non partecipa a trattamenti finalizzati a provocare la morte dell'assistito, sia che la richiesta provenga dall'interessato, dai familiari o da altri.

4.18. L'infermiere considera la donazione di sangue, tessuti ed organi un'espressione di solidarietà. Si adopera per favorire informazione e sostegno alle persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

Articolo 5

RAPPORTI PROFESSIONALI CON I COLLEGHI E GLI ALTRI OPERATORI SANITARI

5.1. L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori, di cui riconosce e rispetta lo specifico apporto all'interno dell'équipe. Nell'ambito delle proprie conoscenze, esperienze e ruolo professionale contribuisce allo sviluppo delle competenze assistenziali.

5.2. L'infermiere tutela la dignità propria e dei colleghi, attraverso comportamenti ispirati al rispetto e alla solidarietà. Si adopera affinché la diversità di opinione non ostacoli il progetto di cura.

5.3. L'infermiere ha il dovere di autovalutarsi e di sottoporre il proprio operato a verifica, anche ai fini dello sviluppo professionale.

5.4. Nell'esercizio autonomo della professione l'infermiere si attiene alle norme di comportamento emanate dai Collegi Ispasvi; nella definizione del proprio onorario rispetta il vigente Nomenclatore tariffario

5.5. L'infermiere tutela il decoro del proprio nome e qualifica professionale anche attraverso il rispetto delle norme che regolano la pubblicità sanitaria.

Articolo 45

L'infermiere tutela il decoro proprio e della professione ed esercita l'attività con lealtà nei confronti dei colleghi e degli altri operatori.

Articolo 46

L'infermiere si ispira a trasparenza e veridicità nei messaggi pubblicitari e nella divulgazione delle informazioni, nel rispetto delle indicazioni fornite dal proprio organismo di rappresentanza professionale.

Articolo 47

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, contribuisce ad orientare le politiche e lo sviluppo del sistema sanitario, al fine di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'equo utilizzo delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale.

Articolo 48

L'infermiere, ai diversi livelli di responsabilità, di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali della struttura in cui opera o a cui afferisce il proprio assistito.

Articolo 49

L'infermiere compensa le carenze della struttura attraverso un comportamento ispirato alla cooperazione, nell'interesse dei cittadini e dell'istituzione.

L'infermiere, qualora vengano a mancare i caratteri della eccezionalità o sia pregiudicato il suo prioritario mandato professionale, si oppone alla compensazione specificandone le ragioni, pur impegnandosi per il superamento delle carenze o dei disservizi.

Articolo 50

L'infermiere, a tutela della salute delle persone, segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni che possono configurare l'esercizio abusivo della professione infermieristica.

Articolo 51

L'infermiere segnala al proprio organismo di rappresentanza professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale.

5.6. L'infermiere è tenuto a segnalare al Collegio ogni abuso o comportamento contrario alla deontologia, attuato dai colleghi.

Articolo 6

RAPPORTI CON LE ISTITUZIONI

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

Articolo 7

DISPOSIZIONI FINALI

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

MITTENTE

Nato a _____ il _____
 iscritto presso il Collegio
 IPASVI di _____

Al Presidente Aniarti
 Ufficio Soci
 Via Val Di Sieve, 32
 50127 – Firenze

PROPOSTA di modifiche e/o commenti all'attuale bozza del
 Codice Deontologico 2009.

ART.....:

Vertical lines for writing the proposal.

Invviare: Aniarti fax 055 – 435700 o e-mail scenario@aniarti.it
 con oggetto "Bozza Codice Deontologico 2009"



Le nuove frontiere della salute. Infermieri di area critica e l'etica

Elio Drigo - Presidente Aniarti

Relazione presentata al Congresso Nazionale Aniarti, Rimini 2007

Questo intervento ha l'obiettivo di fornire un contributo alla riflessione sul tema dell'etica e dell'equità. Porremo in questa prima fase alcuni elementi di riflessione in termini generali, che poi verranno declinati per la pratica quotidiana dell'assistenza infermieristica.

Alcuni determinanti dell'etica. Da che cosa viene condizionata oggi la riflessione etica? Elementi fondamentali sono le comunicazioni e la loro nuova dimensione. Rispetto ad alcuni decenni fa oggi sono molto ampie, veloci e diffuse e contribuiscono a relazioni interumane diverse fra i singoli soggetti ma anche tra le società.

Un secondo determinante rispetto alle dimensioni delle caratteristiche che assume oggi la questione etica è quello del controllo delle risorse. Sempre di più in un'ottica praticamente mondiale e delle comunicazioni molto diffuse, vediamo che il tema della distribuzione e soprattutto del controllo delle risorse diventa un tema cruciale anche per la determinazione delle istituzioni politiche; di conseguenza, anche rispetto alle scelte che queste istituzioni fanno, le quali purtroppo molte volte sono direttamente condizionate da quanti controllano le risorse a livello mondiale, in assenza di confini ormai facilmente superati se non abbattuti.

Un altro elemento determinante nel fluire delle trasformazioni è stata la nuova percezione del *diritto al diritto*. Sempre più persone si rendono consapevoli di essere portatrici di diritti e la richiesta diventa sempre più pressante e diffusa. Essa manifesta certamente un'evoluzione molto positiva del mondo, che però pone anche dei quesiti etici e degli interrogativi importanti ed estremamente nuovi.

Infine, la società è diventata una società complessa, una società che non è più relativamente stabile come solo pochi decenni fa. Qui intendiamo parlare di società in termini molto ampi. Parliamo di una società complessa anche perché fa diventare la questione etica trasversale e pervasiva di fronte a qualunque tematica vogliamo affrontare.

Possiamo esaminare le dimensioni dell'etica su due versanti: da una parte pensando

dove sta andando la comunità umana; e per quanto riguarda noi, per la riflessione di oggi, dove sta andando il servizio per la salute.

Dove sta andando la comunità

Due mondi sembrano esistere, lacerati tra di loro dalla ricerca di diritti da una parte e dall'altra, dalla difesa di privilegi acquisiti fino a questo momento, certamente sulla base del controllo delle risorse.

Di conseguenza, dove sta andando il servizio per la salute nei confronti delle persone e delle società? Anche qui vediamo due livelli di approccio: uno che può essere considerato un approccio verso la qualità dei livelli della salute ed un altro orientato ancora purtroppo soltanto verso la quantità. Questi due approcci vengono determinati eminentemente dalla disponibilità delle risorse.

Vediamo quello che è l'approccio verso una salute di qualità, quello nel quale noi siamo inseriti.

Quali sono stati gli sviluppi verso un tipologia di qualità dell'assistenza e della salute? Le conoscenze si sono enormemente sviluppate ed in maniera sempre più rapida. Si sono sviluppate e sono state costruite strutture, strumenti, metodologie di lavoro ed altro.

I farmaci curavano le malattie, adesso stiamo orientandoci sempre di più alla genetica per prevenire le malattie prima che si manifestino; l'evoluzione è estremamente importante su questo versante.

Se inizialmente pensavamo alla salute come assenza di malattia, adesso pensiamo alla salute come qualità di vita e con un'accezione sempre più precisa all'interno di questo concetto.

Siamo passati dall'utilizzo dei professionisti da parte dei cittadini per i propri problemi - i professionisti erano al servizio dei cittadini - ad una situazione in cui i cittadini richiedono una partecipazione alle scelte dei professionisti. Questo indica che l'umanità sta evolvendo e diventando sempre più matura.

Un aspetto da prendere in considerazione è il fatto che siamo passati dalle decisioni etiche, che in ambito sanitario venivano prese sostanzialmente dai professionisti perché erano molto più semplici, compresse e strutturate, a decisioni partecipate della società consapevole rispetto ai dilemmi nuovi, quelli che si sono evidenziati solo ultimamente.

L'altro approccio alla salute è legato solo alla quantità di servizi.

Si tratta di un approccio orientato da scelte di necessità, legato alle risorse disponibili, in cui i servizi sono minimi oppure riservati a chi possiede risorse per pagarseli.

Però all'interno di questo servizio per la salute di quantità, cresce la consapevolezza della sperequazione fra i due approcci, fra i due mondi che abbiamo identificato.

E ci sono contaminazioni fra i due approcci anche all'interno del nostro stesso mondo; perché non dobbiamo dimenticare che esistono sacche importanti di popolazione che non hanno accesso ai servizi per la salute.

E nei contesti in cui si può ragionare in termini di quantità, ci sono anche delle rare isole felici in cui viene data qualità dell'assistenza per la salute. Queste fanno vedere quali potrebbero e dovrebbero essere gli sviluppi se si tengono presenti i problemi, i diritti delle persone. Cito solo un esempio: l'anno scorso, nell'ambito del nostro Congresso, abbiamo avuto la presentazione di una specie di provocazione rappresentata da un'esperienza di sanità di qualità, attivata in un contesto in cui si riesce a fornire in genere, soltanto servizi in termini di quantità. Un nostro collega ci ha presentato l'esperienza dell'istituzione in Sudan, uno dei paesi più poveri al mondo, di un ospedale di Emergency e di una cardiocirurgia con le stesse identiche caratteristiche di una cardiocirurgia nostra, occidentale. Il che sta a ricordare provocatoriamente soprattutto nei confronti del nostro mondo, come anche in quel Paese ci sono delle persone che hanno diritto agli stessi trattamenti sanitari per problemi estremamente gravi e che richiedono un impiego di risorse e di energie estremamente importante. Ha voluto essere questo un segnale di contaminazione e di provocazione nei confronti di quanti come noi, vivono normalmente in contesti in cui per la salute si lavora verso la qualità, quasi senza rendercene conto né apprezzarne il significato.

Noi dunque, che viviamo in questo contesto, senza fare qui considerazioni troppo estese, cosa concretamente possiamo fare nella nostra realtà per consentirci di mantenere sempre ampia la nostra ottica?

Il nostro contesto ci deve stimolare verso la qualità. Noi viviamo qui. La qualità è certamente un valore ed è importante che noi perseguiamo la qualità perché questa possa essere trasferita ad altri risparmiando tappe intermedie e tempo per raggiungere al più presto livelli più avanzati.

Altro elemento: agire in un'ottica di comunità globale. Il mondo è uno, ci sono tutta

una serie di interazioni ed integrazioni; non possiamo quindi ritenere di poter agire localmente senza pensare globalmente. E dobbiamo impegnarci per la diffusione delle conoscenze e per la soluzione dei problemi. Noi che ne abbiamo la possibilità, dobbiamo esaminarli approfonditamente, imparare percorsi e strategie per trasferire anche ad altri queste soluzioni.

Dovremo poi imparare ad affrontare i problemi etici che stanno emergendo in questi ultimi decenni e che sono di difficile soluzione anche perché moltissimi sono gli elementi da considerare.

Ancora, un approccio etico che sia di comunità. Non un approccio etico che sia settoriale, chiuso, esclusivamente professionale. Questo assolutamente impensabile in questo momento.

Quali sono i dilemmi etici, nuovi che si presentano?

Credo sia opportuno fare una specie di *brainstorming* su questa serie di dilemmi che sono venuti a crearsi ultimamente e sui quali l'esperienza umana nella storia, non ha ancora sufficiente conoscenza. Ad esempio, un problema per il quale noi infermieri, soffriamo ogni giorno: la presenza del dolore nonostante le possibilità del controllo dello stesso nelle nostre realtà e nonostante i potentissimi strumenti che abbiamo. Il fenomeno è particolarmente diffuso in Italia.

La sofferenza rifiutata. La sofferenza, che è cosa diversa dal dolore; la nostra società rifiuta di prendere consapevolezza che la sofferenza è presente all'interno della società stessa. Ancora, questa sofferenza è lasciata lì, non gestita. Non ci si preoccupa molto di prendere in considerazione all'interno di un processo di recupero della salute, il tema e il problema della sofferenza delle persone, delle famiglie, dei gruppi. È semplicemente tollerato, fa parte della norma; spesso è come se non esistesse.

E poi, l'illusione indotta che vi sia una soluzione per tutto. Sembra quasi che il mito dell'immortalità sia lì lì per essere raggiunto. Questa è una questione etica veramente importante, perché induce richieste di risposte assolutamente impossibili e conflittualità aspre all'interno del sistema.

La convenzione della morte cerebrale. Noi come società abbiamo convenuto che cosa si debba intendere oggi per morte. Non è più come avveniva una volta, che una persona cessava con le funzioni vitali la propria vita nel proprio letto. È qualche cos'altro, funzionale per esempio, ad utilizzare parte di quel organismo che si diceva vivente e che potrà servire ancora a far continuare un altro organismo.

La modificazione del concetto di vita. Che cos'è vita oggi, che cos'è rispetto al concetto di vita inteso fino a ieri. E l'altro elemento decisamente problematico e destabiliz-

zante della vita costruita in laboratorio. La manipolazione di porzioni della vita umana.

E l'allocazione delle risorse finite e il rapporto di questa allocazione con il concetto importante dell'equità distributiva.

Infine, i trattamenti di fine vita. E potremmo continuare ancora: come vengono prese le decisioni in merito? Perché devono essere prese? Quali sono le conoscenze della massa della popolazione, certamente in genere inadeguate, rispetto alla necessaria autonomia della decisione quando si tratta di confrontarsi con gli aspetti ultimi della vita; il conflitto per una inadeguata conoscenza e la necessità di dover affrontare con la dovuta profondità problematiche così complesse e sempre più specialistiche. Qual è il livello di rispetto dell'autodeterminazione da parte dei professionisti, se dovessimo tenere nella dovuta considerazione il gap tra le conoscenze e le competenze del professionista rispetto alla popolazione comune?

I trapianti e l'identità personale che viene a cambiare. Il tema dei valori e la diversità delle culture e delle consuetudini. La beneficiabilità è il limite dei trattamenti: che cos'è oggi il bene per il malato che usufruisce dei trattamenti o il bene per il malato che non ha più possibilità di relazionarsi con gli altri? Chi decide qual è la beneficiabilità e qual è il limite dei trattamenti in questo caso?

Il problema delle tecnologie mediche che vengono inserite in maniera a volte massiccia ed esasperata, rispetto al problema parallelo delle tecnologie per l'assistenza infermieristica per le persone, che sono invece acquisite ed utilizzate sempre con grande difficoltà; tecnologie che invece hanno un grandissima importanza nella determinazione di quella che può essere considerata la qualità della vita delle persone magari nella loro fase terminale.

Infine la questione etica della manipolazione dei dati scientifici. Dati scientifici che spesso vengono raccolti ed utilizzati non per il bene delle persone e dell'umanità, ma per fini e per calcolo, ancora, di controllo delle risorse e di riorientamento del consenso da parte delle persone.

Di fronte a questi temi ed a queste ottiche di globalità siamo ancora in grado di sostenere e di parlare di un'etica che possa considerarsi "*infermieristica*", che si qualifichi in quanto infermieristica?

Ci sono molti problemi etici che sono comparsi solo recentemente nella realtà umana: non esistevano prima perché non c'era la possibilità che si ponessero. La realtà non è più relativamente stabile, come poteva essere considerata quella di alcuni decenni fa ed i rapporti non si limitano ai rapporti interpersonali o poco più. I rapporti sono più estesi, sono rapporti di società, sono rapporti di politiche, sono rapporti di forze,

rapporti di tipo economico.

Etica *infermieristica* quindi? Direi che dobbiamo fare un salto di qualità: lasciar perdere questa definizione che rimane chiusa e legata al passato. Non possiamo più parlare solo del rapporto dell'infermiere con il suo malato o con alcuni dei malati che abbiamo in carico: dobbiamo parlare di una responsabilità degli infermieri verso l'etica. Credo che sia una visione più ampia e di cui non possiamo più far a meno di renderci conto e di cui farci carico.

Gli infermieri quindi, come devono avvicinarsi a queste tematiche, alle conseguenze concrete della nostra vicinanza al malato, così sempre sbandierata da parte nostra. Noi diciamo sempre che siamo i professionisti che in assoluto sono più costantemente vicini alle persone malate.

Quali sono le conseguenze concrete di questa nostra vicinanza di questo nostro specifico rispetto alle persone?

Che cosa ci ha insegnato questa vicinanza per trovare risposte più adeguate ai dilemmi etici nuovi?

Ci è passata sopra, questa vicinanza? Non abbiamo detto niente in rapporto a questo? Che cosa ci hanno detto i malati standoci così vicini rispetto ai dilemmi etici che loro vivono e nei confronti dei quali la nostra società non è in grado di dare risposte? Oppure è in grado a volte addirittura di complicare la vita a queste persone: pensiamo ai casi eclatanti che negli ultimi anni sono stati dibattuti in Italia.

Quali elaborazioni facciamo dei significati da attribuire alle sofferenze? Questa sofferenza che viene rifiutata, abbiamo detto; e noi ci lavoriamo sempre, tutti i giorni. Che significato ha questa sofferenza nella vita umana? Esiste? Non esiste? È corretto rifiutarla? Oppure è importante prendere in considerazione che questa sofferenza esiste e che comunque permane nell'esperienza delle persone nonostante i nostri potentissimi mezzi anche tante volte eccessivamente celebrati.

Per quanto ci riguarda, quali riflessioni possiamo portare rispetto al sistematico rifiuto del riconoscimento della sofferenza? Un rifiuto che condiziona le scelte politiche e le scelte culturali verso una relativa riduzione dell'attenzione e conseguentemente delle risorse per la salute, soprattutto per le persone più deboli.

È etica tutto questo? Che posizione prendiamo rispetto a questo andamento, a questo modo di affrontare i problemi prioritari di moltissime persone?

Qual è il contributo degli infermieri all'equità globale, noi che ci troviamo a gestire risorse immense a volte, con tecnologie, attrezzature, farmaci, metodologie assolutamente avanzate? Alla terapia intensiva, agli infermieri delle terapie intensive non si dice mai di no, anzi, si offre spesso ancora di più e si spinge verso un'evoluzione ancora più esasperata.

Ecco, di fronte a queste cose, che risposte siamo in grado di dare? Probabilmente non

siamo ancora riusciti a porci realisticamente questo problema: Probabilmente dobbiamo decidere di metterci nella condizione di riflettere e di approfondire, di fare tesoro delle altre scienze, delle altre culture per cominciare a fare sintesi. Dobbiamo riuscire a portare l'esperienza della vicinanza alle persone all'interno di questi problemi per riuscire a dare risposte alle persone. Noi infermieri dell'area critica, siamo immersi fino al collo in questi problemi e siamo in assoluto gli osservatori privilegiati

di queste situazioni: A volte siamo quelli che le vivono anche in maniera forte e profonda sulla propria pelle e dunque dovremmo essere e considerarci i massimi esperti di queste situazioni e non dovremmo stare più zitti su queste cose. Dobbiamo far conoscere, dobbiamo elaborare, dobbiamo fare delle proposte, perché i problemi etici sono decisamente importanti e noi dobbiamo portare il nostro contributo.

Per riuscire a portare avanti questo compito

ineludibile dobbiamo, noi infermieri, particolarmente in questo momento della nostra storia, fare anche una riflessione profonda sulla necessità di sentirci ed essere assieme maggiormente ed in modo nuovo. Oltre all'appartenenza all'Ordine Professionale, l'essere parte di una associazione culturale, nella libertà e creatività, consente di unire le forze e dare concretezza alla responsabilità di contribuire alle nuove elaborazioni che producono il nostro avanzamento. L'Aniarti intende continuare ad essere uno

Dichiarazione di posizione comune (2007)

La presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare

Preparato da: **Paul Fulbrtook, John Albarran, Jos Latour**, per conto di EfCCNa e ESPNIC; Stesura del 22 Gennaio 2007 - Traduzione di **Ilaria Cossu**

La Federazione europea delle associazioni infermieristiche di area critica e la Società europea di area critica pediatrica e neonatale, hanno formulato la presente dichiarazione di position statement condivisa.

La presente dichiarazione, dove possibile, è basata su evidenze scientifiche e sull'opinione di esperti rilevate nella letteratura medica ed infermieristica. È riconosciuta l'esistenza di una carenza di ricerche di qualità basate sull'evidenza scientifica inerenti la presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie e che, le ricerche in tale ambito, sono particolarmente scarse in Europa.

Contesto

Le linee guida europee sulla rianimazione (Baskett et al, 2005) sono favorevoli alla presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare (RCP). In ogni caso, in disaccordo con le evidenze empiriche, tale pratica è spesso disincentivata da atteggiamenti paternalistici e congetture (Boyd,2000; Tsai, 2002; Kissoon, 2006; Walzer, 2006). Venti anni fa la presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie era principalmente circoscritta alle strutture di pronto soccorso.

Negli ultimi anni, comunque, gli operatori sanitari sempre più stanno offrendo ai familiari la possibilità di rimanere presenti durante tali manovre rianimatorie. (Jarvis, 1998; Robinson et al, 1998; walzer, 1999; Grice et al; 2003; Gold et al, 2006). Inoltre, la domanda pubblica sempre più desidera che sia consentita ai familiari la possibilità di rimanere con i loro cari durante la RCP, indipendentemente dall'esito del paziente (Mazer et al, 2006).

Sebbene dunque la tendenza stia cambiando, la presenza di familiari durante la RCP è un problema controverso, ancora estremamente dibattuto (Kissoon, 2006).

Nella letteratura le questioni in merito sono

incentrate su tre aree principali. La prima, riguarda la potenziale incidenza della presenza dei familiari sulla performance dello staff rianimatorio e sull'incremento della loro ansia, nonché sull'interferenza che potrebbe generare l'ansia del familiare sul processo stesso di rianimazione (Meyers et al, 2006; Mc Clenathan et al, 2002; Blair, 2004; Weslier et al, 2006). Tuttavia, ci sono delle piccole evidenze ed isolati report aneddotici che supportano tali questioni.

La seconda questione riguarda la possibilità che, assistendo ad un evento traumatico, un familiare possa sperimentare emozioni negative tanto da sviluppare problematiche psicologiche (Schilling,1994; Fern et al, 2004). Comunque questa ipotesi non è attualmente confutata da evidenze (Robinson et al, 1998; Meyers et al, 2000; Eichhorn et al, 2001; Holzhauser et al, 2006; Weslien et al,2006). Inoltre Boyd (2000) osservò che molti dei presunti ostacoli alla presenza dei familiari, come per esempio la violazione della riservatezza dei pazienti, sono solo dibattiti teoretici e, nessuno di loro è stato espresso da ordini professionali.

Il terzo aspetto si riferisce al fatto che alcuni studi europei e di altri contesti, hanno scoperto che l'opinione pubblica, gradirebbe che fosse offerta la possibilità di scegliere se essere presenti o meno (alla RCP – n.d.t.) e, desidererebbero, nel caso se ne presentasse l'occasione, poter scegliere se avere o meno i propri familiari vicini durante la RCP (Barratt & Wallis, 1998; Meyers et al, 2000; Grice et al, 2003; Gulla et al, 2004).

I possibili benefici di avere i familiari presenti durante la RCP, sono stati documentati in diversi studi. I benefici di cui parlano includono lo sviluppo di un legame con il team di rianimazione, la creazione di un'atmosfera molto più umana di quanto possa permettere la chiusura a tale pratica medica (Robinson et al, 1998; Van der Woning,1999; Eichhorn et al, 2001) e la soddisfazione/gratificazione di sapere che il proprio parente è in buone mani (Wagner, 2004).

Due indagini europee, intraprese in colla-

borazione con EfCCNa ed ESPNIC Nursing, hanno investigato le esperienze e le opinioni di infermieri di area critica per adulti, pediatrici e neonatali, sulla presenza dei familiari durante la manovre rianimatorie (Fulbrook et al, 2005; Fulbrook et al, 2006). Questi studi indicano che molti infermieri di area critica europei, sono propensi alla presenza dei familiari durante la RCP, comunque, solamente un limitato numero di unità di terapia intensiva, hanno una linea di condotta durante le rianimazioni, che includa una guida per la presenza dei familiari. Di conseguenza la raccomandazione che emerge da entrambi gli studi, è la necessità di indirizzare ulteriori studi europei più ampi su tali questioni.

Benché ci siano delle evidenze che indicano che non tutti i paesi europei supportano la presenza dei familiari (Badir&Sepit 2007), alla luce del generale consenso riscontrato nelle due indagini europee (Fulbrook et al, 2005; Fulbrook et al, 2006) e dal corrente indirizzo adottato dal Consiglio europeo di rianimazione (Baskett et al, 2005) è ragionevole che l'EfCCNa e la ESPNIC debbano dichiarare la loro posizione in merito alla presenza dei familiari durante le manovre rianimatorie. Comunque, sono necessari ulteriori studi sulla presenza dei familiari durante tali manovre ed il loro impatto sui pazienti, familiari e sullo staff.

Dichiarazione di posizione

Di seguito viene riportata la posizione dell'EfCCNa e dell'ESPNIC. Essa è caratterizzata da una serie di affermazioni inerenti la presenza dei familiari durante la RCP. La posizione è sostenuta dall'opinione che i familiari sono cruciali per la salute ed il benessere dei pazienti.

Per le finalità di tale dichiarazione di posizione, saranno utilizzate le seguenti definizioni:

- **Rianimazione cardio-polmonare:** *Intervento salva-vita intrapreso nel caso in cui si verifichi un arresto sia respiratorio che circolatorio.*

- **Aree di cure intensive:** *Qualunque unità intra-ospedaliera di cure intensive in cui*

vengono curati pazienti con patologie critiche (sia bambini che adulti di tutte le età).
- **Membro della famiglia:** le persone importanti per i pazienti. Questa definizione

include i diretti familiari, le persone amate e gli amici stretti. Per i neonati ed i bambini questa definizione include i genitori e altre persone significative nella loro vita.

- **Presenza della famiglia:** la presenza dei membri della famiglia durante la RCP, includendo la partecipazione a qualsiasi intervento salva-vita.

Dichiarazione di posizione EfCCNa e ESPNIC.

1. Tutti i pazienti, hanno il diritto di avere i membri della famiglia presenti durante la rianimazione. Vedi nota 1 sottostante.
2. Ai membri della famiglia di un paziente deve essere offerta la possibilità di essere presenti durante la rianimazione del proprio caro. Vedi nota 2 sottostante.
3. Ai membri della famiglia presenti ad una rianimazione cardio-polmonare dovrebbe essere offerto sostegno da parte di un professionista sanitario qualificato, la cui responsabilità è di prendersi cura di loro. Vedi nota 3 sottostante.
4. Dovrebbe essere messo a disposizione dei familiari che hanno assistito all'evento rianimatorio un counselling a livello professionale.
5. Tutti i componenti del gruppo di rianimazione che sono coinvolti in un tentativo di rianimazione in presenza di familiari, devono partecipare ad un gruppo di debriefing che analizza l'evento stesso.
6. La presenza della famiglia durante la rianimazione dovrebbe essere inclusa all'interno del curricula dei programmi di formazione alla rianimazione cardiopolmonare.
7. Tutte le unità di terapia intensiva e rianimazione dovrebbero avere linee guida multidisciplinari in forma scritta, sulla presenza dei familiari durante la rianimazione cardiopolmonare.

Note

¹ La decisione di consentire ai membri della famiglia ad essere presenti durante un tentativo di rianimazione, dovrebbe essere assunta nei migliori interessi della persona che si sta rianimando. A questo riguardo, tutto il processo dovrebbe essere facilitato e supervisionato da professionisti sanitari qualificati ed esperti. Quando necessario, questo ruolo potrebbe essere assunto da leader spirituali o da altri componenti addestrati del team sanitario. Se il paziente sottoposto ad intervento rianimatorio ha precedentemente espresso un desiderio in merito alla presenza dei familiari, questo dovrebbe essere rispettato.

² Quando la persona, che si sta procedendo a rianimare, non è capace di comunicare i suoi desideri o non abbia avuto modo precedentemente di esprimerli in direttive anticipate, la decisione circa chi dovrebbe essere presente durante rianimazione dovrebbe essere assunta congiuntamente dai membri del team rianimatorio e dai membri della famiglia. La decisione di un membro della famiglia circa il suo essere o non essere presente durante la RCP

di un parente, dovrebbe essere presa liberamente, senza coercizione o pressione. I membri della famiglia dovrebbero essere avvertiti del fatto che, in alcune occasioni, possa essere loro richiesto di allontanarsi momentaneamente dalla stanza o dal posto letto del proprio caro, sempre con il fine di preservare al meglio gli interessi loro e del loro caro, come per esempio durante l'esecuzione di radiografie o per non ostacolare le manovre del team di rianimazione.

L'Europa è multi-culturalmente diversa e, la squadra di rianimazione dovrebbe tener conto delle credenze, dei valori e dei rituali dei pazienti e dei loro familiari. Il loro bagaglio culturale deve essere assunto come base per poter offrire ed erogare un piano di cura individualizzato ed appropriato alle situazioni.

³ Pur riconoscendo che in certe occasioni non è possibile offrire un professionista della salute che si assuma la responsabilità di prendersi cura del membro della famiglia durante la partecipazione all'RCP, questa eventualità non dovrebbe implicare l'esclusione del membro della famiglia dalla rianimazione stessa. Piuttosto, un membro esperto della squadra di rianimazione, che non stia intraprendendo un ruolo attivo nella rianimazione, dovrebbe essere designato della responsabilità primaria di cura continuata dei membri della famiglia.

Nel rispetto dei membri della famiglia, il ruolo del professionista di cura designato è:

- Riassumere con loro le aspettative, prima di entrare nell'area di rianimazione.
- Fornire le comunicazioni ed i chiarimenti adatti.
- Aiutare a comunicare la loro presenza al parente.
- Rispondere sinceramente e realisticamente, alle loro domande.
- Mantenere un ambiente sicuro.
- Valutare continuamente stato emotivo e fisico dei parenti.
- Se possibile, accompagnare il membro della famiglia che desidera allontanarsi dall'area di rianimazione, continuando comunque a comunicare con la squadra di rianimazione per suo conto.

Bibliografia

- BADIR, A. & SEPT, D. (2007) *Family presence during CPR: a study of the experience and opinions of Turkish critical care nurses*. International Journal of Nursing Studies 44 (1), 83-92.
- BARRATT, F. & WALLIS, D.N. (1998). *Relatives in the resuscitation room: Their point of view*. Journal of Accident and Emergency Medicine 15 (2), 109-111.
- BASKETT, P.J.F., STEEN, P.A., & BOSSAERT, L. (2005) *European Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions*. Resuscitation 67 (Supplement 1), S171-S180.
- BLAIR, P. (2004) *Is family presence practical during emergency resuscitation?* Nursing Management 35 (6), 20, 23.
- BOYD R (2000) *Witnessed resuscitation by relatives*. Resuscitation 43 (3), 171-176.
- EICHHORN, D.J., MEYERS, T.A., GUZZETTA, C.E., CLARK, A.P., KLEIN, J.D., TALIEAFERRO, E. & CALVIN, A.O. (2001) *Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient*. American Journal of Nursing 101 (5), 48-55.
- FEIN, J.A., GANESH, J. & ALPERN, E.R. (2004) *Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures*. Pediatric Emergency Care 20 (4), 224-227.
- FULBROOK, P., ALBARRAN, J.W., & LATOUR, J.M. (2005) *A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation*. International Journal of Nursing Studies 42 (5), 557-568.
- FULBROOK, P., LATOUR, J.M. & ALBARRAN, J.W. (2006) *Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey*. International Journal of Nursing Studies. Article in Press. Available online at: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PublicationURL&_tockey=%23TOC%235067%239999%2399999999%2399999%23FLA%23&_cdi=5067&_pubType=J&view=c&_auth=y&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=55427ec417748a48e6322481c6f250bf (accessed 1 October 2006).
- GRICE, A.S., PICTON, P., DEAKIN, C.D., 2003. *Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units*. British Journal of Anaesthesia 91(6), 820-824.
- GOLD K.J., GORENFLO D.W., SCHWENK T.L., ET AL., (2006) *Physician experience with family during cardiopulmonary resuscitation in children*. Paediatric Critical Care Medicine 7(5), 428-433.
- GULLA J.M., TWIST M., SINGER A., (2004) *Should families be present during resuscitation?* (Abstract). Annals of Emergency Medicine 44(4), S67.
- HOLZHAUSER, K., FINUCANE, J., DE VRIES, S.M. (2006) *Family presence during resuscitation: A randomized controlled trial of the impact of family presence*. Australian Emergency Nursing Journal 8 (4), 139-147.
- JARVIS, A.S. (1998) *Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on a paediatric intensive care unit*. Intensive and Critical Care Nursing 4 (1), 3-7.
- KISSOON N., (2006) *Family presence during cardiopulmonary resuscitation: our anxiety versus theirs*. Paediatric Critical Care Medicine 7 (5), 488-491.
- MAZER M.A., COX L.A., CAPON A. (2006) *The public's attitude and perception concerning witnessed cardiopulmonary resuscitation*. Critical Care Medicine 34 (12), 2925-2928.
- MCCLENATHAN, B.M., TORRINGTON, K.G. &

- UYEHARA, C.F.T. (2002) *Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: A survey of US and international critical care professionals*. *Chest* 122 (6), 2204–2211.
- MEYERS, T.A., EICHHORN, D.F., GUZZETTA, C.E., CLARKE, A., KLEIN, J., TALIFERRO, E. & CLAVIN, A. (2000) *Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians*. *American Journal of Nursing* 100 (2), 32–42.
- ROBINSON, S.M., MACKENZIE-ROSS, S., CAMPBELL HEWSON, G.L., EGLSTON, C.V. & PREVOST, A.T. (1998) *Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives*. *The Lancet* 352 (9128), 614–617.
- SCHILLING, R.J. (1994) *Should relatives watch resuscitation? No room for spectators* (letter). *BMJ* 309 (6951), 406.
- TSAI, E. (2002) *Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation?* *New England Journal of Medicine* 346 (13), 1019–1021.
- VAN DER WONING, M. (1999) *Relatives in the resuscitation area: a phenomenological study*. *Nursing in Critical Care* 4 (4), 186–192.
- WAGNER, J.M. (2004) *Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation*. *American Journal of Critical Care* 13 (5), 416–420.
- WALKER, W.M. (1999) *Do relatives have a right to witness resuscitation?* *Journal of Clinical Nursing* 8 (6), 625–630.
- WALKER, W.M. (2006) *Witnessed resuscitation: A concept analysis*. *International Journal of Nursing Studies* 43 (3), 377–387.
- WESLIEN, M., NILSTUN, T., LUNDQVIST, A., FRIDLUND, B. (2006) *Narratives about resuscitation – Family members differ about presence*. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 5 (1), 68–74.

Joint Position Statement (2007)

The Presence of Family Members during Cardiopulmonary Resuscitation

Prepared by Paul Fulbrook, John Albarra, Jos Latour on behalf of EfCCNa and ESPNIC; Draft; 22 January 2007.

Pre-amble

The European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) and the European Society of Paediatric and neonatal Intensive Care (ESPNIC) have jointly formulated this Position Statement.

This Position Statement, where possible, is based on research evidence and expert opinion as expressed in the nursing and medical literature. It is acknowledged that there is a lack of high quality research evidence on the subject of family witnessed resuscitation, and that research on this topic is particularly scarce within Europe.

Background

The European resuscitation guidelines (Baskett et al., 2005) are supportive of family presence during cardiopulmonary resuscitation (CPR). However, this practice is often discouraged based upon paternalistic attitudes and conjecture, as opposed to empirical evidence (Boyd, 2000; Tsai, 2002; Kissoon, 2006; Walker, 2006). Twenty years ago family members' presence during resuscitation was confined mainly to emergency departments. However, in recent years healthcare professionals are increasingly offering family members the opportunity to remain present during CPR (Jarvis, 1998; Robinson et al., 1998; Walker, 1999; Grice et al., 2003; Gold et al., 2006). Furthermore, the public demands more and more that relatives should be able to remain with their loved ones during CPR, regardless of the predicted outcome of the patient (Mazer et al. 2006).

Despite changing trends, family-witnessed resuscitation is a controversial issue that is still debated widely (Kissoon, 2006). Concerns in the literature are centred on three areas. The first is the potential for family members' presence to affect the performance of resuscitation staff and increase their anxiety, or that a distressed relative might disrupt the process (Meyers et al., 2000; McClenathan et al., 2002; Blair,

2004; Weslien et al., 2006). As yet there is little evidence, other than isolated anecdotal reports to support these contentions. The second concern is that in witnessing a traumatic event, relatives may experience negative emotional and psychological consequences (Schilling, 1994; Fein et al., 2004). However, this concern is unconfirmed by existing evidence (Robinson et al., 1998; Meyers et al., 2000; Eichhorn et al., 2001; Holzhauser et al., 2006; Weslien et al., 2006). Furthermore, Boyd (2000) observed that many of the presumed obstacles to family members' presence, such as infringements of patient confidentiality, are theoretical debates as no such concerns have been expressed to professional regulating bodies. Third, a number of studies in Europe and elsewhere have identified that members of the public, would like to be given the choice whether or not to be present and would wish, if the situation arose, to have their family member close by during CPR (Barratt & Wallis, 1998; Meyers et al., 2000; Grice et al., 2003; Gulla et al., 2004). The positive benefits of having family members present during CPR have been documented in several studies. These benefits include the development of a bond with the resuscitation team, the provision of a more humane atmosphere that allows for closure (Robinson et al., 1998; Van der Woning, 1999; Eichhorn et al., 2001) and the satisfaction of knowing that their relative is in safe hands (Wagner, 2004).

Two European surveys, undertaken in collaboration with EfCCNa and ESPNIC Nursing, of adult, paediatric and neonatal critical care nurses investigated their experiences and views of family members' presence during CPR (Fulbrook et al., 2005; Fulbrook et al., 2006). These studies indicated that most European critical care nurses were supportive of family-witnessed CPR. However, only a small number of intensive care units had resuscitation policies that included guidance about relatives' presence. As a result a major recommendation from both surveys was for this lack of directive to be addressed at a Europe-wide

level. Although there is some evidence to indicate that not all European countries are supportive of family member presence (Badir & Sepit, 2007), in the light of the general consensus found in the two European surveys (Fulbrook et al., 2005; Fulbrook et al., 2006), and current guidance from the European Resuscitation Council (Baskett et al., 2005) it is reasonable that EfCCNa and ESPNIC should state their position on family presence during CPR. However, further research related to family presence during resuscitation and its impact on patients, family members and health care professionals is required.

Position Statement

The EfCCNa and ESPNIC Position is stated below. It provides a series of statements about family presence during CPR. The Position is underpinned by the belief that family members are critical to the health and wellbeing of the patient.

For the purpose of this Position Statement the following definitions are used:

- **Cardiopulmonary resuscitation:** life-saving interventions when either cardiopulmonary or respiratory arrest occurs.
- Intensive and critical care setting: any in-hospital acute care setting where critically ill patients (children and adults of all ages) are cared for.
- Family member: those people who are most important to the patient. This definition includes the patients' family, loved ones and close friends. For newborns and children this is defined as the parents or significant others..
- Family presence: family member presence during CPR, including the witnessing of all lifesaving interventions.

EfCCNa and ESPNIC POSITION STATEMENT

1. All patients have the right to have family members present during resuscitation See Note 1, below.
2. The patients' family members should be offered the opportunity to be present during resuscitation of a relative See Note 2, below.
3. Support should be provided by an appropriately qualified health care professional whose responsibility is to care for family members witnessing cardiopulmonary resuscitation See Note 3, below.
4. Professional counselling should be offered to family members who have witnessed a resuscitation event
5. All members of the resuscitation team who were involved in a resuscitation attempt when family members were present should participate in team debriefing
6. Family presence during resuscitation should be incorporated into the curricula of cardiopulmonary resuscitation training programmes
7. All intensive and critical care units should have multi-disciplinary written guidelines on the presence of family members during cardiopulmonary resuscitation

Notes

¹ The decision to enable family members to be present during a resuscitation attempt should be made in the best interests of the person who is being resuscitated. In this regard, discussion should be facilitated by experienced healthcare professionals. When appropriate, spiritual leaders or other trained members of the health care team may assume this role. If the patient who is being resuscitated has expressed a prior wish, this should be respected.

² When the person who is being resuscitated is not able to communicate his or her wishes, or who has not previously expressed their wishes in an advanced directive, the decision about who should be present during resuscitation should be made jointly by the members of the resuscitation team and family members.

The decision of a family member about whether or not to be present during CPR of a relative should be made freely by the family member, without coercion or pressure.

Family members should be warned that on occasions they may be asked to leave the bedside if at any time it is thought to be in their or the patient's best interests, for example, for the purpose of obtaining radiographs or to avoid obstructing the work of the resuscitation team.

Europe is multi-culturally diverse, and the resuscitation team should take the individual patient's and family's beliefs, values and rituals into account. The patient's and the family's cultural background should be assessed with respect to the provision of appropriate individualised care.

³ Whilst it is conceded that on some occasions it may not be possible to provide a health care professional whose sole responsibility is to care for the family member, this should not mean the exclusion of the family member from the resuscitation. Rather, an experienced member of the resuscitation team, who is not undertaking a lead role, should be designated primary responsibility for the continued care of the family members.

With respect to family members, the role of the designated health care professional is to:

- brief them about what to expect prior to entering the resuscitation area,
- provide a running commentary with appropriate explanations,
- help them to communicate their presence to their relative,
- respond truthfully and realistically to questions,
- maintain a safe environment,
- assess continually their emotional and physical status,
- if possible, accompany the family member if he or she wishes to leave the scene, continuing to liaise with the resuscitation team their behalf.

Bibliografia

- BADIR, A. & SEPI, D. (2007) *Family presence during CPR: a study of the experience and opinions of Turkish critical care nurses*. International Journal of Nursing Studies 44 (1), 83-92.
- BARRATT, F. & WALLIS, D.N. (1998). *Relatives in the resuscitation room: Their point of view*. Journal of Accident and Emergency Medicine 15 (2), 109-111.
- BASKETT, P.J.F., STEEN, P.A., & BOSSAERT, L. (2005) *European Council Guidelines for Resuscitation 2005. Section 8. The ethics of resuscitation and end-of-life decisions*. Resuscitation 67 (Supplement 1), S171-S180.
- BLAIR, P. (2004) *Is family presence practical during emergency resuscitation?* Nursing Management 35 (6), 20, 23.
- BOYD R (2000) *Witnessed resuscitation by relatives*. Resuscitation 43 (3), 171-176.
- EICHHORN, D.J., MEYERS, T.A., GUZZETTA, C.E., CLARK, A.P., KLEIN, J.D., TALIEAFERRO, E. & CALVIN, A.O. (2001) *Family presence during invasive procedures and resuscitation: hearing the voice of the patient*. American Journal of Nursing 101 (5), 48-55.
- FEIN, J.A., GANESH, J. & ALPERN, E.R. (2004) *Medical staff attitudes toward family presence during pediatric procedures*. Pediatric Emergency Care 20 (4), 224-227.
- FULBROOK, P., ALBARRAN, J.W., & LATOUR, J.M. (2005) *A European survey of critical care nurses' attitudes and experiences of having family members present during cardiopulmonary resuscitation*. International Journal of Nursing Studies 42 (5), 557-568.
- FULBROOK, P., LATOUR, J.M. & ALBARRAN, J.W. (2006) *Paediatric critical care nurses' attitudes and experiences of parental presence during cardiopulmonary resuscitation: a European survey*. International Journal of Nursing Studies. Article in Press. Available online at: http://www.sciencedirect.com/science?_ob=PublicationURL&_toctext=23TOC%235067%239999%239999999999%23999999%23FLA%23&_cdi=5067&_pubType=J&view=c&_auth=y&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=55427ec417748a48e6322481c6f250bf (accessed 1 October 2006).
- GRICE, A.S., PICTON, P., DEAKIN, C.D., 2003. *Study examining attitudes of staff, patients and relatives to witnessed resuscitation in adult intensive care units*. British Journal of Anaesthesia 91(6), 820-824.
- GOLD K.J., GORENFLO D.W., SCHWENK T.L., ET AL., (2006) *Physician experience with family during cardiopulmonary resuscitation in children*. Paediatric Critical Care Medicine 7(5), 428-433.
- GULLA J.M., TWIST M., SINGER A., (2004) *Should families be present during resuscitation?* (Abstract). Annals of Emergency Medicine 44(4), S67.
- HOLZHAUSER, K., FINUCANE, J., DE VRIES, S.M. (2006) *Family presence during resuscitation: A randomized controlled trial of the impact of family presence*. Australian Emergency Nursing Journal 8 (4), 139-147.
- JARVIS, A.S. (1998) *Parental presence during resuscitation: attitudes of staff on a paediatric intensive care unit*. Intensive and Critical Care Nursing 4 (1), 3-7.
- KISSOON N., (2006) *Family presence during cardiopulmonary resuscitation: our anxiety versus theirs*. Paediatric Critical Care Medicine 7 (5), 488-491.
- MAZER M.A., COX L.A., CAPON A. (2006) *The public's attitude and perception concerning witnessed cardiopulmonary resuscitation*. Critical Care Medicine 34 (12), 2925-2928.
- MCCLENATHAN, B.M., TORRINGTON, K.G. & UYEHARA, C.F.T. (2002) *Family member presence during cardiopulmonary resuscitation: A survey of US and international critical care professionals*. Chest 122 (6), 2204-2211.
- MEYERS, T.A., EICHHORN, D.F., GUZZETTA, C.E., CLARKE, A., KLEIN, J., TALIEAFERRO, E. & CALVIN, A. (2000) *Family presence during invasive procedures and resuscitation: the experience of family members, nurses, and physicians*. American Journal of Nursing 100 (2), 32-42.
- ROBINSON, S.M., MACKENZIE-ROSS, S., CAMPBELL HEWSON, G.L., EGGLESTON, C.V. & PREVOST, A.T. (1998) *Psychological effect of witnessed resuscitation on bereaved relatives*. The Lancet 352 (9128), 614-617.
- SCHILLING, R.J. (1994) *Should relatives watch resuscitation? No room for spectators* (letter). BMJ 309 (6951), 406.
- TSAI, E. (2002) *Should family members be present during cardiopulmonary resuscitation?* New England Journal of Medicine 346 (13), 1019-1021.
- VAN DER WONING, M. (1999) *Relatives in the resuscitation area: a phenomenological study*. Nursing in Critical Care 4 (4), 186-192.
- WAGNER, J.M. (2004) *Lived experience of critically ill patients' family members during cardiopulmonary resuscitation*. American Journal of Critical Care 13 (5), 416-420.
- WALKER, W.M. (1999) *Do relatives have a right to witness resuscitation?* Journal of Clinical Nursing 8 (6), 625-630.
- WALKER, W.M. (2006) *Witnessed resuscitation: A concept analysis*. International Journal of Nursing Studies 43 (3), 377- 387.
- WESLIEN, M., NILSTUN, T., LUNDQVIST, A., FRIDLUND, B. (2006) *Narratives about resuscitation – Family members differ about presence*. European Journal of Cardiovascular Nursing 5 (1), 68-74.

Il gusto della discussione: approfondire l'etica nella lettura

Come Consiglio di Redazione di Scenario e di Area Libera, riteniamo sia utile ed opportuno che queste riviste siano strumenti di diffusione di ricerche scientifiche, ma anche siano di promozione al dibattito ed al confronto diretto su diversi punti di vista. In tal senso ci orientiamo a stimolare le opinioni, anche con modalità diverse di espressione (lettere, dibattito, web-forum Aniarti). Non si cercano soluzioni ai problemi, versioni definitive, o un giudizio su chi ha ragione e chi ha torto. Ci si attende che dal confronto tra posizioni diverse possano scaturire pareri diffusi, non convenzionali, considerazioni originali, possibili conclusioni plausibili. Ambiziosamente dovremmo tendere, come Infermieri Professionisti della salute, al gusto e alla piacevolezza del sano confronto intellettuale.

Non chiediamoci qual è la conclusione di tutto questo discutere; l'importanza sta nel sentire che ognuno ha maturato un proprio pensiero, una convinzione propria e non suggerita da altri. Un grande drammaturgo, Eugene Ionesco, disse che scriveva perché aveva domande da fare e non risposte da dare.

Un modo per farsi domande e cercare risposte in noi è di approfondire con la lettura. Vogliamo segnalarvi alcuni libri che hanno questo scopo, che permettono di farsi una propria opinione, che hanno un valore evocativo di situazioni vissute ma forse non rielaborate e che particolarmente possono guidarci negli spazi dello spirito e delle parole.

- ZYGMUNT BAUMAN *Le sfide dell'etica* Feltrinelli Milano 1993
- GIOVANNI BERLINGUER *Etica e Bioetica* Est Editrice 1993

- HANS JONAS *Il diritto di morire* Il melangolo Genova 1985
- HANS JONAS *Il principio responsabilità. Un'etica per la civiltà tecnologica* Einaudi Torino 1990
- HANS JONAS *Tecnica, medicina, etica: prassi del principio responsabilità* Einaudi Torino 1997
- KARL JASPERS *Il medico nell'età della tecnica* Raffaello Cortina Editore Milano 1991
- UMBERTO VERONESI *Il diritto di morire. La libertà del laico di fronte alla sofferenza* Mondadori Milano 2005
- HELGA KUHSE *Prendersi cura* Ed. di Comunità Torino 1997
- SALVATORE NATOLI *L'esperienza del dolore. Le forme del patire nella cultura occidentale* Feltrinelli Milano 1987
- MASSIMO REICHLIN *L'etica e la buona morte* Ed. di Comunità Torino 2002
- ELIAS NORBERT *La solitudine del morente* Il Mulino 1 ed. 1985

Iscriviti e fai iscrivere altri colleghi all'Aniarti

Per l'iscrizione:

c/c postale n. 11064508 intestato a ANIARTI Via Val di Sieve, 32 - 50127 Firenze
sul sito www.aniarti.it con carta di credito

Quota associativa 30 euro per tutto il 2009!

anarti[®] **SCENARIO**[®]
associazione nazionale infermieri di area critica

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ANIARTI PER L'ANNO 2009

Nuova iscrizione Rimovo (in lettera.....)

Cognome.....
Nome.....
Via..... N°.....
C.A.P..... Città.....
Luogo e data di nascita.....
Prov..... Tel.....
Cell.....
Codice Fiscale.....
Email.....
Azienda Ospedaliera / U.S.L.....
Via..... N°.....
C.A.P..... Città.....
Prov..... Tel.....
Reparto.....
Email.....