

## DEONTOLOGIA INFERMIERISTICA (scienza che studia i doveri)

L'etica infermieristica è un insieme di principi e valori che qualificano la professione dell'infermiere come un agire morale

Per mettere in pratica un atto infermieristico dobbiamo aver chiare 5 dimensioni:

1. **SAPERE**= una formazione, è l'insieme delle conoscenze che si apprendono durante il corso di studio, nel corso della formazione di base, che devono essere integrate e riviste periodicamente.
2. **SAPER FARE**= essere in grado di applicare ciò che si è appreso, è la capacità di saper eseguire ciò che si è appreso con il sapere. Il saper fare è frutto dell'esperienza, e si acquisisce con la pratica, ma deriva anche da una attitudine al lavoro, da una fluidità dei movimenti.
3. **SAPER ESSERE**= mette in collegamento il saper fare ed il sapere. È la componente intrinsecamente costitutiva dell'atto infermieristico. È la capacità di sapersi porre di fronte al paziente, saper comunicare, saper capire i problemi della persona malata, saper valutare le implicazioni, comprese quelle etiche, ed essere in grado di dare una risposta.
4. **SAPER DIVENIRE**= capacità di un professionista di utilizzare tutto ciò che fa parte del suo sapere per affrontare qualcosa di diverso e di nuovo che richiede flessibilità e adattabilità al contesto.
5. **SAPER FAR FARE**= saper gestire le risorse che ci vengono date, coordinare le risorse a disposizione, capacità di portare gli altri ad eseguire specifiche attività e funzioni. Saper lavorare in gruppo verso un obiettivo comune.

### PERCHÉ CI SI COMPORTA IN UN CERTO MODO?

- **concezione religiosa**= Ci si comporta in un certo modo perché c'è una legge religiosa che ci impone di farlo. È accettabile questa concezione solo da coloro che condividono un orizzonte di fede religiosa.
- **concezione edonista**= ricerca di comportamenti da cui si può trarre il massimo piacere. Il piacere è posto come finalità dell'agire umano.
- **concezione utilitaristica**= L'utilitarismo esasperato è quando l'uomo ricerca solo ciò che gli torna utile senza nessuna considerazione per chi da tale comportamento potrebbe esserne danneggiato. Anziché fermarsi all'utilitarismo esasperato, bisogna ricercare l'utile sia per sé stesso che per gli altri, quindi passare ad un utilitarismo moderato.
- **concezione personalistica**= mette al centro della riflessione ciò che la persona umana si propone. È eticamente positivo tutto ciò che è finalizzato al benessere di un individuo, che sia in armonia con gli altri.

### IL VALORE

- è etica perché ha tre condizioni: universalità, orientamento positivo, gerarchia.
- i valori possono essere ordinati in una gerarchia, che differisce da persona a persona.
- il valore è un fondamento del nostro stare nella realtà, che influenza moltissime delle nostre scelte.
- bisogna garantire il rispetto dei valori, e quindi che questi vengano attuati.

### ELEMENTI FONDAMENTALI DELL'ETICA

- legge civile
- legge unione europea
- documenti paralegislativi
- organi per la tutela normativa

per l'uomo è fondamentale una codificazione per cui un comportamento, anche dal punto di vista normativo è bene seguirlo o no

**SITUAZIONE**= se valore e norma hanno una loro genericità, la situazione rende a contestualizzare il valore e la norma come valori imprendibili

la **NATURA DELL'ATTO** è fondamentale per comprendere meglio la situazione, così come l'**INTENZIONE**.

#### elementi fondamentali dell'etica sono:

- **COSCIENZA**= la coscienza ha il compito di identificare il valore e la sua espressione normativa ed unirli alle varie situazioni, così da agire di conseguenza.
- **RESPONSABILITÀ**= Tutte le volte che noi compiamo un atto, siamo responsabili dell'atto che stiamo compiendo. si divide a sua volta in
  - **conoscenza**= fondamentale per agire responsabilmente, ciascuno di noi ha il dovere di conoscere i valori che sono implicati nelle nostre azioni.
  - **volontà**= nessuno può essere ritenuto moralmente responsabile di un atto compiuto contro la propria volontà.
    - A. **volontà indiretta**= principio del duplice effetto, quindi può esserci una azione volontaria diretta, che ha come conseguenza un'azione indiretta.
    - B. **volontà in causa**= azioni non direttamente volute o provocate dal soggetto ma che erano prevedibilmente possibili nel momento in cui si è compiuta l'azione.
  - **libertà**= ci si può considerare liberi se decidiamo di intraprendere un'operazione piuttosto che un'altra perché ci è stata proposta come scelta. L'uomo può considerarsi libero quando ha effettiva possibilità di scegliere tra varie possibilità.
- **MORALITÀ DELL'ATTO**= si compone da:
  - **atteggiamento**= intima modalità di porsi del soggetto di fronte ad una data realtà. E' l'intima ragione che spinge il soggetto a comportarsi in un determinato modo. E' una spinta interiore, è ciò che è sentito nell'atto che sto compiendo.
  - **comportamento**

## CONDIZIONAMENTI INDIVIDUALI

parlando di responsabilità degli atti, abbiamo fatto riferimento ai condizionamenti.

i condizionamenti **INDIVIDUALI** (distinti da quelli di massa), sono:

- **IGNORANZA**= non conoscere i valori in gioco in una determinata situazione. L'ignoranza è un condizionamento negativo che oltre a far agire in modo errato, può far agire anche in modo non sicuro. È il non comprendere perché è opportuno adottare un determinato atteggiamento.
- **EMOZIONI**= le forti emozioni spingono a compiere atti e gesti che superano, per intensità, la nostra volontà. Le emozioni fanno mettere in atto atteggiamenti sproporzionati rispetto a quella che è la nostra volontà. Le emozioni possono accecare la ragione di una persona facendole assumere dei comportamenti inadeguati.
- **PAURA**= può confondere e togliere lucidità a chi sta compiendo un'azione in una determinata situazione. Agire sotto l'influsso della paura fa adottare comportamenti che in altre situazioni non sarebbero stati considerati. La paura blocca, ci mette in una situazione di non comprendere i termini della questione che stiamo affrontando.
- **CARATTERE**= è un condizionamento abituale che ognuno deve conoscere per poterlo tenere sotto controllo. Avere un carattere piuttosto che un altro fa affrontare in modo diverso situazioni e problemi

## CONDIZIONAMENTI SOCIALI

essere autonomi comporta coraggio e determinazione, ragionare con la propria testa, avere senso critico, mettere continuamente in discussione gli atti e se stessi.

- **FAMIGLIA**
- **SOCIETÀ**
- **MASS MEDIA**

## CRITERI DI DISCERNIMENTO

In aiuto della coscienza intervengono questi criteri:

- **BENE MAGGIORE**= la nostra ricerca deve essere sempre rivolta alla ricerca del bene maggiore.
- **MALE MINORE**= quando è impossibile agire per il bene maggiore, e qualsiasi nostra azione consegue inevitabilmente il male, bisogna agire scegliendo l'azione che provoca il male minore
- **BENE PRESUNTO**= l'azione che si va a compiere deve presumere sempre il raggiungimento di un bene
- **DUPLICE EFFETTO**= si verifica quando ad una azione si verifica un secondo effetto che non è voluto ma che è inevitabile. Un farmaco ha ad esempio degli effetti collaterali, così come gli interventi chirurgici possono avere risvolti negativi. Sono stati identificati criteri per guidarci nella scelta di un'azione piuttosto che un'altra.
  1. avere chiaro che solo l'effetto positivo deve essere volutamente voluto; quello negativo deve essere tollerato, e ridotto al minimo, se non addirittura eliminato.
  2. l'effetto positivo non deve essere ottenuto attraverso quello negativo, ma il negativo deve essere associato inevitabilmente al primo, anche solo come conseguenza.
  3. l'effetto positivo che si intende raggiungere deve essere ragionevolmente e proporzionalmente superiore a quello negativo che vi si associa
- **COOPERAZIONE AL MALE**= si verifica quando l'individuo non agisce in prima persona, compiendo il male, ma si trova a cooperare con un altro; non agisce l'atto ritenuto eticamente illecito, ma si trova a cooperare, anche indirettamente, con un altro. In determinate situazioni questa cooperazione, se ha una giustificazione etica, può essere giustificata.
- **ESENZIONE DALLA NORMA**= avviene per 3 motivi
  1. impossibilità materiale o morale
  2. epicheia= non rispettare una norma per fedeltà al nostro spirito, ad esempio passare con il rosso per portare prima possibile la persona che trasportiamo in macchina all'ospedale.
  3. obiezione di coscienza= il legislatore dichiara, prevedendo una legge, che sull'argomento specifico, esiste l'eventualità che l'individuo professionista, possa, seguendo la propria coscienza, esentarsi dalla legge in questione.

## MATURITÀ MORALE

una professione che ha il compito di far crescere la società attraverso la cura della salute, ha bisogno di avere operatori la cui professionalità sia la sintesi di una solida maturità personale e professionale.

## KOHLBERG E LO SVILUPPO MORALE

Nacque nel 1927 negli USA e morì in condizioni molto strane nel 1987 sempre negli USA, trovato in una palude. Non si sa in che condizioni si è verificata la sua morte.

Egli era appassionato al comportamento osservabile dai bambini e dai ragazzi, e dedicò la prima parte della sua vita all'osservazione di bambini e ragazzi. Successivamente osservò comportamenti di gruppi bambini e ragazzi appartenenti ad etnie differenti.

Lui presentava agli intervistati una situazione morale, e poi poneva al soggetto un dilemma rispetto al comportamento da assumere, gli chiedeva il ragionamento che sta a monte del comportamento.

Kohlberg al termine della sua vita, mette insieme una teoria che si basa su 3 livelli di giudizi morali, suddivisi a loro volta in 2 stadi ciascuno. Secondo l'autore lo sviluppo morale è correlato alla maturazione dell'individuo, quindi lo sviluppo morale è collegato allo sviluppo intellettuale e sociale. Il passaggio da uno stadio all'altro è legato ad una percezione sempre più vasta del sistema sociale e ad una abilità di pensare in termini astratti. I gruppi società non sono tangibili come gli individui singoli. Il passaggio dagli stadi dipende dalla capacità di concepirsi come appartenenti ad un gruppo.

### 1. LIVELLO I (PRE-CONVENZIONALE)

01. **STADIO 1**= l'individuo non riesce a concepire un sistema sociale intorno a sé, ed ogni situazione morale è focalizzata solo in termini di interessi immediati e concreti. È lo stadio tipico dei preadolescenti (4-13), ma possono esserci difficoltà nel procedere da uno stadio all'altro.

02. **STADIO 2**= nel mondo esterno il bambino riconosce persone che detengono l'autorità, e porta rispetto per le figure che hanno questo potere, e per le regole che queste persone autoritarie impongono. Il bambino segue questo insieme di regole solo per ricevere GRATIFICAZIONE e per evitare una PUNIZIONE, non riconosce un valore intrinseco alle regole.

### 1. LIVELLO II (CONVENZIONALE)

01. **STADIO 1**= richiede la capacità di riconoscere l'esistenza di gruppi umani, e di concepirsi come membri di essi, e rispettare norme e consuetudini di questi. Le azioni degli individui sono finalizzate alle aspettative e al benessere del gruppo.

02. **STADIO 2**= l'adesione alle norme e regole, non è dovuta ad un atteggiamento passivo di conformità; in questo stadio si scaturisce un senso di appartenenza e di lealtà ad un ordine costituito. L'individuo è capace in questo stadio di sacrificare i propri interessi per raggiungere un obiettivo comune, perché in lui si è sviluppato un senso di empatia, sempre però ottenendo una gratificazione.

### 2. LIVELLO III (POST- CONVENZIONALE)

01. **STADIO 1**= Non si presuppone un ulteriore sviluppo del concetto sociale, qui si parte da una delusione. L'individuo non si preoccupa più di attenersi alle norme di un gruppo.

02. **STADIO 2**= Si agisce secondo la propria coscienza e il proprio ragionamento.

## CENNI STORICI

La deontologia risente molto dei fattori storici e sociali del tempo in cui si esplica.

Il termine "DEONTOLOGIA" è piuttosto recente, nasce infatti nel 1800. Niente infatti, prima del 1834 può essere considerato deontologico.

"Quel settore dell'arte e della scienza che ha per suo oggetto il fare in ogni occasione ciò che è conveniente fare.

Il compito della deontologia consiste principalmente nella distribuzione degli obblighi derivanti da fonti diverse, nello stabilire quale debba ottenere la preferenza e quale debba rinunciarvi.

Gli uomini hanno bisogno di venire informati degli obblighi che gravano su di loro."

Jeremy Bentham 1834

## Etimologia

è un termine che deriva dal greco **deon**, che significa "**dovere**" e **logos** che significa discorso, parola, "**scienza**" da cui "**scienza che studia i doveri**", l'insieme dei doveri e delle regole che riguarda un gruppo professionale.

Essa, **a differenza dell'etica e della morale**, è **un'insieme di regole che indicano come comportarsi in quanto membri di un corpo sociale** (professione).

La deontologia professionale non riguarda la tecnica bensì i **comportamenti** che si tengono nell'esercizio delle prestazioni.

Codice morale, comportamentale che presiede a ogni attività professionale.

I contenuti deontologici sono comportamenti accettati liberamente o adottati per dovere, che rientrano in "contratti" stipulati con le istituzioni di riferimento.

I comportamenti si caratterizzano in quanto rispondenti a:

- **Principio di correttezza**= Si riferisce alle doti personali di buona educazione, rettitudine e osservanza delle regole che disciplinano l'ambito di competenza.
- **Principio di riservatezza**= Si riferisce a tutto ciò che riguarda le informazioni e i dati strettamente personali della persona assistita.
- **Principio di informativa e veridicità**= Secondo cui devono essere fornite in modo esaustivo tutte le informazioni richieste dalla persona assistita. Questo principio non era inizialmente sostenuto dalle professioni sanitarie. L'informare l'assistito non era rispettato, anzi, venivano date addirittura false informazioni. Dobbiamo fare in modo che le informazioni che diamo all'assistito siano comprese a pieno da questo. Usare un linguaggio comprensibile è fondamentale.
- **Principio di colleganza**= Impegno a rispettare i colleghi anche in caso di pareri contrastanti. Il rispetto deve essere mantenuto.
- **Principio di dignità e decoro professionale**= l'impegno di rispettare i colleghi, l'assistito ed aiutare chi ha bisogno va sostenuto anche nei momenti in cui non portiamo la divisa infermieristica, dobbiamo garantire professionalità e decoro in qualsiasi momento della nostra vita.

### DIFFERENZA TRA ETICA-LEGGE-DEONTOLOGIA

- **ETICA**= orienta il comportamento dell'uomo
- **LEGGE**= regola il comportamento del cittadino
- **DEONTOLOGIA**= orienta e regola il comportamento del professionista.

### DEONTOLOGIA PROFESSIONALE

È un insieme di norme e di regole della condotta professionale, espressione dei valori propri di una professione, generalmente raccolte in un codice deontologico vero e proprio dettato normativo o raccolta di indicazioni dell'agire del professionista.

Contenuti= è un manifesto pubblico (visibile da tutti) che manifesta non solo i principi e le norme che orientano e guidano il professionista, ma esprimono l'intera professione. E' lo strumento attraverso il quale il professionista si presenta alla società. Orienta il professionista nella scelta di un comportamento. Gli obblighi deontologici sono stabiliti nei confronti di:

- destinatari della professione (cittadini, assistiti)

- colleghi
- ad altri professionisti
- a sé stessi come professionisti

I valori espressi nel codice deontologico hanno carattere universale, e guidano il comportamento del professionista nelle aree di incertezza e aiuta a conciliare i valori che nell'etica sono assoluti.

**IERI**= abbiamo una deontologia professionale e un codice deontologico inteso come regole di autodisciplina

**OGGI**= si è trasformata la concezione di deontologia verso una responsabilità e impegno professionale.

### **1955 NASCONO I COLLEGI PROFESSIONALI**

Nascono i Collegi delle infermiere professionali, vigilatrici d'infanzia e assistenti sanitarie visitatrici, voluti da un decreto governativo dell'ottobre 1954. E voluti soprattutto da quelle operatrici della sanità consapevoli di essere preziose, ma che non avevano ancora ottenuto uno specifico riconoscimento professionale, poiché il decreto del 1946 sulle professioni sanitarie si era limitato a ripristinare gli Ordini dei medici chirurghi, dei veterinari e dei farmacisti e ad istituire i Collegi delle ostetriche.

### **1959 ISCRIZIONE AGLI ALBI PROFESSIONALI**

Un primo passo importante fu convincere le infermiere, le assistenti sanitarie visitatrici e le vigilatrici d'infanzia, religiose e laiche, ad iscriversi negli Albi professionali: i dati registrati nel 1959, in occasione del Censimento nazionale degli esercenti le professioni sanitarie, mostrano i buoni risultati raggiunti, ma segnalano anche il perdurare di alcune difficoltà.

### **1960 PRIMO CODICE DEONTOLOGICO**

Il 15 febbraio 1959 il Comitato centrale della Federazione Ispasvi comincia a discutere della necessità di mettere a punto un Codice deontologico infermieristico, che indichi le coordinate etiche in relazione alle quali operano le appartenenti alla professione. Il primo Codice deontologico delle infermiere italiane sarà pronto l'anno successivo, nel 1960. Una conquista importante che rappresenta un passo avanti nella costruzione dell'identità professionale, soprattutto nel rapporto con le altre professioni sanitarie.

Ma qualche anno dopo si avvertirà l'esigenza di rivedere quel testo con lo scopo di eliminare ciò che in esso era troppo "legato al tempo, ad elementi storici e sociali transitori", come si legge nella presentazione del nuovo Codice. Si tratta, in sostanza, di togliere riferimenti troppo antiquati, stridenti con una nuova leva infermieristica che non è certo estranea ai fermenti sociali che in quegli anni attraversano non solo il nostro Paese, ma il mondo intero.

### **1971 GLI UOMINI POSSONO DIVENTARE INFERMIERI**

“Estensione al personale maschile dell’esercizio della professione di infermiere professionale”: recita così la legge n. 124 del 25 febbraio 1971, con la quale si sancisce una vera rivoluzione nel mondo infermieristico. La storia della professione era stata fino a questo momento esclusivo appannaggio delle donne: una santa per proteggerle, quella matrona Fabiola che si dedicava all’assistenza nell’antica Roma, una donna come modello ideale, ovvero Florence Nightingale, e poi tante altre donne negli ospedali, nelle visite igieniche alle zone più difficili del Paese, nell’assistenza all’infanzia. Il lavoro infermieristico, visto come “ausiliario” e “vocazionale”, era giudicato particolarmente adatto alle donne e soprattutto alle religiose, che furono per molti anni la maggior parte del corpo infermieristico.

L’immissione degli uomini nei ruoli professionali produrrà anche un’accelerazione del cambiamento dei percorsi formativi, a cominciare dai Convitti che dovranno derogare all’internato per i nuovi allievi.

### **1973 FORMAZIONE ALL’EUROPEA**

L’Italia recepisce l’Accordo europeo sull’istruzione e formazione degli infermieri professionali (legge 15 novembre 1973, n. 795). Si tratta di una tappa importante nella storia della professione infermieristica: il documento sarà il punto di riferimento di tutto il processo di riordino normativo che si svilupperà dagli anni Settanta ad oggi.

L’Accordo di Strasburgo indica infatti i punti essenziali per una revisione dei programmi d’insegnamento e definisce la funzione educativa del tirocinio pratico degli allievi. Per uniformarsi alle indicazioni europee, che prevedono 4600 ore di insegnamento, saranno elaborati nuovi programmi di studio e la durata dei corsi passerà da due a tre anni. L’obiettivo è duplice: far crescere la qualità della formazione e consentire la possibilità per gli infermieri di lavorare nei vari Stati firmatari dell’Accordo.

### **1977 SECONDO CODICE DEONTOLOGICO**

Il Codice deontologico del 1977 è un testo sintetico, asciutto, ma non per questo privo di importanti sottolineature: “l’infermiere facilita i rapporti umani e sociali dell’assistito”, “l’infermiere, nel pieno rispetto dei diritti del malato, si avvale dei propri diritti sindacali”, “l’infermiere ha il dovere di qualificare ed aggiornare la sua formazione”. Vi si può leggere in controtela il profilo di una professionista che non rinuncia certo alla dimensione umana dell’assistenza, ma la arricchisce in una prospettiva sociale, coniugandola con un’affermazione di dignità della categoria che spazia dalle difese sindacali alla necessità dell’aggiornamento tecnico-scientifico.

Questo Codice resterà in uso per molti anni, senza che si ponga nuovamente l’esigenza di rinnovarlo, probabilmente proprio grazie alla caratteristica di estrema sintesi della formulazione.

**CODICE DEONTOLOGICO 1977**

*“l’infermiere svolge una professione al servizio della salute e della vita. E’ chiamato non solo ad assicurare una qualificata assistenza infermieristica, ma anche a dare risposte professionali nuove per favorire, con la collaborazione di tutto il personale sanitario, il progresso della salute nel paese”*

*“l’infermiere, nella sua autonoma responsabilità e nel rispetto delle diverse competenze, collabora attivamente con i medici e con gli altri operatori socio-sanitari per la migliore tutela della salute dei cittadini, sia nella programmazione e nel funzionamento delle strutture, sia nella gestione democratica dei servizi, tenendo sempre presenti i bisogni reali della popolazione nell’ambito del territorio”*

**(art. 6)**

*“l’infermiere è al servizio della vita dell’uomo: lo aiuta ad amare la vita, a superare la malattia, a sopportare la sofferenza e affrontare l’idea della morte” (art. 1)*

*“l’infermiere promuove la salute del singolo e della collettività operando contemporaneamente per la prevenzione, la cura e la riabilitazione” (art. 4)*

*“l’infermiere afferma e difende il suo diritto all’obiezione di coscienza di fronte alla richiesta di particolari interventi contrastanti i contenuti etici della professione”*

**(art. 11)**

## **1922 ARRIVANO I DIPLOMI UNIVERSITARI**

Sono circa mille i primi studenti che nell'anno accademico 1992/93 varcano le soglie dell'Università per frequentare i corsi di diploma universitario per infermiere, avviati in 18 Atenei italiani. L'ingresso della formazione nell'Università è il punto d'arrivo di un decennio di battaglie portate avanti da tutta la professione per adeguare i percorsi formativi al ruolo di grande responsabilità svolto dagli infermieri in ogni struttura del sistema sanitario italiano e per entrare a pieno titolo in Europa.

Questa esigenza si integra perfettamente con il complessivo disegno di riforma dell'Università, varato nel 1990, che istituisce anche nel nostro Paese le "lauree brevi". Alla fine del 1992 viene emanato il Dlgs 502 (poi 517) che, oltre a definire le competenze dell'Università, delle Regioni e delle Aziende del Ssn in materia di formazione infermieristica, stabilisce come requisito per l'accesso alle scuole a ai corsi il possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado di durata quinquennale. La nuova norma si prefigge di salvaguardare il patrimonio di esperienza didattica delle precedenti Scuole, prevedendo l'accreditamento delle sedi idonee con l'Università. Nel 1996/97 il periodo di transizione al nuovo sistema formativo si conclude con il passaggio definitivo di tutta la formazione di base in ambito universitario. Sul diploma, accanto alla firma del Responsabile del corso, figura ora quella del Rettore dell'Università.

## **1994 GLI INFERMIERI HANNO UN NUOVO PROFILO**

Il profilo professionale è la pietra miliare nel processo di professionalizzazione dell'attività infermieristica. Il decreto ministeriale 739/94 riconosce l'infermiere responsabile dell'assistenza generale infermieristica, precisa la natura dei suoi interventi, gli ambiti operativi, la metodologia del lavoro, le interrelazioni con gli altri operatori, gli ambiti professionali di approfondimento culturale e operativo, le cinque aree della formazione specialistica (sanità pubblica, area pediatrica, salute mentale/psichiatria, geriatria, area critica). L'attivazione del profilo si presenta come il banco di prova per verificare la compliance tra le aspirazioni e le potenzialità degli infermieri, che sono chiamati ad assumere – anche formalmente – la responsabilità di gestire autonomamente il processo assistenziale, dal momento decisionale a quello attuativo, valutativo e di confronto.

## **1999 TERZO CODICE DEONTOLOGICO**

In linea con il Patto del 1996 si arriva ad una riscrittura del Codice deontologico infermieristico, presentato in occasione della Giornata internazionale dell'infermiere il 12 maggio del 1999.

Obiettivo del nuovo Codice è quello di indicare le caratteristiche della mission infermieristica in modo da dare spazio alle esigenze di autonomia professionale e fornendo una traccia di riflessione per il quotidiano confronto tra i professionisti e i ritardi della cultura e delle strutture in cui operano.

## **2000 LAUREA SPECIALISTICA E DIRIGENZA**

A fissare gli ultimi tasselli al percorso di riordino della professione è la 251/2000 (Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica). Questa legge stabilisce che gli infermieri in possesso dei titoli di studio rilasciati con i precedenti ordinamenti possono accedere alla laurea di secondo livello in Scienze infermieristiche. Ma l'importanza della 251 consiste soprattutto nel riconoscimento "formale" della dirigenza: per gli infermieri si aprono così le porte per l'accesso alla nuova qualifica unica di dirigente del ruolo sanitario.

## **2019 ULTIMO CODICE DEONTOLOGICO**

Le regole della professione degli infermieri si aggiornano nel 2019, a dieci anni dal Codice del 2009

Le sue caratteristiche sono massima trasparenza e condivisione e il Codice deontologico è un criterio guida per l'esercizio professionale dell'infermiere che deve tenere conto della sua evoluzione sia sotto il profilo giuridico che dello status e delle competenze professionali.

**L'infermiere oggi è un professionista della salute al quale ogni cittadino si rivolge in un rapporto diretto confidando nell'opportunità di ricevere un'assistenza professionale, pertinente e personalizzata.**

Il nuovo Codice deontologico 2019 rappresenta, per l'infermiere, uno strumento per esprimere la propria competenza e la propria umanità, il saper curare e il saper prendersi cura.

## IL CODICE DEONTOLOGICO

Il codice deontologico è composto da 8 capitoli, ognuno dei quali ha al suo interno degli articoli

- **CAPO I: PRINCIPI E VALORI PROFESSIONALI (1-6)**

Sono gli articoli che specificano i **valori** ed i **principi** etici che guidano **l'agire professionale**. Viene definita la posizione dell'infermiere rispetto al rispetto e alla non discriminazione, alle questioni etiche, alla libertà di coscienza. All'art.4, si parla della **relazione di cura**.

**ART. 4 – RELAZIONE DI CURA** Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.

- **CAPO II: RESPONSABILITA' ASSISTENZIALE (7-11)**

Sono gli articoli che stabiliscono la posizione dell'infermiere rispetto le **attività di formazione**, conoscenza e aggiornamento, l'educazione all'essere professionista, la ricerca e la sperimentazione, l'informazione, la **promozione e l'educazione alla salute**, al fine di garantire la **sicurezza delle cure**.

- **CAPO III RAPPORTI PROFESSIONALI (12-16)**

Sono gli articoli che definiscono i rapporti professionali fra gli infermieri stessi e le altre figure sanitarie.

Pertanto, **collaborazione e cooperazione, interazione ed integrazione, condivisione delle conoscenze, advocacy ed onestà**, sono i concetti chiave. L'obiettivo ultimo è sempre la sicurezza delle cure e la tutela della persona assistita.

- **CAPO IV: RAPPORTI CON LE PERSONE ASSISTITE (17-27)**

**Rispetto e fiducia** sono alla base del rapporto con l'assistito. **La persona deve essere ascoltata e valorizzata durante tutto il percorso di cura**. Si affrontano diverse tematiche della relazione con l'assistito

- .Dolore
- .Diritto alla riservatezza
- .Diritto all'autodeterminazione
- .Strategie comunicative che favoriscano l'empatia e l'empowerment
- .Violenze e maltrattamenti
- .Tutela della volontà dei minori
- .Cure nel fine vita
- .Tutela della volontà dell'assistito di porre fine agli interventi
- .Donazione di sangue tessuti e organi
- .Rispetto del segreto professionale

Nel percorso di cura l'Infermiere valorizza e accoglie il contributo della persona, il suo punto di vista e le sue emozioni e facilita l'espressione della sofferenza. L'Infermiere informa, coinvolge, educa e supporta l'interessato e con il suo libero consenso, le persone di riferimento, per favorire l'adesione al percorso di cura e per valutare e attivare le risorse disponibili.

- **CAPO V: COMUNICAZIONE (28-29)**

L'informazione e la comunicazione sono le componenti essenziali della relazione professionista- cittadino.

Gli articoli 28 e 29 vogliono far riflettere sulla **forma** sulle **modalità corrette** per comunicare, ponendo l'attenzione anche sull'utilizzo dei **mezzi informatici** e dei **social media**.

**ART. 28 – COMPORTAMENTO NELLA COMUNICAZIONE**

L'Infermiere nella comunicazione, anche attraverso mezzi informatici e social media, si comporta con decoro, correttezza, rispetto, trasparenza e veridicità; tutela la riservatezza delle persone e degli assistiti ponendo particolare attenzione nel pubblicare dati e immagini che possano ledere i singoli, le istituzioni, il decoro e l'immagine della professione.

**ART. 29 – VALORI NELLA COMUNICAZIONE** L'Infermiere, anche attraverso l'utilizzo dei mezzi informatici e dei social media, comunica in modo scientifico ed etico, ricercando il dialogo e il confronto al fine di contribuire a un dibattito costruttivo.

- **CAPO VI: ORGANIZZAZIONE (30-38)**

Viene qui definita la **responsabilità infermieristica nel contesto organizzativo**.

L'infermiere valuta l'organizzazione e partecipa al **governo clinico**.

E' responsabile della **documentazione clinica** infermieristica.

Si adopera al fine di tutelare principi, valori e norme infermieristiche all'interno dell'organizzazione delle attività.

Si attiene alle linee guida e alle buone pratiche assistenziali;

Si attiva per segnalare all'Ordine le attività inappropriate;

Viene illustrato il rapporto con gli operatori di supporto;

all'art.35, viene definita la posizione dell'infermiere rispetto alla pratica di **contenzione**.

L'Infermiere riconosce che la contenzione non è atto terapeutico. Essa ha esclusivamente carattere cautelare di natura eccezionale e temporanea; può essere attuata dall'equipe o, in caso di urgenza indifferibile, anche dal solo Infermiere se ricorrono i presupposti dello stato di necessità, per tutelare la sicurezza della persona assistita, delle altre persone e degli operatori. La contenzione deve comunque essere motivata e annotata nella documentazione clinico assistenziale, deve essere temporanea e monitorata nel corso del tempo per verificare se permangono le condizioni che ne hanno giustificato l'attuazione e se ha inciso negativamente sulle condizioni di salute della persona assistita.

- **CAPO VII: LIBERA PROFESSIONE (39-41)**

**Lealtà professionale, contratto di cura con la persona assistita e sicurezza e continuità delle cure**, sono le parole chiave che guidano l'esercizio della libera professione.