



**Corso di
Formazione
Accreditato**

Il nuovo Codice Deontologico: deontologia e riflessioni 1° Edizione

Il nuovo Codice Deontologico, parte fondamentale della professione infermieristica, rende a tutti gli infermieri, il mandato comune, gli aspetti etici, i valori che devono essere parte attiva della quotidianità del nostro operato.

Il corso vuole approfondire la conoscenza del nuovo codice deontologico traendo spunti di riflessione dal confronto tra i professionisti, anche attraverso una modalità interattiva.

Prima del corso, ogni infermiere, cliccando sul seguente link potrà compilare un brevissimo questionario. Questo permetterà di sviluppare quesiti, riflessioni e obiezioni sul nuovo Codice Deontologico, che andranno ad arricchire l'evento.

www.opifc.it/link

Apertura dei lavori e introduzione alla giornata

Linda Prati *Presidente OPI FC* | **Riccardo Merendi** *Infermiere AUSL Romagna*

Relatori

Aurelio Filippini

Presidente OPI Varese e componente gruppo di lavoro FNOPI Codice Deontologico

Paola Arcadi

Infermiera Università Studi Milano

Rivolto agli iscritti OPI FC e altri OPI (XXX posti)

Sede del Corso: Sede OPI FC
Viale Bolognesi, 19 - Forlì

Per iscrizioni visita il sito www.opifc.it

2° Edizione

10/01/2020 dalle ore 14.30 alle ore 18.00
Cesena Fiere - Via Dismano, 3845 - Cesena

*Advocacy, deontologia,
disciplina
infermieristica:
quale legame di senso
per la cura*

Paola Arcadi

Deontologia

Nella filosofia greca classica il logos è sia pensiero, sia parola

Lo specchio del dovere è il diritto

***Advocacy come trait d'union
tra dovere e diritto***

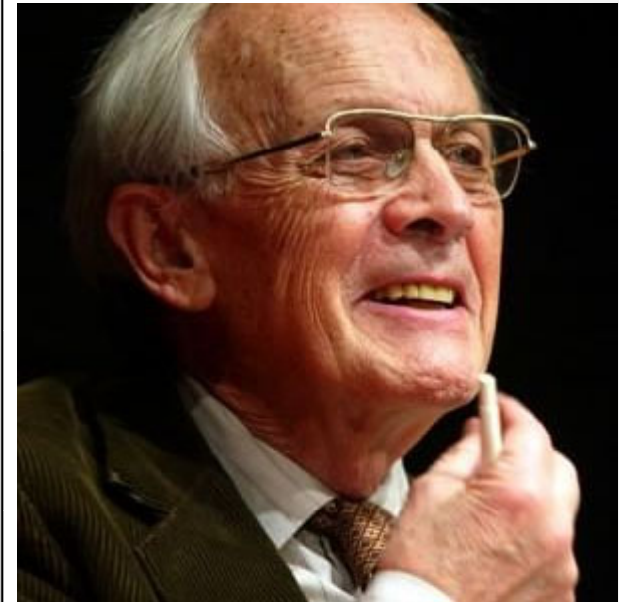


Garanzia e protezione

Quali sono i diritti che la deontologia professionale richiama e nei quali si evince l'identità e i valori che la compongono?

Il linguaggio di un codice travalica la deontologia e ci consegna la disciplina

***Non c'è dubbio che, dal punto di vista del ritmo dei propri tempi di sviluppo ed evoluzione, le discipline scientifiche progrediscono molto più rapidamente della morale, offrendo delle possibilità di soluzione ad alcuni problemi della vita umana che finora non erano neanche pensabili
(G. Berlinguer)***



Cambia il 'come', mantenendo intatto il 'perchè'



**Medicine is a science of uncertainty
and an art of probability.**

**William
Osler**



Complicato vs complesso

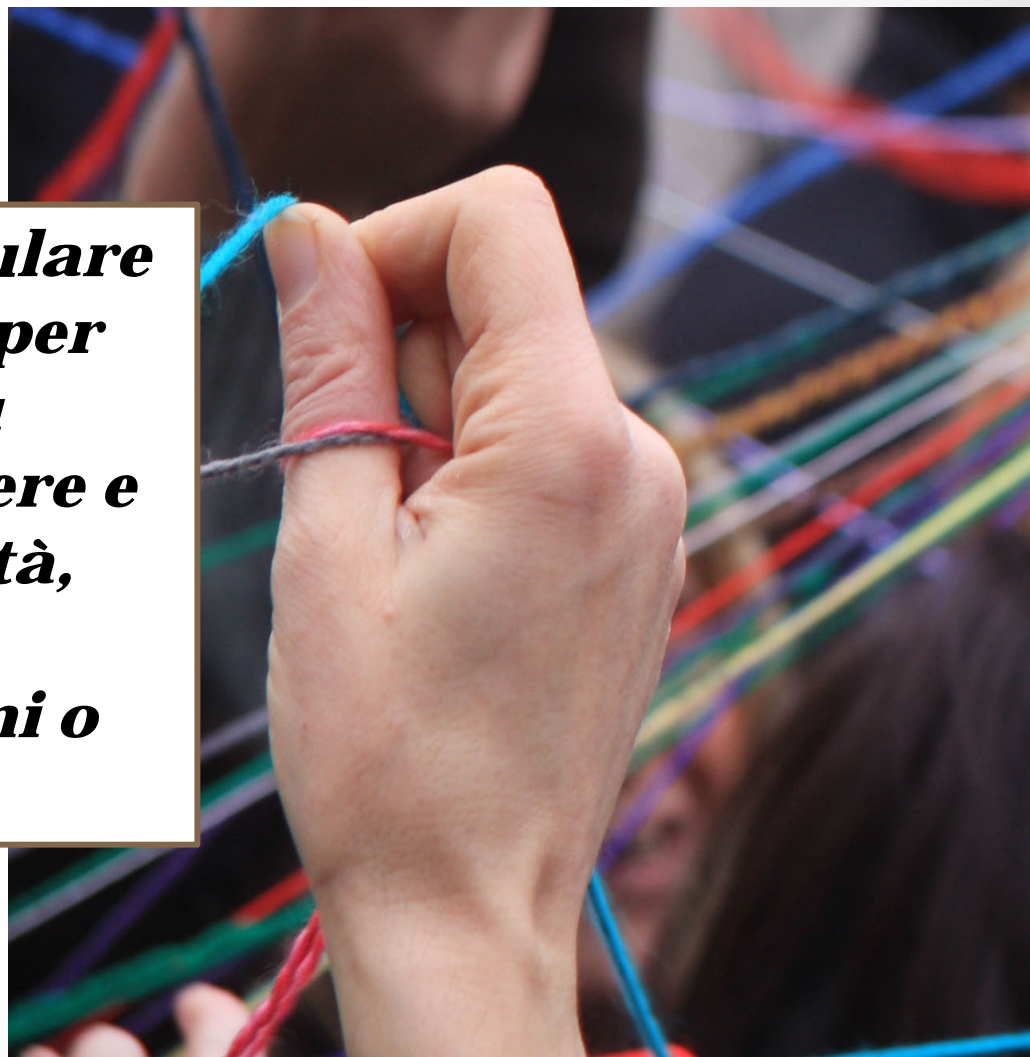


**tessuto in cui sono tenuti insieme fili di lino
di seta, di cotone, di lana di vari colori
(E.Morin)**

Complicato vs complesso

La vera sfida è RI-comporre

tenere insieme e riformulare costantemente il senso, per rendere le persone il più possibile capaci di reggere e mantenere la complessità, invece di muoversi per aggiunte, moltiplicazioni o rimozioni.



Cos'è la salute per te? Studio qualitativo sul significato di salute percepito dai cittadini

Cinzia Botter,¹ Sergio Nobile,² Paola Arcadi,³ Loris Bonetti,⁴ Sara Bonfadini,⁵ Antonella Demarchi,⁶ Antonietta Fortunato,⁷ Paolo Carlo Motta,⁸ Mariachiara Perri,⁹ Lorena Salvini,¹⁰ Andrea Todisco,¹¹ Eleonora Zanella,¹² Barbara Sappa¹³

Il concetto di salute



“Oggi nessuno è sano e nessuno è malato”

Cos'è la salute per te?

1^a
FASE

P. Arcadi, L. Bonetti, S. Bonfadini, C. Botter, A. De Marchi, A. Fortunato, E. Manzoni, M. Morici, P.C. Motta, S. Nobile, D. Pasqua, M.C. Perri, L. Salvini, B. Sappa, A. Todisco, A. Zagari, E. Zanella

BACKGROUND

La ricerca ASI "Di quali bisogni di salute si occupa l'infermiere" (2015), ha portato in luce quanto oggi l'agire dei professionisti debba orientarsi alla risposta dei nuovi bisogni di salute che il mutato quadro sociale, epidemiologico, culturale e dei luoghi di cura sta facendo emergere. L'attuale scenario socio-sanitario, che pone l'accento sulla presa in carico di tali bisogni, sulla cronicità e sullo spostamento del baricentro dall'ospedale verso i luoghi di vita delle persone, unitamente alle prospettive di sviluppo in essere della professione infermieristica, sollecitano alcuni interrogativi fondamentali: cosa si intende per salute? Quali bisogni di salute esprimono le persone oggi? Quale contributo di risposta ai bisogni di salute espressi può porre in essere la disciplina infermieristica oggi?

OBIETTIVI

- Conoscere cosa intendono le persone adulte quando parlano di salute
- Conoscere i determinanti della salute che emergono dalle opinioni dei cittadini
- Individuare i bisogni di salute espressi

METODI E STRUMENTI

- 1° FASE: Studio qualitativo (12/2016 -09/2017)
- 2° FASE: Studio metodologico (10/2017-12/2017)
- 3° FASE: Studio descrittivo-correlazionale(01/2018-05/2018)



Campionamento: propositivo, secondo criterio. Soggetti adulti stratificati per classi di età.

- **Fase 1: intervista piramidale (Landfield, 1987) in piazze cittadine di Regione Lombardia.**
- Fase 2: dai risultati della ricerca qualitativa verranno estrapolati gli item per la costruzione di un questionario
- Fase 3: survey

Analisi dei dati:

- **Fase 1: analisi qualitativa del contenuto: categorizzazione, analisi delle implicazioni e dei contrasti, ricategorizzazione**
- Fase 2: analisi psicometriche (validità di facciata, contenuto, costruito)
- Fase 3: statistica descrittiva/inferenziale

RISULTATI

Sono state identificate otto macro-categorie che compongono il concetto di salute per gli intervistati: assenza di malattia, atteggiamenti e comportamenti proattivi nel prendersi cura, autonomia-indipendenza, equilibrio, lavoro - soldi - ambiente, relazioni interpersonali, predisposizione di sentimenti e stati d'animo, stili di vita.



CONCLUSIONI

Alla luce dei risultati di questa 1^a Fase, è possibile individuare il contributo dell'infermiere e dell'infermiere di famiglia, nello scenario di cambiamento descritto e nel percorso di risposta ai bisogni di salute dei cittadini. La salute è un'esperienza profondamente soggettiva, risulta quindi complesso il tentativo di categorizzazione: a ciascun individuo corrisponde un differente progetto influenzato da giudizi e valori esistenziali; la salute è percepita come un fatto reale, ma rimane sempre soggetta alla valutazione umana: persone oggettivamente malate riferiscono percezione personale di benessere mentre coloro che non hanno alterazioni riscontrabili clinicamente avvertono un senso di malessere.

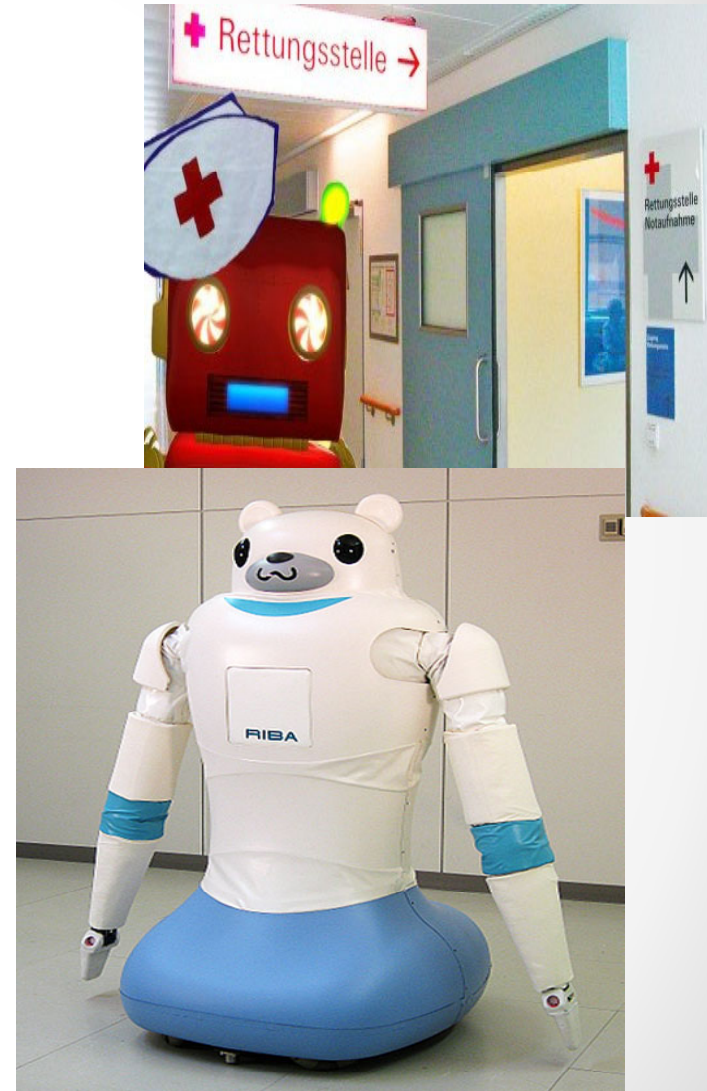
Si evidenziano 4 livelli principali di concettualizzazione della SALUTE:

- buon funzionamento dell'organismo che risponde ad una norma di efficienza: paradigma "bio-medico" legato al benessere psico-fisico
- schemi di comportamento manifesto, di azioni e abitudini proattive: individuo visto come protagonista unico ed indiscusso delle proprie scelte
- concezione di salute riferita all'esperienza emotiva: agli stati d'animo influiscono positivamente o negativamente sulla vita
- salute come risultato di uno stile di vita salutista: attenzione all'alimentazione, alla forma fisica e a non cedere a vizi dannosi per il corpo

BIBLIOGRAFIA: ARCADY P. ET AL. "Di quali bisogni di salute si occupa l'infermiere? Studio qualitativo multicentrico", ARMEZZANI M. ET AL. (1999) "Salute ben-essere e soggettività. Nuovi orizzonti di significato", ARMEZZANI M. ET AL. (2009) "L'esperienza del benessere. Pensieri, emozioni e parole di adolescenti e giovani", BUCCHI M., NERESINI F. (2001) "Sociologia della salute, DA COL P. ET AL. "La salute come capacità di adattamento", GULEMANI D. (1998) "Le emozioni che fanno guarire", GADAMER H. G. (1994) "Dove si nasconde la salute", INGIROSSO M. (2015) "La salute per tutti. Un'indagine sulle origini della sociologia della salute in Italia", Milano, Franco Angeli. JAKOB A., KELLY G. (2004) "La psicologia dei costrutti personali", LANDFIELD A. V. ET EPTING F.R. (1987) "Personal construct psychology", MACHTELDO H. ET AL. "How should we define health?", SPINANTI S. (1993) "Bioetica in sanità", TURCHI G., DELLA TORRE C. (2007) "Psicologia della salute. Dal modello bio-psico-sociale al modello dialogico".

Dimensione tecnica

Fino a che la strumentazione tecnica disponibile era appena sufficiente per raggiungere quei fini in cui si esprimeva la soddisfazione dei bisogni umani, la tecnica era un semplice *mezzo* il cui significato era interamente assorbito dal *fine*, ma quando la tecnica aumenta quantitativamente al punto da rendersi disponibile per la realizzazione di qualsiasi fine, allora muta qualitativamente lo scenario, perché non è più il fine a condizionare la ricerca, lo scenario, la rappresentazione, l'acquisizione di modelli tecnici, ma sarà la cresciuta disponibilità dei mezzi tecnici a dispiegare il ventaglio di qualsivoglia fine che per loro tramite può essere raggiunto. Così *la tecnica da mezzo diventa fine*, non perché la tecnica si proponga qualcosa, ma perché tutti gli scopi e i fini che gli uomini di propongono non si lasciano raggiungere se non attraverso la mediazione tecnica (U. Galimberti, 1999).



Quali sono i diritti che la deontologia professionale richiama e nei quali si evince l'identità e i valori che la compongono?

***Cura* sollecitudine, grave
e continua inquietudine,
vigilanza premurosa
(Heidegger)**

**La dea *Cura* ha la
responsabilità
dell'essere umano,
a cui da forma, per
tutta la durata della
vita**

**Il gesto di *Cura* che
modella l'uomo dal
fango, è essenziale**



Recitare

Cura è scienza e coscienza

La coscienza di una professione è racchiusa in quell'ideale di servizio che non significa sacrificio e abnegazione, quanto piuttosto premurosa attenzione che risponde all'interrogativo:

"dimmi, cosa ti serve in questo momento di vita per sentirti curato?"

The background is a painting of a traditional Japanese wooden bridge with a railing, arching over a pond. The pond is filled with lily pads and various flowers, including pink and white blossoms. The brushwork is visible, giving it a textured, impressionistic feel. The overall color palette is dominated by greens, blues, and earthy tones.

La cura è un atto relazionale

essere-assieme
cura inautentica

essere-con
Cura autentica

In - contro

È insieme esperienza del limite e
della speranza



***Il senso vitale della cura è fare di
“limite e speranza” condizioni
generative***

“La verità del rapporto, tuttavia riemerge nella riscoperta della connessione, nell’intuizione che noi e l’altro siamo interdipendenti, e che la vita, per quanto sia un valore in sé, può alimentarsi solo nel rapporto, in virtù della cura che ci mettiamo”

Carol Gilligan

L’etica della cura muove dall’idea che ***tanto più siamo morali quanto più siamo connessi agli altri***, quanto più cioè cogliamo e manteniamo (con attenzione, sollecitudine e sensibilità) la connessione con gli altri nella loro particolarità: solo così ne possiamo cogliere i bisogni e possiamo dare a questi bisogni, ma anche ai singoli stessi, visibilità e risposte. Del resto mantenere la connessione con gli altri è anche un modo per ***mantenere la connessione con noi stessi.***

ascoltare

ascoltare

ascoltare

ascolta

Se ciò che io dico Risuona
in Te
è perché siamo Entrambi
Rami di uno Stesso
Albero

ascoltare

ascoltare

Ascoltare

ascoltare

Ascoltare

cre

reare

cre

cre

Trafitti dall'incontro

La bellezza ci può trafiggere come un dolore.

Thomas Mann



Cura e advocacy incontrano la compassione

«Un uomo scendeva da Gerusalemme a Gerico e incappò nei briganti che lo spogliarono, lo percossero e poi se ne andarono, lasciandolo mezzo morto. Per caso, un sacerdote scendeva per quella medesima strada e quando lo vide passò oltre dall'altra parte. Anche un levita, giunto in quel luogo, lo vide e passò oltre. Invece un Samaritano, che era in viaggio, passandogli accanto lo vide e n'ebbe compassione. Gli si fece vicino, gli fasciò le ferite, versandovi olio e vino; poi, caricatolo sopra il suo giumento, lo portò a una locanda e si prese cura di lui. Il giorno seguente, estrasse due denari e li diede all'albergatore, dicendo: Abbi cura di lui e ciò che spenderai in più, te lo rifonderò al mio ritorno. Chi di questi tre ti sembra sia stato il prossimo di colui che è incappato nei briganti?». Quegli rispose: «Chi ha avuto compassione di lui».

Cura e advocacy costruiscono significati

“Consideriamo due pazienti, entrambi sono in un letto d’ospedale a causa di una frattura alla gamba, stessa età e livello di gravità: tuttavia, il primo si è rotto una gamba per aiutare a salvare la vita a un bambino mentre attraversava la strada, il secondo uomo è caduto da un’impalcatura. Potresti immaginare l’umore di questi due uomini? Totalmente differente! Il primo è orgoglioso, dal momento che con il suo gesto ha salvato una vita, il secondo è pieno di rabbia perché quell’impalcatura non era abbastanza sicura. Il “sacrificio” del primo uomo aveva un “significato”, l’incidente dell’altro uomo non aveva un significato simile. Fino ad ora.”
(David Napier)

Cura e advocacy stanno in un gesto

“Al mattino quando vengono a lavarmi ho vergogna, vorrei scomparire quando mi tolgono il lenzuolo e devo essere lavato da loro. Ma d'altronde cosa ci devo fare. Quando sei qua, sei nelle loro mani e poi se c'è qualcosa da fare cosa fai gli dici 'non fatelo perché ho vergogna?', no non si può. Però ieri quando sono passati per visitarmi, quell'infermiera mi ha toccato con tanto garbo, e ogni volta mi diceva "adesso devo scoprirla, ma le rimetto subito il lenzuolo così non prende freddo", e quando sono usciti ho pianto come un bambino da tanto mi sono sentito rispettato e curato nella mia dignità"



Cura e advocacy tendono alla libertà

*Quando mi domandano «cosa ne
pensa? Cosa vorrebbe?»
Quando mi considerano una
persona capace di decidere io mi
sento curato.*

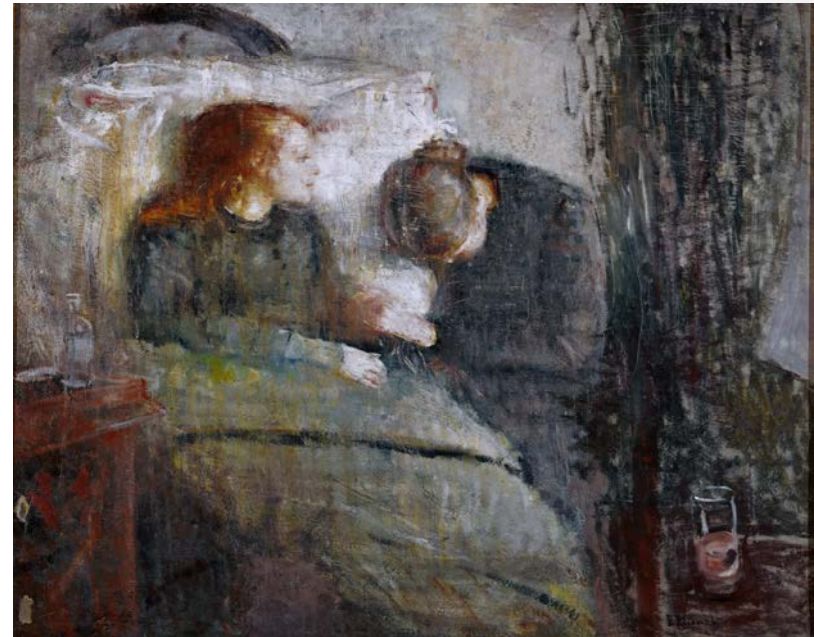
**Aiutare a decidere è tra le finalità più complesse
in una relazione di advocacy**



Cura e advocacy si situano in un tempo

***Il tempo guarirà tutto.
Ma che succede se il tempo stesso è
una malattia?
(Wim Wenders)***

Kronos, Kairos e Aion



**L'identità non esiste senza alterità:
ci costruiamo, diventiamo ciò che siamo
soprattutto attraverso il rapporto con
l'altro, tanto che perdere l'altro significa
perdere noi stessi.**

Il Codice Deontologico è vestito di identità

L'advocacy nella professione infermieristica: un'analisi concettuale

Rita Ventimiglia¹, Paola Arcadi²

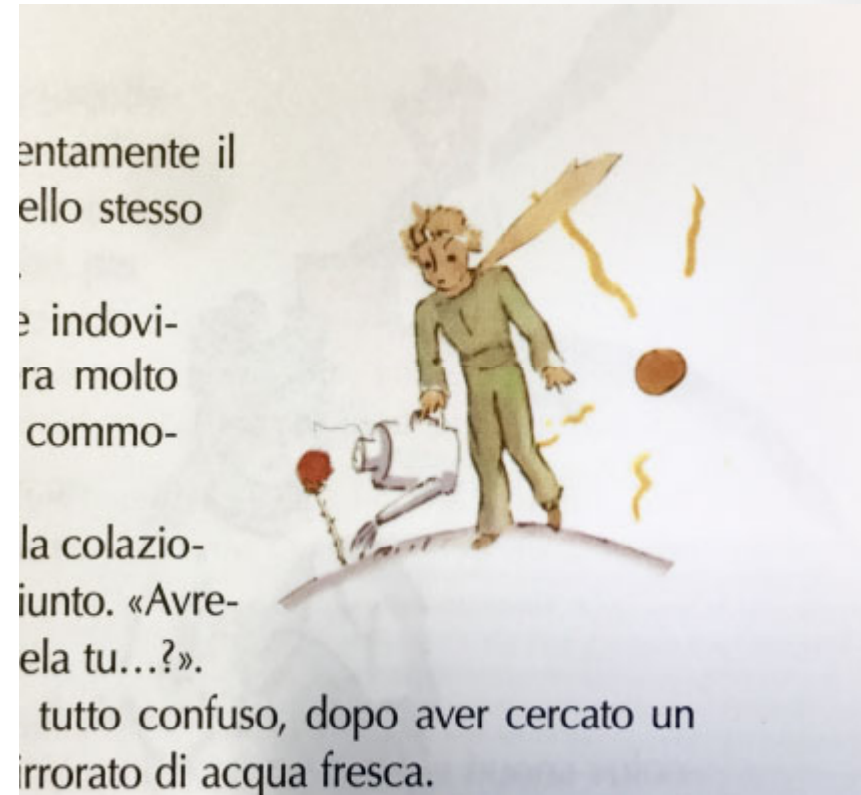
¹Infermiera, Unità operativa di cardiocirurgia, Istituto Clinico Sant'Ambrogio, Milano; ²Infermiera, tutor e docente del Corso di laurea in infermieristica, Università degli Studi di Milano

Aiutare ad operare scelte consapevoli per la propria salute e di supportare nella difesa dei propri diritti

Tabella 2. Antecedenti, attributi e conseguenze dell'advocacy e relativi temi

Antecedenti	Attributi	Conseguenze
<p><i>legati all'infermiere:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - esperienza personale e professionale - attitudini individuali - conoscenze e competenze professionali - identità personale e professionale <p><i>legati all'assistito:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - condizione di vulnerabilità - richiesta di aiuto <p><i>legati al prendersi cura:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - relazione di fiducia 	<p><i>valorizzare l'autodeterminazione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - supportare l'assistito nelle attività di vita quotidiana - informare, spiegare e rendere consapevole - educare e coinvolgere il <i>caregiver</i> - salvaguardare la volontà personale <p><i>promuovere e proteggere i diritti fondamentali:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - dignità - libertà personale - libertà religiosa - <i>privacy</i> <p><i>rappresentare gli interessi:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - principio di beneficenza - principio di non maleficenza (<i>primum non nocere</i>) <p><i>"la responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura":</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - cura olistica e globale <p><i>agire come figura d'interconnessione:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - agente per l'organizzazione sanitaria - agente per il sistema famiglia 	<p><i>conseguenze positive per il professionista:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento della relazione infermiere-assistito - soddisfazione personale e professionale <p><i>conseguenze negative per il professionista:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>distress</i> psico-emotivo - tensione e conflitti intra e inter professionali <p><i>conseguenze positive per l'assistito:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - miglioramento della relazione infermiere-assistito - soddisfazione personale - autodeterminazione

lei, lei sola, è più importante di tutte voi, perché è lei che ho innaffiata. Perché è lei che ho messa sotto la campana di vetro. Perché è lei che ho riparata col paravento. Perché su di lei ho ucciso i bruchi Perché è lei che ho ascoltato lamentarsi o vantarsi, o anche qualche volta tacere. Perché è la mia rosa".
Tu sei responsabile della tua rosa..."
"Io sono responsabile della mia rosa..." ripeté il piccolo principe per ricordarselo.



entamente il
ello stesso

e indovi-
ra molto
commo-

la colazione.
iunto. «Avre-
ela tu...?».

tutto confuso, dopo aver cercato un
irrorato di acqua fresca.