

# Scripta Manent

Notiziario a cura dell'ordine delle professioni infermieristiche OPI di Bergamo

**12 maggio 2019**

**Giornata Internazionale dell'Infermiere  
#PREMIALINFERMIERE**



Seguici su



OPI Bergamo

*n°78*

## QUADRIMESTRALE OPI BERGAMO

### PROPRIETÀ, REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE

**Registrazione:** Autorizzazione Tribunale di Bergamo  
n.12 del 14 maggio 1994

**Direttore Responsabile:** Solitro Gianluca

**Responsabile della Rivista:** Mazzola Riccardo

**Commissione Redazione:** Ghidini Marco,  
Gibellini Sonia Maria Teresa e Recanati Virginia

### CONSIGLIO DIRETTIVO

**Presidente** Solitro Gianluca

**VicePresidente** Mazzoleni Beatrice

**Segretario** Ghidini Marco

**Tesoriere** Gritti Maria Valentina

**Consigliere** Anemolo Enza

**Consigliere** Bergamelli Emanuela

**Consigliere** Cosmai Simone

**Consigliere** Facchetti Michele

**Consigliere** Gialli Marco

**Consigliere** Gibellini Sonia Maria Teresa

**Consigliere** Mazzola Riccardo

**Consigliere** Pellegrini Ramona

**Consigliere** Poli Silvia

**Consigliere** Recanati Virginia Tranquilla

**Consigliere** Zaninoni Cinzia

### COLLEGIO REVISORI DEI CONTI

**Presidente Collegio Revisori dei Conti**

Plebani Simona

**Membro effettivo Collegio Revisori dei Conti**

Mainardi Mariachiara

**Membro effettivo Collegio Revisori dei Conti**

Negrone Alessandra

**Membro supplente Collegio Revisori dei Conti**

Gibellato Alberto

**Responsabile sito internet:** eWeb srl

**Progetto grafico e stampa:**

Novecento Grafico Srl

Via Pizzo Redorta 12/A - Bergamo

Tel.035.295370 - [www.novecentografico.it](http://www.novecentografico.it)

Per partecipare attivamente alle iniziative di OPI, ai corsi di aggiornamento, ricevere in tempo reale le informazioni riguardanti il mondo infermieristico, puoi iscriverti alla mailing-list accedendo al nostro sito ([www.opibg.it](http://www.opibg.it)) e consultando la sezione dedicata.

Per fornire alla commissione redazione articoli, spunti di miglioramento o segnalare criticità scrivere all'indirizzo: [ordineinfermieri@opibg.it](mailto:ordineinfermieri@opibg.it)

### Orario apertura uffici:

lunedì, martedì, giovedì, venerdì

(9.30 - 12.00/13.30 - 17.00).

Giorno di chiusura: mercoledì

Si ricorda che è possibile certificare l'iscrizione all'albo mediante **autocertificazione** (DPR 28/12/2000 n.445).

Per poter esercitare questo diritto il cittadino deve ricordare che:

- ci si può avvalere dell'autocertificazione solo nel rapporto con le Amministrazioni pubbliche dello Stato, con le Regioni, i Comuni, gli Enti di diritto pubblico.
- La legge prevede severe sanzioni penali per chi attesta false attestazioni o mendaci dichiarazioni.

# Sommario

|                                                                                                             |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>12 Maggio 2019</b>                                                                                       | <b>3</b>  |
| <i>a cura di Riccardo Mazzola</i>                                                                           |           |
| <b>Direttive anticipate di trattamento:<br/>la percezione degli operatori<br/>di cure palliative</b>        | <b>6</b>  |
| <b>Uno studio qualitativo multicentrico</b>                                                                 |           |
| <i>a cura di Santus S. e Sorrentino M.</i>                                                                  |           |
| <b>Legge 3/2018 e nuovi manuali<br/>sulla formazione continua:<br/>quale scenario per il professionista</b> | <b>8</b>  |
| <i>a cura di Valentina Gritti</i>                                                                           |           |
| <b>Una chiacchierata<br/>con... Patrizia Spini</b>                                                          | <b>10</b> |
| <i>a cura di Sonia Gibellini</i>                                                                            |           |
| <b>Strategie d'aiuto alla persona<br/>che compie gesti autolesivi</b>                                       | <b>13</b> |
| <i>a cura di Cesare Moro</i>                                                                                |           |
| <b>Codice Deontologico<br/>delle Professioni<br/>Infermieristiche 2019</b>                                  | <b>18</b> |
| <i>a cura di Silvia Poli</i>                                                                                |           |
| <b>Testo approvato<br/>dal Consiglio Nazionale<br/>il 13 aprile 2019</b>                                    | <b>19</b> |
| <b>Parere da parte<br/>dell'avvocato Fabrizio D'Adamo<br/>sul nuovo codice deontologico</b>                 | <b>28</b> |

In copertina:  
Giornata Internazionale dell'infermiere



## 12 Maggio 2019

*A cura di Riccardo Mazzola*

Come di consueto, il 12 maggio tutti gli infermieri si sono ritrovati per festeggiare la Giornata Internazionale dell'Infermiere.

Quest'anno, però, l'ordine delle professioni infermieristiche ha scelto di dedicare la mattinata alla celebrazione di tutti i professionisti che nel corso della loro carriera si sono distinti per merito.

Accanto a loro, sono stati premiati anche neo-infermieri che hanno avuto la fortuna di poter sentire parole di incoraggiamento e di sostegno per poter affrontare al meglio tutte le difficoltà che potranno trovare durante gli anni.

A presentare il Presidente dell'Ordine di Bergamo, Gianluca Solitro, affiancato da tutti i membri del Consiglio Direttivo, impegnato nell'esposizione delle motivazioni che hanno portato il Consiglio alla premiazione dei colleghi.

L'onere e l'onore di allietare la giornata è stato affidato a Suor Nausicaa

che, con la sua ironia, ha saputo intrattenere tutti gli ospiti e a ricordare l'importanza della professione infermieristica a tutte le autorità invitate a questo evento.

Inoltre il Consiglio Direttivo OPI di Bergamo ringrazia tutti i colleghi che sono intervenuti alla manifestazione e coloro che sono rimasti accanto alle persone assistite nei vari contesti lavorativi.







Ecco l'elenco completo dei premiati.

*Colleghi Infermieri premiati  
per la carriera ed esperienze di rilievo:*

- Arienti Sara
- Baitelli Raffaello
- Barcella Luigi
- Bonfanti Virginia
- Castelli Raffaele
- Cattaneo Maria Grazia
- Cortesi Giulio
- Dubbini Giulia
- Formenti Donata
- Manzoni Edoardo
- Mazzoleni Beatrice
- Milesi Maria Irene
- Mosconi Maria Antonia
- Pedercini Giovanni
- Pellegrini Ramona
- Spinelli Manuel
- Tiraboschi Sara
- Volponi Alice
- Zambelli Maria Grazia
- Zambelli Renzo

*Premiazioni di Gruppi infermieristici:*

- UOC Di Pronto Soccorso / UOC di Rianimazione / UOC Cardiologia UCC ASST Bergamo Est
- Gruppo Elisoccorso Bergamo
- Gruppo Casemanager Specialistici ASST Papa Giovanni XXIII (Adobati Romina, Bonacina Monica, Camoni Emilia, Capelli Annalisa, Gamba Franca, Giavarini Simona, Lo Palo Emilia, Melis Viviana, Nozza Bielli Franca, Pappetti Sonia, Radavelli Emanuela, Rota Domitilla, Rota Loredana, Vezzoli Ave, Zambelli Maria Grazia)
- Gruppo Protezione Civile Bergamo A.N.A.



## **Direttive anticipate di trattamento: la percezione degli operatori di cure palliative. Uno studio qualitativo multicentrico**

*A cura di Santus S. e Sorrentino M.*

**BACKGROUND:** In Italia le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) rappresentano una novità dal punto di vista normativo. Il 31 gennaio 2018 è, infatti, entrata in vigore la legge numero 219 *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”* basata su due principi fondamentali: la libertà di autodeterminazione del paziente e il consenso informato.

La legge afferma tali presupposti normativi ed etici attraverso 8 articoli relativi ai temi del consenso informato, del divieto di ostinazione irragionevole nelle cure, della pianificazione condivisa delle cure e delle disposizioni anticipate di trattamento.

La legge, grazie alle sue equilibrate posizioni in materia di scelte alla fine della vita, secondo alcuni studiosi segna un punto di svolta nella disciplina dell'assistenza sanitaria. Considerata la novità della legge italiana, ad oggi, la percezione degli operatori rispetto alle direttive anticipate rimane una

area da indagare.

**SCOPO:** Lo studio si propone di indagare le conoscenze e le percezioni degli operatori sanitari circa le Disposizioni Anticipate Di Trattamento alla luce della recente legge 219. In particolare: le conoscenze relative alla Legge, la condivisione del progetto di cura, l'applicabilità della legge nei contesti di Hospice e Cure Palliative intra-ospedaliere.

**STRUMENTI E METODO:** Studio qualitativo osservazionale multicentrico. Lo strumento di raccolta dati è stata un'intervista semi-strutturata. Sono stati intervistati 22 operatori (medici, infermieri e oss) che operano in due diversi contesti di Hospice e Cure Palliative intra-ospedaliere. L'analisi dei dati è avvenuta con analisi del contenuto tematico.

**RISULTATI:** Sono stati rintracciati 4 macrocodici: le sfumature della conoscenza, l'atteggiamento degli ope-

ratori: un passo avanti, sentimenti, gli attrezzi del cambiamento: le esigenze applicative. Sono stati rintracciati diversi microcodici rispetto al primo macrocodice:

- Conoscenze rispetto alle disposizioni anticipate di trattamento
- Conoscenze rispetto alla pianificazione anticipata delle cure
- Conoscenze rispetto al principio di autodeterminazione.

Sono inoltre stati rintracciati altri microcodici in riferimento agli attrezzi del cambiamento: le esigenze applicative.

- Consapevolezza
- Relazione di cura
- Relazione di equipe
- Divulgazione
- Aspetti gestionali
- Cambiamento culturale
- Formazione
- Tempo.

**CONCLUSIONI:** La conoscenza della legge risulta correlata all'aver partecipato a corsi di formazione e alla modalità di informazione personale. Uno dei due gruppi presi in esame aveva effettuato un corso di formazione, cosa che gli ha permesso di aver maggior conoscenza della legge e quindi di essere maggiormente propositivo sull'applicazione. La pianificazione condivisa della cura, invece, è stata vista da un gruppo come astratta e difficile da applicare, e non invece come risorsa al lavoro quotidiano dai componenti dell'altro gruppo. Entrambe le parti concordano sul

fatto che essa debba essere proposta precocemente e non in un contesto di Hospice.

Risultando tardiva, l'applicabilità della legge risulta difficoltosa in questo contesto, opinione condivisa dalla maggior parte degli intervistati, soprattutto perché spesso manca il tempo per il paziente di prendere consapevolezza e scegliere autonomamente.

### CONTRIBUTI:

Taffurelli C.-Professore a contratto Università degli studi di Parma,  
Faverzani C.-Infermiera ASP Azalea, Borgonovo (PC),  
Fornoni M.-Infermiera ADI-UCP DOM Itineris, Bergamo,  
Maserati M.-Infermiera ASP Azalea, Borgonovo (PC),  
Mazzocchi C.-Infermiera Fondazione Madonna della Bomba, Piacenza,  
Santus S.-Infermiera ADI-UCP DOM Fondazione Cardinal Gusmini, Vertova (BG)  
Sorrentino M.-Infermiera ADI-UCP DOM Fondazione Cardinal Gusmini

### BIBLIOGRAFIA:

Boddy, J., Chenoweth, L., MC Lennan, V., & Daly, M. it's just too hard! Australian health care practiner perspectives on barriers to advance care planning in Australian Journal of Primary Health, 19(1), 2013, 38-45.  
Parlamento Italiano, *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento* in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 219, 2018  
Riccioni L., Cristina G., *Direttive anticipate in Italia: un obiettivo non ancora raggiunto ma già superato?* In recenti Progressi in Medicina, 106, 2015, 479-485

Per ulteriori approfondimenti l'autore è disponibile a fornire la bibliografia all'indirizzo mail [monysorrentino@gmail.com](mailto:monysorrentino@gmail.com)



no registrati dal sistema  
al termine del percorso.  
sul numero dei crediti da  
che ai provider per capire  
ionisti.



## Legge 3/2018 e nuovi manuali sulla formazione continua: quale scenario per il professionista

A cura di Valentina Gritti

Il corso *"Legge 3/2018 e nuovi manuali sulla formazione continua: quale scenario per il professionista"* si inserisce nel percorso itinerante sviluppato da OPI Bergamo con il fine di portare gli aggiornamenti rispetto ai passaggi normativi importanti che ci hanno resi partecipi. In particolare si vogliono illustrare le novità introdotte, in termini legislativi, con il passaggio da Collegio a Ordine, e tutto ciò che ne consegue per i professionisti e per il nostro Ordine Professionale.

L'evento è stato lanciato a fine novembre 2018 con 4 incontri in sede con la presenza di esperti; a seguire si è portato l'evento presso sedi dislocate.

La strategia di diffusione di questi temi è stata sviluppata organizzando il corso itinerante nelle strutture per raggiungere i colleghi direttamente nei loro contesti lavorativi, ritenendo fondamentale essere capillari rispetto a questi argomenti. I discenti si

sono dimostrati partecipi ed interessati in tutte le edizioni, i numeri (sotto i 30 partecipanti) hanno garantito un grosso interscambio e la possibilità di poter svolgere una parte del corso con delle simulazioni direttamente gestite dai discenti, rispetto all'approccio al portale di Co.Ge.A.P.S.

Si concludono, insieme al primo semestre, le prime nove edizioni che hanno visto impegnati i membri del direttivo e dei revisori su diverse strutture dislocate sul territorio. La scelta delle strutture sanitarie a cui proporre l'evento è stata valutata sulla base di locazione geografica territoriale, al fine di garantire un'omogenea offerta ai nostri iscritti, favorendo la diffusione di queste tematiche, raggiungendo i colleghi, lasciando ovviamente aperta la richiesta di tutte le strutture qualora volessero essere proponenti.

Le strutture coinvolte sono state:

- ASST Bergamo Est
- Policlinico San Pietro



- RSA Fondazione I.P.S. Card. Gusmini Onlus
- Humanitas Gavazzeni (numero 2 edizioni)
- Fondazione Carisma
- Centro Don Orione
- Casa Di Cura San Francesco
- Fondazione Honegger
- Presidio Socio-Sanitario San Donato Habilita

Verranno raggiunte nel secondo semestre le seguenti strutture:

- Casa di Cura San Francesco
- Casa di Cura Beato Palazzolo
- ASST Bergamo Ovest

L'analisi delle customer delle prime nove edizioni mostra una valutazione complessiva soddisfacente rispetto al percorso così strutturato.

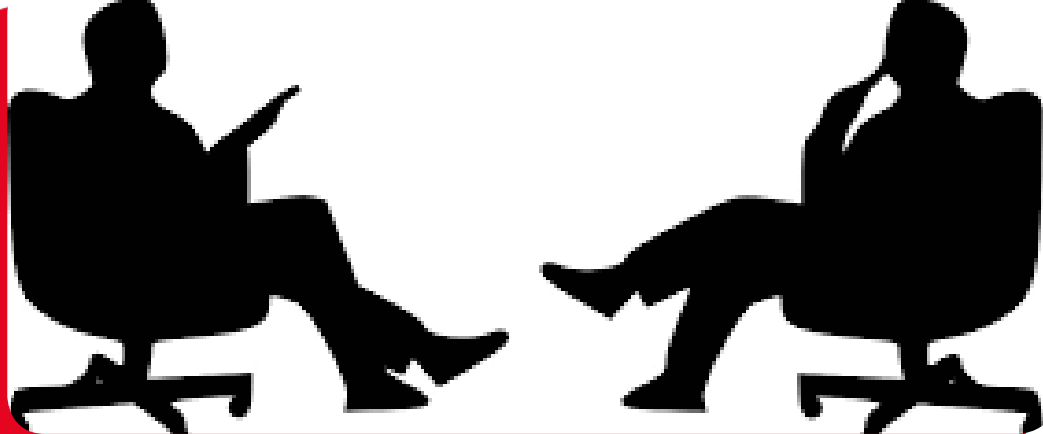
Scopo importante che si prospetta il

Consiglio Direttivo è quello, oltre che portare l'analisi dei certificabili del triennio 2014-2016, e portare i propri iscritti ad essere almeno per il 80-90% certificabili, promuovere la formazione continua come strumento di tutela della salute.

Infatti la presidente nazionale delle professioni infermieristiche Barbara Mangiacavalli ha detto: "La FNOPI ha sempre tenuto nella massima considerazione l'aggiornamento e il ruolo degli infermieri nel sistema ECM".

Il corso quindi si pone come obiettivo finale quello di dare maggiore rilevanza all'aggiornamento continuo da parte dei professionisti sanitari; compito dell'ordine sarà di applicare i controlli e le eventuali sanzioni per chi sarà in difetto.





## Una chiacchierata con... Patrizia Spini

*A cura di Sonia Gibellini*

Nel mese di maggio, una nostra iscritta è stata nominata Consulente Tecnico del Giudice presso il Tribunale di Bergamo. Patrizia Spini, infermiera dal 1992, che dopo diverse esperienze lavorative, tra cui elaborazione linee guida di protocolli di triage infermieristico e assistente al tirocinio di studenti, attualmente è dipendente di ASST BERGAMO EST presso il servizio di Pronto Soccorso e mezzi avanzati emergenza - urgenza Areu MSA1 e MSA2 (mezzo sanitario avanzato con infermiere e mezzo sanitario avanzato con medico).

Dal punto di vista formativo, Patrizia ha conseguito tre master di I livello: Gestione dei processi infermieristici nel Soccorso Sanitario Urgenza ed Emergenza, Infermieristica Legale Forense e Management e coordinamento delle professioni sanitarie. Attualmente sta frequentando un corso di alta formazione sulle "Valutazioni criminologiche e clinico-forensi" presso

l'Istituto Sike di Milano. È inoltre Socio Ordinario Professionista Infermiera dell'Associazione Professioni Sanitarie Italiane Legali e Forensi (APSILEF) della Lombardia, con cui collabora attivamente.

L'articolo 48 del Codice Deontologico degli infermieri riguarda l'attività consulenziale e peritale e recita "L'infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso. Questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi ideologici caratterizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza. L'infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione dei soggetti coinvolti".

Patrizia esordisce nella nostra chiacchierata con una frase molto chiara-

ficatrice sulla sua scelta di formarsi nell'ambito legale forense: *"solo ed esclusivamente un infermiere può definire il profilo di responsabilità professionale di un infermiere, perché solo un infermiere è titolare della Disciplina Infermieristica"* (Luigi Pais Dei Mori, [www.infermiereforense.it](http://www.infermiereforense.it)). Una predisposizione per la criminologia, la passione per la conoscenza, l'"occhio clinico" da infermiera

di area critica con quasi trentennale esperienza, una visione realistica dei cambiamenti professionali e legali, in primis la Legge Gelli e un senso di giustizia verso la categoria a cui appartiene: queste le principali motivazioni che hanno spinto Patrizia ad iniziare il percorso che l'ha portata ad essere iscritta nell'Albo dei Consulenti Tecnici Ufficio del Giudice presso il Tribunale di Bergamo.

### *Dove l'infermiere Legale Forense può svolgere la sua funzione?*

Diversi sono gli ambiti in cui un infermiere Legale Forense può trovare il suo campo d'azione:

- in ambito legale nelle sale settori e in collaborazione con il medico anatomopatologo e come supporto del medico legale;
- in ambito sanitario nella valutazione sanitaria del Risk Management presso le Direzioni Sanitarie, avendo le competenze per poter analizzare le criticità assistenziali quindi prevenire

e ridurre l'incidenza di errori infermieristici, collaborando nella stesura di protocolli;

- in aree di emergenza occupandosi dell'assistenza e gestione delle vittime di violenze;
- in ambito territoriale nella formazione e nell'educazione sanitaria, per esempio nel mondo della scuola per la prevenzione dell'abuso di sostanze stupefacenti e alcool tra i giovani.

### *Cosa comporta essere Consulente Tecnico d'Ufficio?*

La professione infermieristica è stata in questi ultimi anni in continua evoluzione, consolidando la sua autonomia e la sua responsabilità come disciplina scientifica.

L'infermiere legale forense potrebbe essere interpellato, per ciò che attiene alla sua professione, come consulente per fatti illeciti di natura penale (che costituiscono un reato), di natura civile (risarcimento danni) o disciplinare (violazione regole professionali). Lo specialista forense è in grado di valutare ogni aspetto giuridico e giurisprudenziale dell'assisten-

za infermieristica, fornire consulenze valide in questa area disciplinare con attività di collaborazione su richiesta dell'Autorità Giudiziaria. Il Codice di Procedura Penale e Civile assegna al giudice la facoltà di avvalersi di esperti, definiti CTU, per quanto riguarda il parere tecnico su fatti legati all'aspetto professionale. Presso ogni Tribunale è istituito un Albo dei Consulenti Tecnici d'Ufficio del Giudice: in esso sono registrati i nomi dei professionisti in possesso delle competenze professionali e tecniche, ai quali il Giudice può affidare l'incarico

di effettuare consulenze, stime e valutazioni, di norma scritte, utili ai fini del giudizio. Per la nomina a consulente tecnico non è necessaria la cittadinanza italiana, ma è obbligatorio non essere interdetti dai pubblici uffici o radiati dall'Albo dell'Ordine di appartenenza. Prima di iniziare la propria consulenza, il CTU deve prestare giuramento secondo una formula che sottolinea il suo dovere di obiettività e diligenza. Il consulente deve avere competenza tecnica, professionale

ma soprattutto molta serietà. Egli ha un compito di grande responsabilità: da una perizia errata può dipendere l'esito di un processo. Se il consulente non adempie agli obblighi derivanti dagli incarichi assunti o non mantiene una determinata condotta morale e professionale, può essere sottoposto a procedimenti disciplinari promossi dal Presidente del Tribunale (avvertimento, sospensione dall'Albo per meno di un anno, cancellazione).

### *Che caratteristiche deve avere la perizia?*

La perizia è una dichiarazione giurata, rappresenta un mezzo di prova neutro, rimesso alla discrezionalità del giudice, è il frutto di un'elaborazione nella quale prevalgono la logica, la ragione e la cognizione scientifica (Consuela Cigalotti, 2016).

La perizia deve possedere due requisiti fondamentali: il rigorismo obiettivo e la dominante conoscenza del rapporto giuridico cui il fatto si riferisce. Il giudice, quando nomina il perito, gli espone i quesiti con precisione e chiarezza e gli consegna atti e documenti necessari allo svolgimento delle operazioni peritali per la stesura della relazione.

La relazione peritale è di norma redatta in cinque parti: indicazione delle proprie generalità e dei dati concernenti l'incarico; informazioni sui quesiti e circostanze del fatto che costituisce oggetto di indagine; descrizione degli eventuali reperti; accertamenti peritali (anamnesi, esame obiettivo, indagini strumentali e di laboratorio, reperti anatomopatologici); considerazioni personali di natura medico-legale sul caso; conclusioni, ovvero la risposta ai singoli quesiti esposti dal giudice e la formulazione del giudizio tecnico motivato in base alla propria formazione e alle conoscenze acquisite.

Ringraziamo Patrizia per la disponibilità nei nostri confronti e la chiarezza nelle sue risposte; le rinnoviamo i complimenti per la nomina ricevuta e le facciamo tanti auguri per la sua carriera professionale: conoscere una

collega così carica di energia, assetata di conoscenza, entusiasta della sua professione e fermamente convinta nella crescita di tutta la categoria è un toccasana e uno stimolo positivo di riflessione per tutti noi.





## Strategie d'aiuto alla persona che compie gesti autolesivi

*A cura di Cesare Moro*

### **La valutazione**

Con il termine autolesionismo normalmente si intende un comportamento della persona che compie atti violenti contro di sé, ma che raramente sono pericolosi per la vita della persona che li compie e richiede raramente un ricovero ospedaliero. Molto frequentemente tali comportamenti patologici fanno parte della normale vita quotidiana di chi li mette in atto, tanto che le persone si curano le ferite in modo autonomo al proprio domicilio. Tuttavia, ci sono occasioni nelle quali queste ferite hanno bisogno di cure più specialistiche.

In un articolo gli autori affermano che la maggior parte dei pazienti che sono stati curati in ospedale, hanno espresso insoddisfazione per il servizio ricevuto e hanno riportato brutte esperienze con il personale curante (McHale e Felton, 2010). Altri studi svolti in merito a questa tematica, hanno evidenziato che solo il 23% dei pazienti è soddisfatto delle cure ricevute (O'Donovan e Gijbels, 2006).

Le cause di questa insoddisfazione, sono legate soprattutto all'atteggiamento degli operatori che prestano le cure. Quest'ultimi, essendo poco informati e preparati sull'autolesionismo, non sempre sono in grado di fornire un'assistenza adeguata. Oltre a questo, risultano non avere sufficientemente chiarezza riguardo al ruolo preciso che devono assumere nell'assistenza a questi pazienti (McHale e Felton, 2010). Una possibile reazione di fronte alla problematica dell'autolesionismo è l'espressione di shock o paura, che possono portare di conseguenza ad ignorare le ferite, proprio per paura di non sapere come comportarsi (Hicks e Hinck, 2008).

La mancanza di informazioni e di conoscenze su questa problematica, risulta quindi essere il problema principale. La non preparazione a tale evento fa sì che chi assiste abbia una visione negativa di questi pazienti. Potrebbe, per esempio essere dell'idea che la persona non si meriti le cure, in quanto si provoca le ferite

in modo intenzionale. Oltre a questo, il personale vede l'autolesionismo come una mancanza di autocontrollo e quindi come un comportamento che deve essere fermato. Non riuscire a comprendere cosa in realtà implica questo comportamento, non faciliterà l'interazione col paziente e la conseguente difficoltà di fornirgli cure e sostegno (McHale e Felton, 2010). Vale la pena ricordare che i gesti di autolesionismo sono molto presenti nelle persone affette dal disturbo di personalità Borderline. I soggetti "borderline" sono impulsivi, emotivamente labili e instabili, cercano e ricercano continuamente attenzioni, quindi il personale potrebbe sentirsi provocato o manipolato. Questi pazienti sono incapaci di accettare e gestire il rifiuto oltre a non avere strategie di coping efficaci per trattare l'ansia. Di conseguenza, possono presentarsi agitati, ostili e impazienti (Gilbert - Barr, 2009).

La cura degli autolesionisti, richiede un impegno emotivo alto e implica alti livelli di capacità comunicative e di supporto. Sarebbe quindi opportuno avere delle supervisioni d'equipe per potere discutere dell'impatto emotivo provato (National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2004).

### **Gli approcci di cura**

In letteratura emergono principalmente due diversi approcci di cura/assistenza: il primo è quello solitamente utilizzato per la gestione dell'autolesionismo e si basa sulla prevenzione di questo comportamento;

l'altro approccio invece è basato sulla riduzione del danno.

Il metodo di prevenzione mira al controllo del paziente, con lo scopo di impedirgli di compiere autolesionismo. Chi si occupa di curare e assistere deve quindi togliere gli oggetti che il paziente potrebbe utilizzare per farsi del male. Questo metodo di cura è efficace per ridurre le ferite; inoltre il paziente potrebbe sentirsi accudito se gli infermieri si preoccupano per la sua salute. Ciò che invece viene impedito con la prevenzione, è la possibilità di scelta del paziente, come pure la sua autonomia. Questo potrebbe far percepire al paziente un senso di inferiorità, un'incapacità di decidere per sé stesso e, di conseguenza, si potrebbe creare un calo dell'autostima e della fiducia nei curanti (Edwards e Hewitt, 2011).

Se il paziente non si fida dei curanti, la relazione diventa inefficace e questo può ostacolare il percorso di cura (Gutridge, 2010). L'approccio di cura basato sulla riduzione del danno implica un cambiamento nel modo di porsi dei curanti: questi devono accettare l'autolesionismo come un bisogno per il paziente e devono essere a conoscenza delle funzioni che può avere ("Limiting the damage" 2006, Shaw 2012).

Si tratta quindi di un'assistenza più "permissiva" dove il paziente è libero di decidere per sé e per il proprio corpo. Di conseguenza, il paziente può infliggersi lesioni ma, per esempio, gli viene prima di tutto spiegato come e con che materiale può farlo senza crearsi danni.

## La formazione del personale

La formazione del personale assume un ruolo fondamentale per il miglioramento dell'assistenza: si è visto che i curanti riescono ad adottare atteggiamenti positivi nei confronti dei pazienti e dell'autolesionismo quando sono ben informati sulla problematica (McHale e Felton, 2010).

Di contro, atteggiamenti caratterizzati da rabbia e rifiuto verso l'autolesionismo, senza empatia e comprensione, facilitano il ripetersi delle lesioni (Clarke e Whittaker, 1998).

## Uso delle linee-guida

Oltre alla formazione, anche la presenza di linee-guida per il trattamento dell'autolesionismo può facilitare nel fornire le cure più adeguate ed efficaci per il paziente (Saunders et al. 2011). A questo proposito, in Inghilterra sono state elaborate le linee-guida del Royal College of Psychiatrists e le quelle della National Institute of Clinical Excellence (NICE). Le prime del Royal College of Psychiatrists, descrivono le competenze cliniche che ci si dovrebbero attendere sia da specialisti, sia da non specialisti (Murray et al. 2011). Le seconde prendono in considerazione la gestione medica e psico-sociale a breve termine dell'autolesionismo. Includono inoltre un manuale per chi usufruisce dei servizi e trattano temi specifici per i giovani e gli anziani. Secondo la NICE è importante trattare i pazienti autolesionisti con la stessa cura e con lo stesso rispetto di qualsiasi altro paziente. Si sottolinea inoltre l'importanza di fornire una formazione al personale.

## La relazione terapeutica

Per facilitare la cura del paziente, è importante riuscire ad instaurare una relazione terapeutica di fiducia ed efficace. Sono quindi da evitare i pregiudizi sull'utente, togliere l'etichetta di "paziente difficile" e trattarlo con rispetto. È importante che l'operatore riconosca la sofferenza del paziente e che gli fornisca un supporto emotivo; inoltre deve incoraggiarlo ad essere attivo e partecipe nel percorso di cura (Robinson-Wolf e Robinson-Smith 2007, Gilbert-Barr 2009). Parlare con l'utente, incoraggiarlo ad esprimere le emozioni e ascoltarlo, permette di conoscerlo meglio e di acquisire informazioni che possono essere utili per il percorso di cura. In tal modo, il paziente si sente capito e al sicuro, quindi si riduce la sua ansia. Con questi pazienti, soprattutto se borderline, occorre però stabilire dei limiti chiari affinché possano prendere delle decisioni ragionevoli e appropriate. Non si deve reagire emotivamente al loro comportamento: devono quindi evitare atteggiamenti punitivi, reazioni eccessive o lotte di potere (Gilbert-Barr, 2009). Infine, per ridurre l'ansia del soggetto, può essere utile l'esercizio fisico che aiuta a scaricare le tensioni (Bosman e Van Meijel, 2008) o la presenza di una figura di riferimento, in quanto si è visto che l'autolesionismo in ospedale, si verifica maggiormente quando cambiano i curanti (Clarke e Whittaker, 1998).

Chi assiste deve essere in grado di fornire tutte le informazioni sulle possibili opzioni terapeutiche, deve dare

consigli utili al paziente per la gestione delle ferite ed infine deve saper valutare le sue esigenze. Viene richiesto anche il sostegno emotivo attivo ai parenti, oltre che al paziente stesso, e con le persone a lui vicine, con lo scopo di capire i loro bisogni, i loro dubbi e le loro emozioni.

L'ambiente che circonda il paziente deve essere sicuro, per ridurre al minimo ogni disagio. A tutti i soggetti che mettono in atto agiti autolesivi, deve essere offerta una valutazione e un sostegno psico-sociale, come pure un'adeguata analgesia durante gli atti dolorosi, come per esempio la sutura delle ferite (NICE, 2004).

Il trattamento dei pazienti deve essere rivolto non solo alle lesioni che il soggetto si è inflitto, ma anche alle conseguenze dell'autolesionismo. Queste possono essere cicatrici, lesioni ai nervi, ridotta funzionalità, sanguinamenti o infezioni (National Centre for Mental Health, 2004).

Un'ultima funzione nei confronti di questi pazienti, è quella di discutere di altre strategie di coping, con lo scopo di riuscire a trovare assieme al paziente dei comportamenti alternativi (NICE, 2004). Il paziente potrebbe disegnare una ferita con un pennarello invece di infliggersene una; sfogare la propria frustrazione colpendo un sacco da boxe; sfregare sulla cute con del ghiaccio; fare esercizio fisico; fare rumore (tramite uno strumento musicale o colpendo pentole e oggetti); scarabocchiare su un foglio o scrivere i propri sentimenti negativi; scrivere

un diario o parlare con qualcuno.

## **Altri trattamenti**

Esistono poi dei trattamenti più mirati, come per esempio la terapia di gruppo, la terapia familiare, la terapia cognitivo-comportamentale, la problem solving therapy, la terapia dialettico-comportamentale e quella basata sulla mentalizzazione (Bolton e Timms, 2014). Queste terapie hanno lo scopo di affrontare le emozioni e i comportamenti disfunzionali del paziente, per renderlo consapevole e per trovare nuove strategie di coping efficaci. Le terapie citate migliorano la comunicazione col soggetto, aumentano il suo autocontrollo e la gestione dell'impulsività, migliorano l'umore tramite la gestione delle emozioni, regolano e favoriscono le relazioni sociali e prevengono le ricadute (Guerdjikova et al. 2014).

Dopo la dimissione del paziente, le cure devono continuare e dovrebbero essere fornite tempestivamente in previsione del fatto che 1/3 dei pazienti che ricommette il gesto di autolesione, lo fa solitamente nelle prime 4 settimane (Murray et al. 2011). Oltre all'educazione al paziente, sarebbe opportuno fornirgli un contatto a cui potersi rivolgere in caso di bisogno. I pazienti hanno frequentemente espresso una difficoltà a trovare qualcuno con cui parlare e sfogarsi, quindi ritengono che sia utile avere la possibilità di contattare un professionista per poter chiedere aiuto e sostegno (Hume e Platt, 2007).

## BIBLIOGRAFIA

- Albasi, Cesare. 2009. Psicopatologia e ragionamento clinico. Disponibile da <http://www.appuntiunito.it/wp-content/uploads/2014/04/Psicopatologia-e-Ragionamento-Clinico.pdf> (25.04.2015).
- Bressi, Cinzia e Giordano, Invernizzi. 2008. Psichiatria clinica, applicazioni in medicina generale. Milano: McGrawHill.
- Bolton, Jim and Philip, Timms. 2014. Self-harm. Improving the lives of people with mental illness. London: Royal College of Psychiatrists. Disponibile da <http://www.rcpsych.ac.uk/healthadvice/problemsdisorders/self-harm.aspx> (18.04.2015).
- Beddoe, Amy and Tanja, Schub. 2010. Borderline personality disorder. Nursing Practice Council.
- Bosman, Maartje and Berno, Van Meijel. 2008. Perspectives of mental health professionals and patients on self-injury in psychiatry: A literature review. Archives of Psychiatric Nursing 22 (4): 180-189.
- Clarke, Liam and Margaret, Whittaker. 1998. Self-mutilation: culture, contexts and nursing responses. Journal of Clinical Nursing 7: 129-137.
- Fonagy, Peter, Patrick, Luyten, Lane, Strathern. 2011. Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment. Infant Mental Health Journal 32 (1): 47-69.
- Gilbert-Barr, Sara. 2009. Psychiatric Crash Cart. Treatment strategies for the emergency department. Advanced Emergency Nursing Journal 31 (4): 298-308.
- Guerdjikova, Anna, Iola, Gwizdowski, Susan, McElroy, Cheryl, McCullumsmith, Patricia, Suppes. 2014. Treating non-suicidal self-injury. Current Treatment Options in Psychiatry 1: 325-334.
- Guttridge, Kerry. 2010. Safer self-injury or assisted self-harm?. Theor Med Bioeth 31: 79-92.
- Hicks, Madalyn and Susan, Hinck. 2008. Concept analysis of self-mutilation. Journal of Advanced Nursing 64 (4): 408-413.
- Hume, Megan and Stephen, Platt. 2007. Appropriate interventions for the prevention and management of self-harm: a qualitative exploration of service-users' views. BMC Public Health 7 (9).
- ICD-10. Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Descrizioni cliniche e direttive diagnostiche. Milano: Masson.
- McHale, J. and A., Felton. 2010. Self-harm: what's the problem? A literature review of the factors affecting attitudes towards self-harm. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 17: 732-740.
- National Collaborating Centre for Mental Health and National Institute for Clinical Excellence. 2004. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. National Clinical Practice Guideline 16. London: The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatrists.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). 2004. Self-harm. The short-term physical and psychological management and secondary prevention of self-harm in primary and secondary care. Disponibile da <https://www.nice.org.uk/guidance/cg16/chapter/1-Guidance#the-management-of-self-harm-in-primary-care> (20.02.2015)
- O'Donovan, Aine and Harry, Gijbels. 2006. Understanding psychiatric nursing care with non suicidal self-harming patients in acute psychiatric admission units: the views of psychiatric nurses. Archives of Psychiatric Nursing 20 (4): 186-192.
- Robinson-Wolf, Zane and Gale Robinson-Smith. 2007. Strategies used by clinical nurse specialists in difficult clinician-patient situations. Clinical Nurse Specialist 21 (2): 74-84.
- Saunders, Kate, Keith, Hawton, Sarah, Fortune, Suhanthini, Farrell. 2011. Attitudes and knowledge of clinical staff regarding people who self-harm: A systematic review. Journal of Affective Disorders 139: 205-206.
- Shaw, Clare. 2012. Harm-minimisation for self-harm. Mental Health Today. Skegg, Keren. 2005. Self-harm. Lancet 366: 1471-1483.





## Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019

A cura di Silvia Poli

21 giugno 2019, una giornata storica per gli infermieri italiani!

A Roma si è tenuta la cerimonia di presentazione del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. L'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo era presente, rappresentato dal vicepresidente Beatrice Mazzoleni, nonché segretario FNOPI, dal segretario Marco Ghidini e dai consiglieri Simone Cosmai e Silvia Poli.

Il nuovo Codice Deontologico è il codice delle professioni infermieristiche elaborato dagli infermieri!

È frutto di un lavoro corale con esperti, società scientifiche, cittadini, associazioni ed esponenti delle comunità religiose.

È composto da 53 articoli suddivisi in 8 capi, approvati uno per uno dal Comitato Centrale della Federazione e dal Consiglio Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche riuniti

a Roma nella seduta del 12 e 13 aprile 2019.

La cerimonia ha visto la presenza di numerosi rappresentanti delle maggiori istituzioni sanitarie del paese, fra cui Giulia Grillo, ministro della Salute. Le conclusioni sono state affidate ad Edoardo Manzoni, filosofo, storico, infermiere, orgoglio bergamasco, che ha chiuso in bellezza con il significativo intervento *"Il Codice deontologico: una promessa oltre il tempo e lo spazio: 'L'assistenza infermieristica non ha un tempo, è essa stessa il tempo. Là dove c'è l'uomo trova dimora l'Assistenza Infermieristica.'"*

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

A noi il compito di recepirlo e garantirne il rispetto.

# **Testo approvato dal Consiglio Nazionale il 13 aprile 2019**

## **Capo I - Principi e valori professionali**

### **Art. 1 – Valori**

L'Infermiere è il professionista sanitario, iscritto all'Ordine delle Professioni Infermieristiche, che agisce in modo consapevole, autonomo e responsabile.

È sostenuto da un insieme di valori e di saperi scientifici.

Si pone come agente attivo nel contesto sociale a cui appartiene e in cui esercita, promuovendo la cultura del prendersi cura e della sicurezza.

### **Art. 2 – Azione**

L'Infermiere orienta il suo agire al bene della persona, della famiglia e della collettività. Le sue azioni si realizzano e si sviluppano nell'ambito della pratica clinica, dell'organizzazione, dell'educazione e della ricerca.

### **Art. 3 – Rispetto e non discriminazione**

L'Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento della sessualità, etnica, religiosa e culturale. Si astiene da ogni forma di discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di tutti coloro che incontra nel suo operare.

### **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.

### **Art. 5 – Questioni etiche**

L'Infermiere si attiva per l'analisi dei dilemmi etici e contribuisce al loro approfondimento e alla loro discussione. Promuove il ricorso alla consulenza etica e al confronto, anche coinvolgendo l'Ordine Professionale.

### **Art. 6 – Libertà di coscienza**

L'Infermiere si impegna a sostenere la relazione assistenziale anche qualora la persona assistita manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione. L'infermiere si può avvalere della clausola di coscienza, ricercando costantemente il dialogo con la persona assistita, le altre figure professionali e le istituzioni.

## **Capo II - Responsabilità assistenziale**

### **Art. 7 – Cultura della salute**

L'Infermiere promuove la cultura della salute favorendo stili di vita sani e la tutela ambientale nell'ottica dei determinanti della salute, della riduzione delle disuguaglianze e progettando specifici interventi educativi e informativi a singoli, gruppi e collettività.

### **Art. 8 – Educare all'essere professionista**

L'Infermiere, nei diversi ruoli, si impegna attivamente nell'educazione e formazione professionale degli studenti e nell'inserimento dei nuovi colleghi.

### **Art. 9 – Ricerca scientifica e sperimentazione**

L'Infermiere riconosce il valore della ricerca scientifica e della sperimentazione. Elabora, svolge e partecipa a percorsi di ricerca in ambito clinico assistenziale, organizzativo e formativo, rendendone disponibili i risultati.

### **Art. 10 – Conoscenza, formazione e aggiornamento**

L'Infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate dalla comunità scientifica e aggiorna le competenze attraverso lo studio e la ricerca, il pensiero critico, la riflessione fondata sull'esperienza e le buone pratiche, al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle attività. Pianifica, svolge e partecipa ad attività di formazione e adempie agli obblighi derivanti dal programma di Educazione Continua in Medicina.

### **Art. 11 – Supervisione e sicurezza**

L'Infermiere si forma e chiede supervisione, laddove vi siano attività nuove o sulle quali si abbia limitata casistica e comunque ogni qualvolta ne ravvisi la necessità.

## Capo III - Rapporti professionali

### Art. 12 – Cooperazione e collaborazione

L'Infermiere si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

### Art. 13 – Agire competente, consulenza e condivisione delle informazioni

L'Infermiere agisce sulla base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e all'intervento di infermieri esperti o specialisti. Presta consulenza ponendo i suoi saperi e abilità a disposizione della propria e delle altre comunità professionali e istituzioni. Partecipa al percorso di cura e si adopera affinché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti.

### Art. 14 – Posizione di protezione

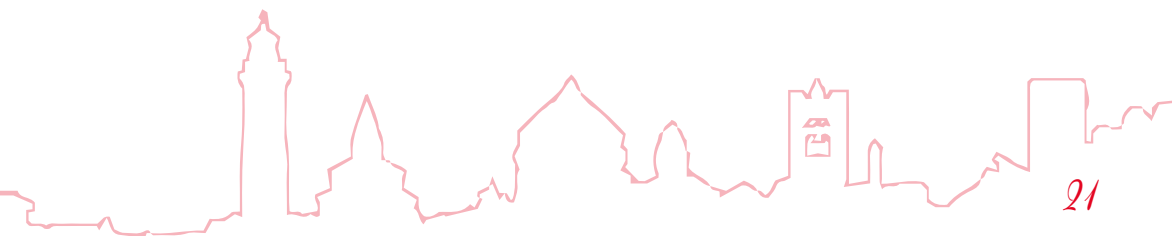
L'Infermiere che rilevi uno stato di alterazione di natura psicofisica di un professionista o di altro operatore nelle sue funzioni, a qualunque livello di responsabilità, si adopera per proteggere e tutelare le persone assistite, la professione e il professionista, anche effettuando le opportune segnalazioni.

### Art. 15 – Informazioni sullo stato di salute

L'Infermiere si assicura che l'interessato o la persona da lui indicata come riferimento, riceva informazioni sul suo stato di salute precise, complete e tempestive, condivise con l'equipe di cura, nel rispetto delle sue esigenze e con modalità culturalmente appropriate. Non si sostituisce ad altre figure professionali nel fornire informazioni che non siano di propria pertinenza.

### Art. 16 - Interazione e integrazione

L'Infermiere riconosce l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale, quali elementi fondamentali per rispondere alle richieste della persona.



## Capo IV - Rapporti con le persone assistite

### Art. 17 – Rapporto con la persona assistita nel percorso di cura

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.

### Art. 18 – Dolore

L'Infermiere previene, rileva e documenta il dolore dell'assistito durante il percorso di cura. Si adopera, applicando le buone pratiche per la gestione del dolore e dei sintomi a esso correlati, nel rispetto delle volontà della persona.

### Art. 19 – Confidenzialità e riservatezza

L'Infermiere garantisce e tutela la confidenzialità della relazione con la persona assistita e la riservatezza dei dati a essa relativi durante l'intero percorso di cura. Raccoglie, analizza e utilizza i dati in modo appropriato, limitandosi a ciò che è necessario all'assistenza infermieristica, nel rispetto dei diritti della persona e della normativa vigente.

### Art. 20 – Rifiuto all'informazione

L'Infermiere rispetta la esplicita volontà della persona assistita di non essere informata sul proprio stato di salute. Nel caso in cui l'informazione rifiutata sia necessaria per prevenire un rischio per la salute di soggetti terzi, l'Infermiere si adopera a responsabilizzare l'assistito, fornendo le informazioni relative al rischio e alla condotta potenzialmente lesiva.

### Art. 21 – Strategie e modalità comunicative

L'Infermiere sostiene la relazione con la persona assistita che si trova in condizioni che ne limitano l'espressione, attraverso strategie e modalità comunicative efficaci.

### Art. 22 – Privazioni, violenze o maltrattamenti

Salvo gli obblighi di denuncia, l'Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell'interessato.

### **Art. 23 – Volontà del minore**

L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà. L'Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto.

### **Art. 24 – Cura nel fine vita**

L'Infermiere presta assistenza infermieristica fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l'importanza del gesto assistenziale, della pianificazione condivisa delle cure, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale. L'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto. della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

### **Art. 25 – Volontà di limite agli interventi**

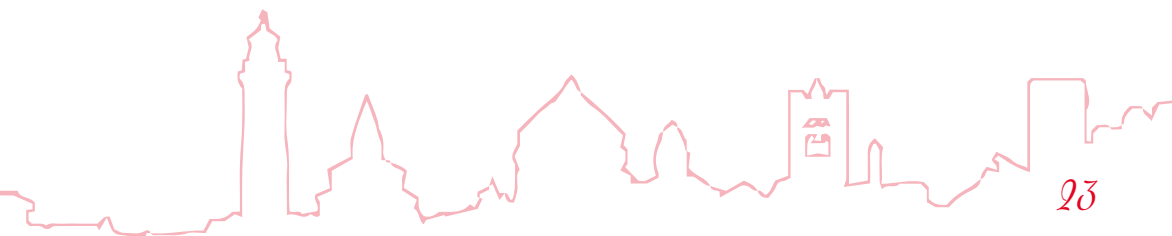
L'Infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita, espressa anche in forma anticipata dalla persona stessa. Art 26 – Donazione di sangue, tessuti e organi  
L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

### **Art 26 – Donazione di sangue, tessuti e organi**

L'Infermiere favorisce l'informazione sulla donazione di sangue, tessuti e organi quale atto di solidarietà; educa e sostiene le persone coinvolte nel donare e nel ricevere.

### **Art. 27 – Segreto professionale**

L'Infermiere rispetta sempre il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con la persona assistita. La morte della persona assistita non esime l'Infermiere dal rispetto del segreto professionale.





## Capo V - Comunicazione

### 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 sanitaria

### Art. 30 – Responsabilità nell'organizzazione sanitaria

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità assistenziale, gestionale e formativa, partecipa e contribuisce alle scelte dell'organizzazione, alla definizione dei modelli assistenziali, formativi e organizzativi, all'equa allocazione delle risorse e alla valorizzazione della funzione infermieristica e del ruolo professionale.

### Art 31 – Valutazione dell'organizzazione sanitaria

L'Infermiere concorre alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita per tutelarla. Formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni al fine di migliorare il contesto stesso.

### Art. 32 – Partecipazione al governo clinico

L'Infermiere partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio, anche infettivo, e aderisce fattivamente alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte.

### Art. 33 – Documentazione clinica

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

### **Art 34 – Risoluzione dei contrasti**

L'Infermiere, qualora l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività clinico assistenziali, gestionali o formative, in contrasto con principi, valori e con le norme della professione, a tutti i livelli di responsabilità, segnala la situazione agli organi competenti e si attiva per proporre soluzioni alternative.

### **Art. 35 – 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

### **Art. 36 – Operatori di supporto**

L'Infermiere ai diversi livelli di responsabilità clinica e gestionale pianifica, supervisiona, verifica, per la sicurezza dell'assistito, l'attività degli operatori di supporto presenti nel processo assistenziale e a lui affidati.

### **Art. 37 – Linee guida e buone pratiche assistenziali**

L'Infermiere, in ragione del suo elevato livello di responsabilità professionale, si attiene alle pertinenti linee guida e buone pratiche clinico assistenziali e vigila sulla loro corretta applicazione, promuovendone il continuo aggiornamento.

### **Art. 38 – Segnalazioni all'Ordine Professionale**

L'Infermiere segnala al proprio Ordine le attività di cura e assistenza infermieristica inappropriate e prive di basi, di riscontri scientifici e di risultati validati.

## **Capo VII - Libera professione**

### **Art. 39 – Esercizio della libera professione**

L'Infermiere, nell'esercizio libero professionale, si adopera affinché sia rispettata la leale concorrenza e valorizza il proprio operato anche attraverso il principio dell'equo compenso.

#### **Art. 40 – Contratto di cura**

L'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, formalizza con la persona assistita apposito contratto di cura che evidenzi l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi che compongono il compenso professionale.

#### **Art. 41 – Sicurezza e continuità delle cure**

L'Infermiere che opera in regime di libera professione tutela la sicurezza e la continuità delle cure delle persone assistite anche rispettando i propri tempi di recupero bio-fisiologico.

### **Capo VIII – Disposizioni finali**

#### **Art. 42 – Libertà da condizionamenti**

L'Infermiere e l'Ordine Professionale si impegnano affinché l'agire del professionista sia libero da impropri condizionamenti e interessi nonché da indebite pressioni di soggetti terzi tra cui persone di riferimento, altri operatori, imprese e associazioni.

#### **Art. 43 – Conflitto d'interesse**

L'Infermiere che si dovesse trovare in situazione di conflitto di interesse lo dichiara espressamente.

#### **Art. 44 – Contrasto all'esercizio abusivo della professione**

L'Infermiere e l'Ordine Professionale contrastano e denunciano l'esercizio abusivo della professione infermieristica e il lavoro sommerso

#### **Art. 45 – Decoro**

L'Infermiere cura la propria persona e il decoro personale.

#### **Art. 46 – Rappresentanza professionale e comunicazione pubblicitaria**

L'Infermiere esercita la funzione di rappresentanza della professione con dignità, correttezza e trasparenza. Utilizza espressioni e adotta comportamenti che sostengono e promuovono il decoro e l'immagine della comunità professionale e dei suoi attori istituzionali. Osserva le indicazioni dell'Ordine Professionale nella informazione e comunicazione pubblicitaria.

### **Art. 47 – Obbligo di rispetto delle norme**

L'Infermiere rispetta le norme e gli adempimenti amministrativi, giuridici e deontologici, che riguardano la professione, anche attenendosi alle linee di indirizzo dell'Ordine Professionale.

### **Art. 48 – Attività consulenziale e peritale**

L'Infermiere non svolge attività di natura consulenziale e peritale se non è in effettivo possesso delle specifiche competenze richieste dal caso. In ogni caso questa attività deve essere svolta nel rispetto dei principi deontologici caratterizzanti la professione, evitando ogni conflitto di interesse e le situazioni in cui sia limitata la sua indipendenza. L'Infermiere in ambito peritale interpreta le evidenze del caso sulla base delle conoscenze scientifiche del momento, fornendo pareri ispirati alla prudente valutazione della condotta dei soggetti coinvolti.

### **Art. 49 – Natura vincolante delle norme deontologiche**

Le norme deontologiche contenute nel presente Codice Deontologico sono vincolanti per tutti gli iscritti all'Ordine delle Professioni Infermieristiche; la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale tenendo conto della volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

### **Art. 50 – Ordini Professionali**

Gli Ordini Professionali recepiscono e attuano le indicazioni normative e regolamentari inerenti il loro essere Enti sussidiari dello Stato.

### **Art. 51 – Ordini professionali. Codice Deontologico**

Gli Ordini delle Professioni Infermieristiche provinciali sono tenuti a recepire il presente Codice e a garantire il rispetto delle norme, nel quadro dell'azione di indirizzo e coordinamento esercitata dalla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche; sono tenuti inoltre a consegnare ufficialmente o, comunque, a inviare ai singoli iscritti agli Albi, il Codice Deontologico e a tenere periodicamente corsi di aggiornamento e di approfondimento in materia deontologica.

### **Art. 52 – Ordini professionali e altri ruoli pubblici**

L'Ordine Professionale non interviene nei confronti dell'Infermiere impegnato in incarichi politico istituzionali nell'esercizio delle relative funzioni.

Ogni altro comportamento che violi il decoro e la dignità professionale è sanzionabile dall'Ordine.

## **Parere da parte dell'avvocato Fabrizio D'Adamo sul nuovo codice deontologico.**

Tra le maggiori novità dei 53 articoli (prima 51) che compongono il nuovo Codice ci sono quelle che rispecchiano il nuovo ruolo dei professionisti, sia a livello di management che clinico, all'interno delle strutture sanitarie, sul territorio e anche nella libera professione.

*L'infermiere "partecipa al governo clinico, promuove le migliori condizioni di sicurezza della persona assistita, fa propri i percorsi di prevenzione e gestione del rischio e aderisce alle procedure operative, alle metodologie di analisi degli eventi accaduti e alle modalità di informazione alle persone coinvolte".* Inoltre, se l'organizzazione chiedesse o pianificasse attività assistenziali, gestionali o formative in contrasto con i propri principi e valori e/o con le norme della professione, l'infermiere proporrà soluzioni alternative e, se necessario, si avvarrà della clausola di coscienza.

Il nuovo Codice inquadra la crescita professionale e prevede che l'infermiere agisca sulla base del proprio livello di competenza e ricorra, se necessario, all'intervento e/o alla consulenza di infermieri esperti o specialisti, presti consulenza ponendo le sue conoscenze e abilità a disposizione della propria, delle altre comunità professionali e delle istituzioni.

Ma riconosce anche che l'interazione e l'integrazione intra e interprofessionale sono fondamentali per rispondere alle richieste della persona. E l'infermiere inoltre ha anche l'obbligo di concorrere alla valutazione del contesto organizzativo, gestionale e logistico in cui si trova la persona assistita e formalizza e comunica il risultato delle sue valutazioni.

Novità rispetto a tutti i Codici Deontologici precedenti e anche a quelli di molte altre professioni è che la FNO-PI, in oltre un anno di consultazioni, ha voluto seguire un iter complesso e trasparente: una commissione ha messo a punto un testo che poi è andato alla consultazione pubblica online degli infermieri e di tutte le associazioni e società infermieristiche per tornare di nuovo alla Commissione e agli Ordini che l'hanno riassembleato. Successivamente sono cominciate le consultazioni con giuristi, eticisti, bioeticisti, associazioni di pazienti e cittadini (praticamente tutte, riunite in gruppi per esaminare i vari articoli e fare proposte visto che il Codice serve sì ai professionisti, ma soprattutto alla tutela dei pazienti), rappresentanti ufficiali delle religioni (cattolica, ebraica, islamica, buddista, shintoista ecc.). Infine, un altro passaggio di messa a punto con la Commissione

incaricata della stesura del Codice e la presentazione al ministro della Salute, in quanto vigilante e organo di tutela della professione, ma anche dei pazienti. Ha chiuso il ciclo l'analisi e il voto finale dei presidenti dei 102 Ordini provinciali.

Il Codice, diviso in otto Capi, ognuno su un argomento che riguarda professione e/o assistenza, chiarisce il dovere dell'infermiere di curare e prendersi cura della persona assistita, nel rispetto della dignità, della libertà, dell'eguaglianza, delle sue scelte di vita e concezione di salute e benessere, senza alcuna distinzione sociale, di genere, di orientamento di sessualità, etnica, religiosa e culturale. E in questo di astenersi da ogni discriminazione e colpevolizzazione nei confronti di chi incontra nel suo operare. Il Codice mette in chiaro anche che l'Infermiere agisce in base del proprio livello di competenza e ricorre, se necessario, alla consulenza e l'intervento di infermieri esperti o specialisti. Nella sua consulenza mette a disposizione i suoi saperi e abilità di comunità professionali e istituzioni. Partecipa al percorso di cura e si adopera perché la persona assistita disponga delle informazioni condivise con l'equipe, necessarie ai suoi bisogni di vita e alla scelta consapevole dei percorsi di cura proposti e si impegna a sostenere la cooperazione con i professionisti coinvolti nel percorso di cura, adottando comportamenti leali e collaborativi con i colleghi e gli altri operatori. Riconosce e valorizza il loro specifico apporto nel processo assistenziale.

Ben 11 articoli su 53 riguardano il rapporto diretto con gli assistiti, dal dolore alla privacy, dall'assistenza ai minori alle cure nel fine vita, fino al segreto professionale.

Tra i compiti, il Codice prevede l'educazione sanitaria per i cittadini e la promozione per loro di stili di vita sani, la ricerca e la sperimentazione, ma anche, per gli infermieri, gli obblighi di formazione e di educazione continua, argomento questo che per la prima volta entra a pieno titolo in un Codice deontologico.

L'infermiere è garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono, se rileva privazioni o maltrattamenti li segnala all'autorità competente e si attiva perché ci sia un rapido intervento. E dal punto di vista professionale denuncia e segnala assieme all'Ordine, l'abusivismo e le attività di cura e assistenza prive di basi e riscontri scientifici e/o di risultati validati.

Non manca il riferimento alla comunicazione: l'Infermiere, 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.

Stabilite anche le regole deontologiche della libera professione. Ad esempio, il "contratto di cura" in cui si prevede che l'Infermiere, con trasparenza, correttezza e nel rispetto delle norme vigenti, stipula con la persona



assistita apposito contratto di cura che evidenzia l'adeguata e appropriata presa in carico dei bisogni assistenziali, quanto espresso dalla persona in termini di assenso/dissenso informato rispetto a quanto proposto, gli elementi espliciti di tutela dei dati personali e gli elementi economici.

Nelle disposizioni finali, poi, il nuovo Codice raggruppa una serie di regole per il decoro della professione e il rispetto delle norme fino a chiarire nero su bianco che le norme deontologiche contenute nel Codice sono vincolanti per tutti gli iscritti agli Ordini e la loro inosservanza è sanzionata dall'Ordine professionale, tenendo conto del-

la volontarietà della condotta, della gravità e della eventuale reiterazione della stessa, in contrasto con il decoro e la dignità professionale.

In questo senso fa anche un altro passaggio per superare l'ostacolo che ha creato e crea problemi per altre professioni e che gli infermieri invece hanno chiarito e risolto: l'infermiere che ricopra incarichi politico-istituzionali persegue interessi pubblici generali, della collettività tutta e non di parte, che siano individuali associativi o corporativi. Quindi su di lui niente interventi dell'Ordine al di fuori di ragioni strettamente e realmente professionali.





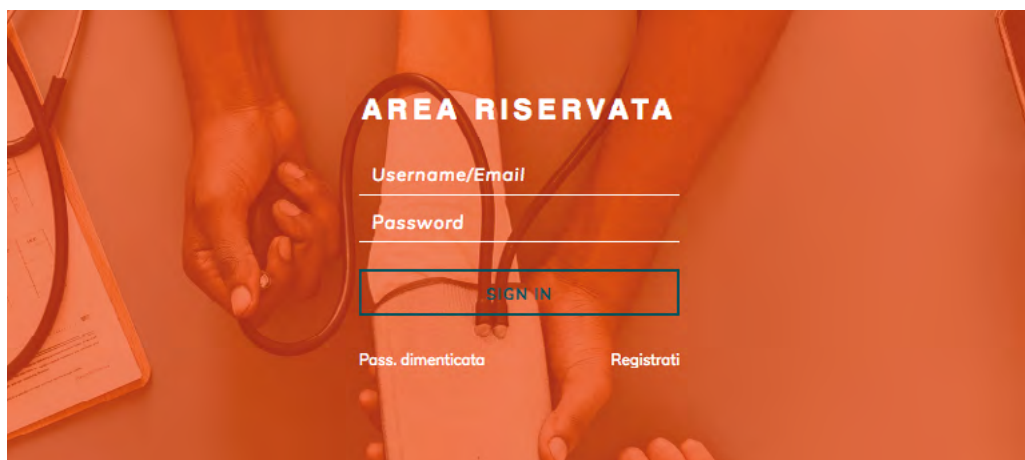
## Richiesta registrazione "Area riservata web"

Caro/a collega,

ti invitiamo a registrarti sull'area riservata del nostro sito dove, a breve, potrai:

- possibilità di effettuare segnalazioni all'OPI;
- scaricare la modulistica per l'iscrizione all'Ordine;
- consultare la rivista istituzionale OPI di Bergamo *Scripta Manent*;
- accedere ad un'area della libera professione;
- consultare offerte di lavoro con i recapiti delle strutture richiedenti;
- visionare l'agenda delle attività del Consiglio Direttivo di OPI Bergamo e le attività delle commissioni di lavoro.

Il Presidente  
Dott. Gianluca Solitro



# SBBL

## Sistema Bibliotecario Biomedico Lombardia

SBBL è la Biblioteca Biomedica di Regione Lombardia, nata con lo scopo di offrire una corretta e aggiornata documentazione scientifica e clinica al personale sanitario operante nelle strutture sanitarie lombarde pubbliche e/o accreditate.

Attraverso una rete di biblioteche e centri di documentazione aderenti a SBBL, la Regione garantisce agli operatori la possibilità di un supporto scientifico alle decisioni cliniche complesse e la formazione continua permanente, nel quadro della medicina basata sulle evidenze.

SBBL rappresenta un significativo e strategico punto di riferimento per la gestione della Sanità in Lombardia che punta sulla cultura e sull'aggiornamento professionale degli operatori sanitari per incidere sul livello qualitativo delle prestazioni sanitarie.

Si comunica a tutti gli iscritti che L'OPI della Provincia di Bergamo sta lavorando per entrare nel circuito SBBL con la possibilità di reperire i documenti scientifici della BancaDati Medline with PubMed gratuitamente.

Il servizio sarà attivo a settembre 2019 e si comunicheranno le modalità di accesso e di reperimento dei records bibliografici.

