

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA
Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita
Dottorato di Ricerca in Medicina Clinica e Sperimentale
e *Medical Humanities*
XXX Ciclo
Coordinatore: Ch.mo Prof. Mario Picozzi

**L'infermiere come agente morale della professione, la sensibilità
etica e i valori professionali**

Docente Guida

Ch.mo Prof. Mario Picozzi

Dottorando

Aurelio Filippini

Matricola 726026

Abstract	
Introduzione	p. 4
1. L'infermiere agente morale professionale	p. 8
2. I valori che sostengono la professione	p. 29
2.1 I codici deontologici: Italia, Canada, Australia, Nuova Zelanda, ICN	p. 32
4. I concetti della professione	p. 36
4.1 Advocacy	p. 37
4.2 Accountability	p. 40
4.3 Caring	p. 43
4.5 Cooperazione	p. 44
5. La compassione	p. 45
6. Lo strumento <i>Nurses Professional Values Scale-R</i> © (NPVS)	p. 49
6.1 Traduzione validazione	p. 59
7. NPVS® la sensibilità etica dell'infermiere agente morale italiano	p. 68
8 Materiali e metodi	p. 72
8.1 Risultati	p. 74
8.2 Commenti	p. 78
8.3 Conclusioni	p. 79
Conclusioni	p. 82
Bibliografia	p. 93
Allegati	

Abstract

La stesura di questa tesi è volta a rispondere alla domanda: *la sensibilità etica degli infermieri italiani oggi è coerente con la definizione di infermiere agente morale della professione?* Per rispondere si definirà l'infermiere quale agente morale della professione motivando così il suo coinvolgimento etico/deontologico all'interno delle professioni intellettuali e del sistema salute; si procederà ad identificare quali valori sottendano alla professione e costituiscano il fondamento per l'agente morale professionale partendo da quelli esplicitati nella dichiarazione delle Nazioni Unite nel 1948 e ricercandoli nei CD più rappresentativi.

I concetti che definiscono i professionisti saranno un utile base, insieme alla compassione definita come componente qualificante, per contribuire a definire l'agente morale. Verrà quindi somministrato il questionario *Nurses Professional Values Scale-R* © (NPVS) ad un campione rappresentativo di professionisti così da identificare la sensibilità etica degli stessi oggi; nelle conclusioni verranno confrontati i dati raccolti attraverso il questionario con la definizione di infermiere agente morale della professione.

Introduzione

Il progetto di tesi iniziale è partito tenendo conto che i lavoratori, grazie alla redazione nel 2010 da parte dell'Unione Europea (UE) dei “Trattati consolidati. Carta dei diritti fondamentali”, hanno la possibilità di esportare la loro competenza su tutto il territorio e acquisire quella di altre nazioni e culture; la conseguenza auspicabile è la crescita professionale di tutta la regione Europa.

Stiamo quindi ipotizzando che gli infermieri, in quanto professionisti in generale e della sanità in generale dotati oltretutto di un Codice Deontologico(CD), si interrogano sulla componente valoriale e culturale e sulla componente etico-deontologica della famiglia professionale di riferimento.

Il CD infatti rappresenta una coordinata fondamentale che orienta l'attività infermieristica così da risultare non solo tecnicamente avanzata, ma anche responsabile, consapevole ed etica. L'infermiere, che nello svolgimento delle tesi definiremo agente morale, può realmente tutelare la salute della persona, facendo di questo mandato il compito fondamentale del proprio

essere e agire. Il CD aiuta a stimolare la riflessione sullo sviluppo morale della professione e chiarisce agli utenti ciò che essi possono attendersi dal professionista in materia di comportamento professionale.

È evidente che i paesi europei si muovano da un punto di vista normativo diversamente rispetto a tematiche quali uso di embrioni, fecondazione artificiale, gestione del dolore, fine vita, eutanasia ecc.; nasce quindi spontanea una domanda: *le differenze normative e culturali tra le nazioni europee e l'aderenza a valori che possono discostarsi tra nazione e nazione potrebbero mettere in difficoltà i professionisti nell'esercizio della loro professione in altri paesi?*

Si è proceduto quindi alla revisione della letteratura su banche dati internazionali attraverso i siti di ordini e collegi professionali delle nazioni europee, all'analisi di documenti, articoli e testi cartacei inerenti l'argomento di ricerca con lo scopo di visionare e analizzare i codici deontologici disponibili in Europa evidenziando i valori di riferimento espressi per arrivare ad ipotizzare un codice deontologico europeo(anche attraverso l'analisi del Codice dell'ICN in quanto documento che indica i valori professionali a cui fanno riferimento gli infermieri di tutto il mondo).

È stata contattata la *European Federation of Nurses Associations* (EFN) proponendo il progetto e richiedendo un aiuto nel reperimento dei CD; è stata evidenziata la difficoltà che loro stessi hanno con molti Paesi europei nell'aver dati e contatti e nella traduzione di documenti spesso non disponibili in lingua inglese. Si è quindi deciso, in accordo con l'EFN, di spostare il focus a livello internazionale uscendo dalla Regione Europa e analizzando i CD che hanno guidato la stesura di tutti gli altri. Durante il lavoro svolto con la Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI per la revisione del CD degli infermieri italiani sono stati analizzati: *Code of Ethics for Nurses in Australia*, *Code of Ethics for registered nurse Canadian Nurses Association*, *Code of Ethics new Zeland Nurse Organization* e Il Codice deontologico degli infermieri del Consiglio internazionale degli infermieri (ICN).

Anche a fronte del progetto nazionale di revisione del Codice Deontologico degli infermieri italiani, in cui lo scrivente è stato coinvolto in qualità di dottorando e di Presidente di Ordine Professionale, è stato selezionato un questionario tradotto e validato per l'Italia (si veda capitolo specifico) da somministrare a un campione di infermieri italiani scelti attraverso un campionamento randomizzato stratificato per valutare quale sia oggi la

sensibilità etica della famiglia professionale nella società che cambia.

Per la stesura di questa tesi si procederà quindi a definire l'infermiere quale agente morale della professione, motivando così il suo coinvolgimento etico/deontologico all'interno delle professioni intellettuali e del sistema salute; si procederà ad identificare quali valori sottendano alla professione e costituiscano il fondamento per l'agente morale professionale partendo da quelli esplicitati nella dichiarazione delle Nazioni Unite nel 1948 e ricercandoli nei CD più rappresentativi.

I concetti che definiscono i professionisti saranno un utile base insieme alla compassione, definita come componente qualificante, per contribuire a definire l'agente morale. Alla luce delle difficoltà incontrate rispetto al progetto di tesi iniziale, la domanda di ricerca viene così modificata: *la sensibilità etica degli infermieri italiani oggi è coerente con la definizione di infermiere agente morale della professione?* Verrà quindi somministrato il questionario Nurses Professional Values Scale-R © (NPVS) ad un campione rappresentativo di professionisti così da identificare la sensibilità etica dei professionisti oggi, nelle conclusioni verranno confrontati i dati raccolti con il questionario con la definizione di infermiere agente morale della professione

1 L'infermiere agente morale della professione

La motivazione che ha spinto l'autore a cercare di inquadrare l'infermiere come agente morale è legata ad un percorso personale e professionale di approfondimento di argomenti etico/deontologici.

In quanto infermiere, professione sanitaria per definizione di aiuto, formatore nonché rappresentante della professione in qualità di presidente provinciale di un Ordine professionale, l'interrogativo principale ha riguardato se e come fosse possibile fare ricorso alla coscienza morale degli uomini, in particolare ovviamente dei colleghi infermieri, con il fine di rendere consapevole o migliorare l'agire professionale.

L'intento principale è quindi quello di capire se una coscienza e una moralità professionale possano identificare il professionista come agente morale professionale.

Sperimentare la professione infermieristica per anni porta necessariamente al bisogno intrinseco di conoscere, condividere e riferirsi a valori professionali per formulare giudizi etici e per crescere umanamente e professionalmente.

È stato importante riflettere su come riconoscere e formare una coscienza morale professionale, come trasmettere i valori professionali condivisi dalla

professione, come identificare quali siano quelli di riferimento e come appoggiarsi ai valori morali e professionali per comprendere e giustificare le scelte professionali legate all'assistenza infermieristica.

Tutto questo rappresenta lo scopo dell'identificazione del professionista come agente morale.

Innanzitutto, si cercherà di definire il concetto di coscienza morale nei modelli etici che, a parere di chi scrive, più hanno indirizzato il mondo sanitario, quali il principlialismo, l'etica delle virtù, l'etica della legge naturale e l'etica del rispetto delle persone.

All'interno della definizione di agente morale si vuol dimostrare di ritrovare una figura che, partendo dalla morale personale e comune alla società cui si appartiene, possa sviluppare una morale professionale utile per la formulazione di giudizi morali, mettendoli in relazione ai valori professionali ed evidenziando anche come attraverso la stessa coscienza morale del professionista infermiere si possa motivare e stimolare la responsabilità professionale.

Molto utile per lo scopo prefissato è stato il testo "Introduzione alle teorie morali" del 2003 del Professor Roberto Mordacci, che mette in luce dei criteri per "leggere" una teoria morale normativa, affermando che essa è un insieme

strutturato di proposizioni definito dai requisiti della giustificabilità, della coerenza e della normatività.

Tra le teorie etiche che hanno maggiormente avuto riscontro in campo sanitario troviamo il principlialismo.

Due infermiere australiane, Sara T. Fry e Megan-Jane Johnstone, hanno utilizzato il principlialismo per produrre un interessante testo tradotto in Italiano dalle Dottoresse Cecilia Sironi e Giliola Baccin nel 2004, intitolato *Etica per la pratica infermieristica*.

Le due autrici affermano che gli infermieri hanno a che fare spesso con divergenze morali o si trovano ad affrontare questioni etiche nella pratica; ritengono quindi essenziale che giustifichino le loro decisioni e azioni morali e che le sostengano con le migliori ragioni morali possibili.

Le colleghe australiane hanno abbracciato il principlialismo poiché hanno ritenuto che potesse rispondere a domande quali: come possiamo decidere se le ragioni che offriamo per le nostre valutazioni sono buone? Qual è il fondamento della nostra decisione per cui alcune ragioni sono giuste mentre altre sono sbagliate? Quando, se mai possibile, possiamo sostenere che tali ragioni siano sufficienti a motivare le nostre decisioni morali? (Fry e Johnstone 2004).

Le due infermiere hanno ritenuto che la teoria di Beauchamp e Childress, riferendosi questi ultimi ad un'etica pratica, sia utilizzabile e declinabile nel quotidiano: affermano infatti che le regole, le teorie e i principi etici costituiscano i fondamenti e le giustificazioni necessari per la condotta e la presa di decisioni etiche.

Nella realtà, quindi, la teoria e la pratica funzionano come un processo a doppio senso in cui ciascuno dei due ambiti influenza l'altro.

Tutto ciò applicato alla professione infermieristica significa che le regole, i principi e le teorie etiche ispirano l'assistenza infermieristica e nello stesso tempo l'assistenza infermieristica e la pratica clinica danno forma alle regole, ai principi e alle teorie etiche (Fry e Johnstone 2004).

Dunque, sulla base di principi etici di beneficenza e non maleficenza, giustizia, fedeltà, autonomia, veridicità (di dichiarata ispirazione al modello di Beauchamp e Childress), Fry e Johnstone hanno evidenziato dei concetti etici che possano guidare l'agire, analizzare e approfondire i dilemmi etici che quotidianamente gli infermieri si trovano ad affrontare.

Advocacy, accountability, caring e cooperazione sono i concetti attraverso i quali leggere i dilemmi che i principi evidenziano.

Il testo si pone come un manuale che indica un modello di decisioni etiche

cucito sulla professione infermieristica arricchito di casi reali ed analisi approfondite; non fornisce risposte, ma stimola la riflessione e la presa di posizioni personalizzate.

Anche Mordacci (2003) dedica il suo secondo capitolo al principlialismo, che vede *Beauchamp e Childress* come esponenti.

Il principlialismo intende individuare i principi fondamentali cui la moralità comune fa appello nella discussione di casi problematici nell'area biomedica, senza privilegiare una teoria normativa in particolare.

Come già esplicitato, gli autori identificano quattro principi cardine: «rispetto per l'autonomia, la non maleficenza, la beneficenza e la giustizia»; questi quattro principi si presentano come terreno di mediazione potenzialmente universale poiché ritenuti dagli autori base della «coscienza morale collettiva» e rispondenti cioè ad una «morale comune» intesa come quell'insieme di norme di condotta socialmente approvate che vengono normalmente apprese con l'educazione.

Questo introduce sottilmente che la coscienza morale si forma grazie agli insegnamenti (teorici e di modello) che ogni società passa alla propria popolazione, costituendo così la base di codici comuni di comportamento.

Secondo altri autori le regole di comportamento morale si basano su «giudizi

ponderati» (Guenzi, 2007) costituiti dalle convinzioni morali di cui si è maggiormente sicuri e che si ritengono più lontane dalla parzialità.

Mordacci (2003), citando Rawls, scrive che i «giudizi ponderati» concernono questioni di giustizia in cui sembra che la nostra capacità morale si esprima senza distorsioni e che perciò sembri offrire una base di partenza abbastanza sicura per la riflessione morale.

Gli autori sopra citati affermano che la moralità comune può modificarsi sulla base del periodo storico e della società senza però disgregarsi né allontanarsi troppo dai paradigmi su cui si fonda.

Guenzi (2007) fa giustamente notare come siano plausibili le critiche al modello del principlismo proprio perché mostra un'insufficiente esercizio critico rispetto alla «morale comune» da cui devono derivare gli approcci normativi per la risoluzione procedurale delle questioni bioetiche in medicina. La debolezza del principlismo sta infatti nell'attribuzione di un ruolo centrale ai quattro principi, conferendo loro il ruolo di cornice entro cui riflettere su problemi legati alla morale pensando poi di poterne ricavare delle appropriate soluzioni e dando per assunto che i principi generali siano in grado di stimolare il giudizio morale e quindi l'applicazione di regole morali universali.

Tutto ciò nega però di fatto la dinamicità della morale comune, slegandola dai sentimenti e dalle esperienze delle persone coinvolte.

Mordacci affronta l'etica della virtù asserendo che la tradizione morale della virtù e dell'agente richiama alla concretezza sia nella formulazione del giudizio sulle azioni che nell'indicazione di un modo di vita accettabile e coerente, in riferimento alle virtù morali dell'«agente morale».

Esso è inteso come soggetto nato e sorretto da una rete di relazioni interpersonali che gli consentono di definire il proprio percorso di una «vita buona» come appartenente alla vita più ampia di una comunità concreta, quindi sempre centrato nel suo tempo e coerente con la società cui appartiene. Citando Hauerwas, Mordacci scrive che è un errore separare le questioni relative alla giustizia o alla bontà di un'azione dal carattere dell'agente, lasciando dedurre che siano da prendere in considerazione anche le convinzioni morali dello stesso.

Per far fronte all'etica delle virtù è necessario partire dalle virtù secondo Aristotele e secondo Hume.

Che tipo di persona posso o devo essere? Questa è la domanda su cui si fondano le teorie della virtù, in vista della piena realizzazione del «soggetto morale».

Ritroviamo il modello classico nell'etica di Aristotele e nell'ideale della «vita buona» quale ambito caratterizzante propriamente il discorso morale (Guenzi, 2007).

Per Aristotele quindi, la virtù è la realizzazione di un fine interno al soggetto agente e alle pratiche che egli esercita; l'Uomo di valore, cioè l'Uomo virtuoso, attua bene e perfettamente quelle attività dell'anima e quelle azioni accompagnate da ragione non per un solo giorno, ma per tutta la vita.

Il fine è la felicità intesa come il più alto dei beni raggiungibili; essa è sempre scelta per sé e mai per l'altro.

Il filosofo greco riconosce che il raggiungimento della felicità, intesa come facente parte della «natura», deve passare attraverso uno stile di vita «saggio» così da riconoscere ed attuare, mediante la retta ragione, il giusto mezzo fra l'eccesso e il difetto di ogni tipo di azione.

Secondo Hume la morale risente del ruolo che hanno le emozioni e le passioni nella vita etica.

Egli infatti afferma che non c'è mai nulla presente nella mente se non le sue percezioni; Hume lo ritiene identicamente applicabile ai giudizi umani: di conseguenza approvare un carattere o condannare un altro non sono che altrettante percezioni differenti.

La ragione quindi, che opera esclusivamente secondo le idee, non può avere la capacità di distinguere il bene dal male morale: è la morale a condizionare effettivamente il nostro agire.

Le regole della morale perciò non sono delle conclusioni della nostra ragione (Mordacci 2003).

Ne consegue che vizio e virtù sono percezioni della mente e nessuna azione può essere buona o cattiva a meno che non ci sia qualche passione o motivo naturale che ci spinga verso di essa o da essa ci allontani.

Mordacci analizza poi l'etica della virtù sulla base delle moderne teorie e dissertazioni ad essa correlate; diversi autori, filosofi e studiosi hanno discusso e criticato l'analisi di Aristotele e Hume, identificando caratteristiche di incoerenza e a volte di inadattabilità con la vita moderna.

Citando MacIntyre, l'autore sottolinea come in una visione più attuale la virtù consista nel realizzare in modo pieno i valori interni a forma d'adozione socialmente riconosciute in modo che si inseriscano nel piano di una vita buona.

Riprendendo Williams, Mordacci segnala che l'etica delle virtù contemporanea si differenzia da quella antica per alcuni aspetti sostanziali.

Questi sono così indentificati: la mancanza di un fondamento teologico delle

virtù; la differenza sostanziale nell'elenco delle virtù fondamentali unita all'ammissione di una loro variabilità nei luoghi e nei tempi; la pluralità delle virtù invece della tesi aristotelica dell'unità delle virtù; un diverso grado di radicamento nell'esperienza morale, nel senso che l'etica contemporanea delle virtù mira innanzi tutto a essere più aderente al vissuto morale del soggetto agente.

Questa visione apre ad una «personalizzazione» delle virtù legate all'«essere umano» ed alle sue caratteristiche di Uomo Persona che interagisce con l'ambiente esterno sociale ed interno e si modifica sulla base delle esperienze, emozioni e conoscenze.

La «legge naturale» può essere considerata la più antica riflessione in campo etico ed è ripresa da molteplici tradizioni, società e credo (Zeppegno, 2007).

Alla base di questo pensiero filosofico si trova la concezione stoica dell'etica come conformità ad un *lògos*, la cui legge è egualmente legge della natura e regola del comportamento.

Mordacci afferma nella sua dissertazione che è stato lo Stoicismo a porre in relazione sistematica l'ordine cosmico con l'ordine morale attraverso l'idea di una legge universale comune a tutti gli uomini.

Grazie a questa mediazione, la legge naturale ha assunto un ruolo centrale nella prospettiva cristiana, interpretando l'ordine naturale come il riflesso dell'ordine eterno in base al quale Dio ha creato l'universo.

La legge naturale diviene allora la partecipazione alla legge eterna e ordine essenziale dell'essere e dell'agire umani, i cui criteri sono iscrivibili nella natura umana e sono conosciuti attraverso la ragione.

L'uomo raggiunge dunque la propria perfezione nella misura in cui ne accoglie l'interiore richiamo che invita a esercitare adeguatamente la propria libertà facendo il bene ed evitando il male.

Fu Tommaso d'Aquino nel suo *Summa Theologiae* (Mordacci 2003) ad affermare per la prima volta che la legge naturale non è deducibile dalla mera osservazione dell'ordine naturale, ma è frutto dell'azione propria dell'uomo che attraverso la ragione partecipa in modo imperfetto, causa la fragilità umana, alla legge eterna ovvero al piano provvidente divino, riconoscendo il bene e i giudizi primi universalmente evidenti che lo possono condurre al suo fine proprio.

Oggi la chiesa invoca la legge naturale come fonte di ispirazione dei principi morali universali da adattare alle diverse situazioni temporali, nella consapevolezza che anche all'uomo contemporaneo è possibile cogliere, con

la ragione, le norme dell'agire oggettivamente conformi alla sua dignità e aprirsi al dialogo interculturale e interreligioso in grado di favorire la pace universale (Zeppegno, 2007).

Con queste parole la chiesa intende parlare di un Uomo pienamente consapevole e dotato di autodeterminazione che non subisce la legge naturale o del divino, ma è parte integrante in quanto progetto egli stesso di quella legge e portato per sua natura a tendere al raggiungimento del proprio percorso di realizzazione piena.

La specificazione inerente l'adattabilità alle diverse situazioni temporali rende la legge naturale dinamica nel vivere e sensibile ai mutamenti in un rapporto simbiotico con la morale e la coscienza morale del singolo e della collettività, attenta all'uomo in quanto persona umana riconoscendone i valori, la sensibilità, l'intelligenza e i sentimenti.

Mordacci riprende il pensiero filosofico di autori quali Finnis, Grisez e Boyle (Mordacci 2003): essi hanno analizzato e studiato la legge naturale con un'ottica meno legata alla fede cristiana ma giungendo a deduzioni non distanti da essa nei principi, assumendo infatti come principio autoevidente che il bene deve essere fatto e perseguito ed il male deve essere evitato.

Secondo questi autori, gli enunciati morali hanno un carattere prescrittivo in quanto sono intrinsecamente pratici; essi sono imperativi poiché indicano uno scopo dei beni come scopo per l'azione e non viceversa, arrivando ad affermare che l'etica della legge naturale ha un carattere deontologico.

Da queste affermazioni possiamo dedurre che per gli autori la legge naturale e l'agire che ne consegue sono inscrivibili nell'uomo come fondamenti della morale comune.

Vengono così identificati i beni fondamentali dettati dalla legge naturale i quali, secondo Finnis (Mordacci 2003), rispondono a espressioni del tipo: *nessuno vorrebbe..., tutti sceglierebbero...* intendendoli come beni umani fondamentali; tra questi troviamo la vita, la conoscenza, l'esperienza ludica, quella estetica, l'amicizia, la ragionevolezza pratica e la religiosità.

Questi beni fondamentali sono riconosciuti dagli autori come premorali: la moralità è infatti il risultato del pieno perseguimento della ragionevolezza pratica che ricopre un ruolo architettonico e di guida dell'intera vita personale.

Ancora una volta la morale viene identificata come una componente dinamica ed acquisibile dall'uomo; è della legge naturale che derivano i singoli precetti morali.

Nell'ottica della legge naturale, le questioni bioetiche riguardano innanzitutto il bene fondamentale della vita umana proprio perché è bene fondamentale e inviolabile e in nessuna circostanza sono ammesse azioni che intenzionalmente e direttamente danneggino tale bene.

Nell'ultimo capitolo del suo manuale *“Una introduzione alle teorie morali. Confronto con la bioetica”*, Roberto Mordacci traccia la linea per una teoria etica che si configuri come una sintesi coerente di quanto affrontato nell'intero testo.

L'impianto della teoria si fonda essenzialmente sulla concezione di ragion pratica espresso da Kant e sulla teoria morale normativa ovvero il sistema dei doveri che lo stesso Kant ritiene giustificabile.

La critica alla ragion pratica fonda il suo assunto sull'idea che le regole pratiche che determinano la volontà debbano rispondere ad un criterio interno di razionalità; nel caso delle regole che mirano a un fine valido solo per il soggetto, la razionalità consiste semplicemente nella congruenza dei mezzi rispetto al fine scelto.

Kant specifica poi che le leggi pratiche, cioè quelle in cui la razionalità consiste precisamente nella forma di legge valida per la volontà di ogni essere razionale e che quindi valgono come le leggi di natura se e in quanto hanno la

stessa validità universale per gli oggetti a cui si riferiscono definiti come agenti razionali, esprimo cioè il vincolo necessario di una volontà buona rispetto al proprio scopo.

Le leggi morali sono quindi prescrizioni: dicono come deve essere una volontà razionale.

Da qui la legge kantiana fondamentale della ragion pura pratica: agisci in modo che la massima della tua volontà possa valere sempre, a tempo stesso, come principio di una legislazione universale. Mordacci ritiene che i principi che esprimono i doveri risiedono nella «moralità di senso comune» e che però appariranno arbitrari poiché mancano di radicamento nel principio fondamentale della ragion pratica.

I doveri verso se stessi e verso gli altri a cui fa riferimento Kant, afferma Mordacci citando Donagan (Mordacci 2003), riprendono largamente gli insegnamenti morali della tradizione ebraico-cristiana e quindi vicini all'etica naturale.

La morale a cui fa riferimento Kant si basa sulla concretezza di una tradizione storicamente e culturalmente connotata che viene sottoposta al vaglio della ragione; non è quindi astratta o slegata, ma intende essere contemporanea e coerente sempre.

Il requisito di universalità è affidato infatti a una coscienza individuale: ciò comporta che si tenga conto dell'individualità e dell'identità personale dell'agente.

A dimostrazione di coerenza evidente con la morale cristiana, come con molte teorie morali, è la seconda formulazione dell'imperativo categorico: «agisci in modo da considerare l'umanità, sia nella tua persona, sia nella persona di ogni altro, sempre anche al tempo stesso come scopo e mai come semplice mezzo».

Mordacci afferma quindi che il principio di rispetto delle persone sia un principio di per sé autoevidente immediatamente noto, ma da sottoporre ad una accurata interpretazione.

L'autore propone una sintesi del secondo imperativo categorico; «rispetta ogni persona, te stesso o chiunque altro come un fine in sé» che non si discosta da quanto affermato da Kant, ma ne vuol precisare alcuni dettami.

Innanzitutto la nozione di persona: se per Kant la persona è identificabile con la sua natura razionale, Mordacci allarga il concetto introducendo l'individualità, la corporeità ed il desiderio, rendendo così l'Uomo Persona qualcosa di più della sua sola razionalità, completandolo.

Rispettare quindi ogni persona in sé significa considerare le diverse forme in cui la persona vive come elemento costitutivo della realtà irriducibilmente individuale e soggettiva.

L'unicità dell'uomo è espressa dal fatto che è l'esistenza corporea della nostra coscienza che ci sostituisce come persona e come indeclinabile punto di vista sul mondo se non si pensa ad un uomo «completo» allora ogni tentativo di inquadrarlo, di difenderlo o di rispettarlo resterà inefficace e parziale.

Mordacci affronta a questo punto le «ragioni morali per l'agire», intendendole come una delle forme più immediate d'esperienza della vita morale; egli infatti asserisce che quando crediamo sinceramente di agire per una ragione che non sapremmo chiamare altrimenti che «morale», tale ragione ci appare come dotata di un'autorità che non deriva né dall'efficacia attesa, né dai nostri immediati interessi, né da una pressione esterna.

La consapevolezza, a volte non sempre chiara, di ciò che dobbiamo o non dobbiamo fare ci appare come qualcosa di diverso dal solito agire e come sostenuta da una forza interiore che ci spinge all'agire «buono» conforme ai principi interiorizzati come principi morali comuni dotati di un senso di familiarità che ci orienta nella vita.

Le ragioni che ci spingono ad agire connotano due caratteristiche fondamentali: innanzitutto sono azioni libere, perché una ragione morale è per definizione una ragione che posso non eseguire, cioè posso non accettarla come motivo determinante della mia azione; in secondo luogo esse appaiono dotate di un carattere normativo particolare che le impone come incondizionatamente vincolanti o quantomeno preponderanti su altri generi di ragioni pratiche (Mordacci, 2003).

Questo agire morale ha carattere di universalità poiché ogni agente morale concepisce le proprie ragioni morali come comprensibili e condivisibili da ogni altro; hanno quindi valore per il soggetto in quanto persona ed individuo irripetibile e presuppongono che possano essere comprese, ma non necessariamente adottate, da qualunque altro agente affronti situazioni analoghe.

Comunemente si fa riferimento alla coscienza quando si intende far notare che un atteggiamento, un'intenzione o un'azione hanno una connotazione particolare sia nel bene che nel male, con espressioni tipiche quali: *ma non hai coscienza a fare questa cosa... Mettiti una mano sulla coscienza... Che uomo coscienzioso... Ma questa cosa è immorale ecc...* Certo spesso queste frasi sono utilizzate a sproposito o con superficialità e il fatto che vi si ricorra

fa comunque pensare che una ricerca, anche se inconscia, del bene edel buono ci sia.

Infatti, sotto la spinta di quei complessi fattori culturali che raccogliamo sotto il nome di postmodernità, il dibattito sulla coscienza si è fatto più serrato, ma non necessariamente più chiaro. Anche le nuove prospettive delle neuroscienze permettono di individuare i centri e i meccanismi all'interno del cervello che creano mente e coscienza, ma non sono arrivati a spiegare davvero cosa sia la coscienza.

La letteratura raccolta ha evidenziato come la coscienza morale abbia radici profonde e sia trasversale a diversi modelli bioetici, culturali e religiosi.

Essa infatti costituisce da sempre uno dei punti nevralgici della riflessione morale e difatti sta a indicare ciò che rende veramente umano l'agire dell'uomo.

Da quanto trattato ed esposto, si è evidenziato come tutte le correnti filosofiche analizzate abbiano riconosciuto una coscienza morale comune che unisse l'uomo al tempo e alla società in cui vive.

Se possiamo identificare una morale ed una coscienza morale comune, possiamo presupporre la possibilità di sviluppare o acquisire una crescita della «morale professionale comune» alla cui partenza si trova la morale

comune estendendosi poi con una l'evoluzione che passa attraverso l'adesione ai valori professionali, che i Codici Deontologici degli infermieri hanno evidenziato come identificativi della professione, così da traslare la seconda formulazione dell'imperativo categorico di Kant fino ad affermare che il professionista infermiere, attraverso i valori professionali, considera sé stesso professionista e agente morale professionale, il cui scopo è assistere, e la persona assistita come lo scopo del suo agire e non semplice mezzo.

La riflessione passa a questo punto sulle azioni professionali morali che trovano il loro motivo di esistere solo se finalizzate a fornire risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della persona e a tutela della salute e della sicurezza della stessa, della famiglia e della comunità. È l'infermiere agente che a questo punto può realmente tutelare la salute della persona facendo di questo mandato il compito fondamentale del proprio essere e agire; l'agente morale professionale è quindi totalmente inserito nella società e professione a cui appartiene e ne rappresenta la cultura e il pensiero predominante, ma ha anche un inscindibile legame con i valori professionali e i concetti della professione di riferimento a cui deve rispondere per identificarsi e autodeterminarsi come professionista.

2 I valori professionali

Per identificare i valori che ispirano e guidano il pensiero e l'azione si farà

referimento ai valori espressi dalla Dichiarazione universale dei diritti umani Nazioni unite 1948: dignità, libertà, equità, eguaglianza, rispetto per la vita... quale base utilizzata dai CD internazionali e nazionali e che possiamo ritrovare rielaborati come: erogare un'assistenza sicura, competente, compassionevole ed etica; promuovere la salute e il benessere delle persone; promuovere l'informazione e rispettare le decisioni consapevoli delle persone; preservare la dignità; mantenere la privacy e la confidenzialità; promuovere la giustizia; essere *accountable* (responsabile); uguaglianza.

I valori evidenziati, inoltre, sono tutti riconducibili a quanto sottolineato dalle correnti etiche citate quali fondamenti di un agito comune all'interno di una professione che vede nel rispetto dell'«altro», in quanto detentore di dignità diritti e doveri, un riconoscimento di sé come professionista e dell'assistito come persona.

Nella pratica clinica l'assistenza infermieristica è segnata dal concetto di personalizzazione che Cantarelli ha utilizzato per il Modello delle Prestazioni Infermieristiche (Cantarelli 2003), che prevede che il piano di assistenza infermieristica parta dal considerare la persona leggendola attraverso tutte le sue sfere: psicologica, socioculturale e biofisiologica.

Cantarelli, nella sua elaborazione di uomo-persona, si rifà alla teoria dei

sistemi di Bertalanffy che vede la persona come qualcosa di più del semplice insieme delle sue parti, con l'unico fine di identificarla come unica ed irripetibile così da erogare assistenza mirata a risolvere i bisogni di assistenza infermieristica specifici e personali, rispondendo così ai valori di rispetto, di dignità e di libertà.

Rispondere ai valori professionali identificati è condizione essenziale: si può assumere responsabilità fino a che non si ha coscienza e consapevolezza che le azioni svolte hanno connotata una componente di responsabilità.

I valori di riferimento per la professione infermieristica hanno una stretta correlazione con la coscienza morale professionale; diventa quindi inevitabile per il professionista sentirsi responsabile delle proprie azioni, alle quali è riconosciuta una valenza etica e morale.

Il collega Manzoni (Manzoni 2004), trattando il concetto dell'assistere nel testo Storia e Filosofia dell'Assistenza Infermieristica, afferma che oggi il termine assistere è concepito come un verbo composto dal tardo latino *ad-sistere* che significa stare vicino o accanto in senso generico e nel cui significato si ritrovano svariate azioni, motivazioni e sentimenti.

L'assistere quindi non è necessariamente legato al fare qualcosa per qualcun altro, ma alla base c'è lo stare accanto, come indica la sua etimologia.

Secondo l'autore l'assistere, quindi, si perde nella notte dei tempi e non siamo in grado di datarlo; inizia, nasce ed emerge con l'uomo come necessità, Lo stare vicino dell'uomo, accanto all'altro uomo, è una necessità irrazionale; non c'è alcuna riflessione razionale, alcuna specializzazione: nasce come necessità e come tale sempre rimarrà nella storia.

Con l'andare del tempo a un certo punto, tuttavia, la suddivisione dei ruoli aumenta di pari passo all'ingrandimento e alla specializzazione della società e l'assistenza comincia a strutturarsi e ad emergere come scelta, trasformandosi quindi in un valore.

2.1 I codici deontologici: Italia, Canada, Australia, Nuova Zelanda, ICN

L'analisi dei Codici Deontologici *Code of Ethics for Nurses in Australia, Code of Ethics for registered nurse Canadian Nurses Association, Code of Ethics new*

Zeland Nurse Organization e Il Codice deontologico degli infermieri del Consiglio internazionale degli infermieri (ICN) e di quello Italiano ha portato a evidenziare una sovrapposizione dei valori sopra descritti a testimonianza della base comune di partenza e dello scopo dell'assistenza.

Tutti i codici dichiarano fin dall'inizio la loro aderenza ai valori professionali (tab.1) declinandoli poi in un articolato.

Tab.1 dichiarazioni iniziale e aderenza ai valori professionali	
Code of Ethics for registred nurse Canadian Nurses Association (2008)	<p>Il Codice è inteso come una dichiarazione di valori etici e di impegni rivolti a tutte le persone con bisogni di cura. Il Codice è destinato a tutti coloro che richiedono le cure ed ai loro familiari, alla comunità. Il Codice fornisce una guida per i rapporti etici, le responsabilità, i comportamenti e le decisioni e deve essere utilizzato in associazione agli standard professionali, alle leggi e ai regolamenti che guidano la pratica.</p> <p>Parte prima. Valori di cura e responsabilità etiche. Il Codice si articola attraverso sette valori primari che sono: fornire cure etiche, compassionevoli e sicure, promuovere salute e benessere; promuovere e rispettare un processo decisionale informato; preservare la dignità; mantenere privacy e riservatezza; promuovere la giustizia; essere responsabile.</p>
Code of Ethics for Nurses in Australia (2008)	<p>Questo documento fa riferimento alla Dichiarazione dei diritti dell'uomo, al Patto Internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, alla Costituzione della WHO e ad altri documenti. Progettato per più tipologie di persone: infermieri, studenti d'infermieristica, la comunità in generale, i datori di lavoro, le persone che necessitano e che ricevono assistenza infermieristica. Utilizza in maniera ambivalente i concetti di etica e morale. È supportato dal Codice di condotta professionale per gli Infermieri Australiani e dagli Standard Nazionali di competenza per i RN. Fa riferimento anche al Codice Etico dell'ICN e alle posizioni prese.</p>
Code of Ethics new Zeland Nurse Organization (2010)	<p>Nella pratica etica sono fondamentali i seguenti valori:</p> <p>Autonomia (autodeterminazione) Il diritto individuale all'autodeterminazione che assume l'individuo/gruppo/cliente/agente della persona ha la saggezza di sfruttare la migliore scelta per quella persona. Particolare attenzione dev'essere posta alla sensibilizzazione e all'accettazione delle differenze culturali nella prestazione di assistenza sanitaria per garantire il rispetto del multiculturalismo (una situazione è culturalmente sicura quando vengono compresi e soddisfatti i bisogni culturali e spirituali senza pregiudizi).</p> <p>Beneficenza (fare del bene) Eseguire azioni che portano ad un risultato che ora, o in futuro, sarebbero considerate come un bene.</p> <p>Non maleficenza (Prevenire il danno e il futuro danno). In una situazione in cui il danno è inevitabile, va ridotto al minimo.</p> <p>Giustizia (equità): l'ipotesi è che una società abbia la responsabilità di trattare le persone in maniera equa.</p>

	<p>La società peraltro conferma i concetti della giustizia nelle sue leggi. C'è un'interrelazione tra diritto e giustizia.</p> <p>Riservatezza (privacy): la privacy nelle informazioni scritte o verbali, o del linguaggio del corpo osservato. Si sottolinea il fatto che tutte le informazioni debbano essere acquisite attraverso un accesso riservato. Il concetto di privacy in ogni situazione è modificato da realtà giuridiche o di contesto.</p> <p>Veridicità: azioni, parole e comportamento devono assicurare che le comunicazioni tra individui siano oneste e sincere.</p> <p>Fedeltà: indica l'obbligo di rimanere fedeli ai propri impegni per gli altri.</p> <p>Tutela dell'ambiente e delle risorse: la società ha una responsabilità nel rispettare e proteggere l'ambiente e le sue risorse.</p> <p>Essere professionale: la convinzione che l'infermieristica sia una professione con uno scopo definito. Ha un rapporto speciale con la società per fornire la necessaria assistenza sanitaria ai suoi membri in difficoltà.</p> <p>L'infermieristica possiede un corpo distintivo di conoscenze, un'area di pratica indipendente ed è guidata dallo specifico insieme di valori qui identificati. Gli infermieri sono responsabili per la loro pratica infermieristica ed accettano responsabilità circa le proprie azioni ed il processo decisionale.</p>
UK Nursing And Midwifery Council The Code (2015)	<p>Il codice contiene le norme professionali che infermieri e ostetriche devono rispettare sia che prestino assistenza diretta a individui, gruppi o comunità, sia che la loro opera sia finalizzata all'esercizio della leadership, insegnamento o ricerca. Valori e principi contenuti nel codice non sono negoziabili o discrezionali.</p> <p>Priorità alle persone: in primo luogo devono essere considerati gli interessi dei pazienti e degli utenti; in questo modo attraverso la professionalità viene promossa la fiducia. La preoccupazione principale dev'essere che cura e assistenza siano sicure, che sia preservata la dignità e che i bisogni siano riconosciuti, valutati e che venga organizzata una risposta adeguata. È necessario che coloro i quali ricevono le cure siano trattati con rispetto e che eventuali atteggiamenti discriminanti nei confronti di coloro che ricevono cure siano contestati.</p>
Codice deontologico degli infermieri ICN (2012)	<p>Gli infermieri hanno quattro responsabilità fondamentali: promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza. I bisogni di assistenza infermieristica sono universali. Il rispetto dei diritti dell'uomo, compresi i diritti culturali, il diritto alla vita e alla scelta, alla dignità e a essere trattati con rispetto fanno parte integrante dell'assistenza infermieristica. L'assistenza infermieristica rispetta tali diritti e non è influenzata da fattori riguardanti l'età, il colore, il credo religioso, la cultura, lo stato d'invalidità o malattia, il genere e l'orientamento sessuale, la nazionalità, l'ideologia politica, la razza e lo stato sociale.</p>
Codice Deontologico infermieri italiani (2009)	<p>CAPO I</p> <p>Articolo 1 L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica.</p> <p>Articolo 2 L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa.</p> <p>Articolo 3 La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.</p> <p>Articolo 4 L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona.</p> <p>Articolo 5</p>

	<p>Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica.</p> <p>Articolo 6</p> <p>L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.</p>
--	---

Le differenze nell'esplicitazione derivano dal modello sociale e legale cui appartengono a testimonianza di come l'infermiere agente morale sia legato ai valori che lo caratterizzano e alla società cui appartiene; si riporta a titolo esemplificativo come il rispetto per le persone e la sua autodeterminazione sia comune, ma diversamente affrontato e declinato ad esempio trattando il fine vita. (tab.2)

Tab.2 Fine vita nei Codici deontologici	
Code of Ethics for registred nurse Canadian Nurses Association (2008)	<p>Responsabilità etiche.</p> <p>11. L'infermiere, insieme ad altri operatori sanitari e con i soggetti in grado di poter prendere decisioni, deve considerare e rispettare gli interessi della persona che riceve le cure, eventuali desideri precedentemente noti o direttive anticipate inerenti la situazione.</p> <p>Cap.1 Valori etici e responsabilità</p> <p>9)[...] Nel caso di malattia terminale gli infermieri favoriscono il comfort e lavorano per una morte dignitosa e pacifica. Sostengono la famiglia durante e dopo la morte e garantiscono le cure del corpo di una persona dopo la morte. [...]</p>
Code of Ethics for Nurses in Australia (2008)	Riferimenti al rispetto per le scelte di vita
Code of Ethics new Zeland Nurse Organization (2010)	Riferimenti al rispetto per le scelte di vita
UK Nursing And Midwifery Council The Code (2015)	<p>3 Assicurarsi che i bisogni fisici, sociali e psicologici delle persone siano valutati; per raggiungere quest'obiettivo è necessario:</p> <p>- 3.2 riconoscere e rispondere con compassione alle esigenze di coloro che si trovano negli ultimi giorni e ore di vita.</p>
Codice deontologico degli infermieri ICN (2012)	Riferimenti al rispetto delle scelte di vita
Codice Deontologico infermieri italiani (2009)	<p>Articolo 35</p> <p>L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale.</p> <p>Articolo 36</p>

	<p>L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita.</p> <p>Articolo 38 L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito</p> <p>Articolo 39 L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto.</p>
--	---

I concetti della professione

I concetti del comportamento etico: *advocacy*, *accountability*, *caring*, *cooperazione*.

I principi etici che verranno descritti rappresentano il *core* della professione e tradizionalmente rivestono un ruolo determinante nella pratica infermieristica, occupando un ruolo di base per la presa di decisioni etiche degli infermieri.

Le colleghe Fry e Johnston (Fry, Johnstone, 2004) li definiscono come determinanti perché la professione abbia una base per formulare giudizi etici, standard professionali e norme morali per erogare l'assistenza infermieristica. L'adesione e l'interiorizzazione di tali concetti funge da base affinché non solo i professionisti si identifichino in quanto tali, ma anche la comunità ne apprezzi il valore umano e professionale e i valori di riferimento che ne guidano l'agire a favore degli assistiti.

Advocacy.

Con il termine anglosassone *advocacy* s'intende il supporto attivo dato a una causa ritenuta importante dalla persona assistita e riconosciuta tale dal professionista.

Questo concetto di base rappresenta il fondamento dell'assistenza: da una parte abbiamo una persona che lotta per farsi conoscere, capire e autodeterminarsi e dall'altra il professionista che la riconosce come tale.

Diverse possono essere le sue applicazioni: secondo le colleghe australiane Fry e Johnstone (Fry, Johnstone, 2004) sono possibili quattro modalità di esercizio dell'*advocacy*, che descrivono la natura del rapporto infermiere-paziente.

La prima visione è quella del modello legale che rappresenta la difesa dei diritti umani primari a nome di coloro che non sono in grado di farlo per sé stessi; secondo questa visione l'infermiere si erge ad «avvocato» della persona (il termine tradotto non rende la complessità del ruolo) in veste di agente morale professionale.

L'*advocacy* di tutela dei diritti, invece, si esplica attraverso l'informazione puntuale alle persone assistite circa i loro diritti, assicurandosi che ne abbiano compreso non solo il significato letterario ma anche quello relativo alle

ricadute sulla vita personale allo scopo di prevenirne la violazione e comunicandone ogni loro infrazione.

Questa visione vede l'infermiere come difensore e arbitro dei diritti morali ed umani del paziente all'interno del sistema socio-sanitario-assistenziale.

Il terzo modello è quello di decisione fondato sui valori della persona: così facendo si aiuta l'individuo a discutere delle proprie necessità, interessi e scelte nel rispetto dei suoi valori e del suo stile di vita. Aderendo a questo mandato l'infermiere non impone i propri valori e le proprie decisioni ma aiuta la persona a valutare i vantaggi e gli svantaggi delle varie opzioni riguardanti la propria salute, in modo che egli possa prendere le decisioni con le proprie convinzioni e valori.

Secondo l'ottica del modello del rispetto delle persone l'*advocacy* consiste nel difendere la persona in quanto in possesso di propria dignità indipendentemente dalla malattia, sesso, etnia, credo e età. Vengono così considerati come prioritari i valori umani espressi e basandosi su questi altrettanto prioritario agire affinché se ne proteggano dignità, privacy e scelte.

Si evince chiaramente come un infermiere *Advocate* abbia e senta come mandato quello di tutelare le persone e promuovere il loro interesse per

quello che esse stesse rappresentano per sé stesse nel contesto e nella cultura in cui sono inserite; la «difesa» del malato si riferisce a ciò che esso «è» riconoscendolo come «persona» e affinché questo avvenga è necessario che esso si racconti e ci racconti di sé: solo conoscendolo possiamo dire di tutelarlo veramente.

La medicina moderna ha la tendenza a interpretare le persone promuovendo se stessa e giustificando l'agire con il presunto bene dell'individuo che si ha di fronte, di cui però non si conoscono le esigenze ed i bisogni reali.

Caring

Rappresenta il rapporto particolare e di grande fiducia che si crea tra assistito e infermiere poiché determinato dalla necessità di ricevere assistenza infermieristica da parte del primo e il dovere morale di erogarla da parte del secondo (Fry e Johnston, 2004).

Il *caring* può essere definito come una forma di coinvolgimento professionale e umano con gli altri che crea un interesse in merito a come le persone avvertono il mondo che le circonda e al valore che attribuiscono alla vita stessa.

Sono necessarie doti personali e capacità professionali innate e acquisibili quali la *compassion* (che tratteremo più avanti) nei confronti della persona e della sofferenza, capacità di instaurare la relazione e la relazione di aiuto, coinvolgimento umano professionale e l'intenzionalità di dare assistenza: qui si gioca il ruolo fondamentale dell'infermiere agente morale della professione.

Il *caring* richiede inoltre conoscenze e abilità specifiche della professione che distinguano l'infermiere come professionista della salute.

Il coinvolgimento che l'infermiere deve avere per attuare *caring* nei confronti della persona assistita richiede delle caratteristiche fondamentali inerenti non solo le modalità di relazione, ma anche di rapporto personale con la persona

assistita; queste azioni comprendono: «essere» presenti e attivi, il «rispetto» dell'essere umano in quanto persona, «sentirsi con e per» la persona, «sentirsi» e manifestare stretta e sincera vicinanza.

L'infermiere che attua il *caring* può essere influenzato da alcuni fattori ai quali dovrà prestare particolare attenzione poiché potrebbero inficiare il rapporto di fiducia e la relazione professionale.

Le convinzioni personali dell'infermiere, così come l'esperienza personale di essere stati assistiti o di aver avuto esperienze di famigliari assistiti, devono essere valutate e utilizzate per migliorare la comprensione del vissuto e non il pregiudizio.

Anche la persona assistita potrebbe avere influenze sul rapporto di *caring* in termini di approvazione o meno dell'assistenza messa in atto; esse sono spesso dovute a caratteristiche personali, convinzioni e credo, vissuto personale o familiare di assistenza.

In un recentissimo testo della collega americana Jean Watson tradotto da Cecilia Sironi *Assistenza infermieristica: filosofia e scienza del caring* (Watson, 2013), la fautrice della teoria definisce la filosofia del *caring* come: «un campo di studio filosofico-etico-epistemologico in evoluzione, fondata sulla disciplina infermieristica e permeata degli ambiti conoscitivi ad essa correlati.

Il *caring* è considerato un aspetto fondamentale all'interno del meta-paradigma delle conoscenze e della pratica dell'assistenza infermieristica. Questa scienza è permeata dall'istanza etica-morale-spirituale che racchiude un orientamento umanitario, di scienza umana, ai processi, ai fenomeni e alle esperienze di *human caring*. È situata all'interno di una visione di mondo non-dualista, relazionale e unificata, in cui vi è una connessione al Tutto: il campo universale dell'Infinito, l'AMORE cosmico». (Watson 2013: 16)

Accountability.

Rappresenta la capacità del professionista di rispondere di ogni atto e azione effettuati durante l'esercizio della professione in stretta relazione con la capacità di risponderne responsabilmente (Fry e Johnston, 2004). Attraverso l'esercizio dell'*accountability* si gioca il rapporto di fiducia tra il professionista e le persone assistite. L'infermiere *accountable* risponde alle aspettative della comunità e della professione infermieristica attraverso la propria competenza.

Affinché il rapporto di fiducia si instauri e le aspettative delle persone vengano soddisfatte è d'obbligo conoscere la persona che si ha di fronte, lasciando che essa si esprima liberamente e consapevolmente, così che le competenze possedute dal professionista possano essere finalizzate alla risposta dei bisogni reali.

L'infermiere agente morale della professione sente come mandato etico e professionale quello di rispondere delle proprie azioni avendo alla base conoscenze aggiornate e competenze specifiche che lo coinvolgono a 360 gradi e comprendendo un atteggiamento etico e moralmente coerente.

La cooperazione

Il concetto di cooperazione rappresenta la partecipazione attiva con gli altri professionisti per prestare alle persone un'assistenza di qualità che, attraverso le competenze dei professionisti e la relazione di aiuto, risponda ai bisogni delle persone (Fry e Johnston, 2004). È connaturata in questo concetto la centralità della persona assistita e dei bisogni da essa espressi tanto che il professionista sente come dovere quello di lavorare con altri con l'unico fine di rispondere ad un bisogno poiché questo è il focus del mandato e la motivazione dell'agito, fare proprio questo concetto prevede una capacità di analisi e lettura della persona e dei bisogni e conoscenze approfondite per rispondervi e attivare la rete quando ritenuto utile.

La compassione

Il dizionario de Larepubblica.it definisce la compassione [*com-pas-si-ó-nes.f. (pl. -ni)*]: sentimento di partecipazione alle sofferenze altrui, unito al desiderio di alleviarle e di porre loro fine: avere, provare, sentire c. di, per muovere a compassione, suscitare compassione, pietà, muoversi a compassione di qualcuno, sentire pietà.

Volpicelli nel suo testo “Lessico delle scienze dell'educazione” definisce la compassione (dal latino *cum patior*, soffro con, e dal greco *συμπάθεια*, *sympatheia*, "simpatia", provare emozioni con..) come un sentimento per il quale un individuo percepisce emozionalmente la sofferenza altrui desiderando di alleviarla (Volpicelli 1978).

Gilbert ne scrive in un interessante manuale “La terapia focalizzata sulla compassione” prendendone la definizione da Dalai Lama che definisce la compassione come “una sensibilità verso la sofferenza di noi stessi e degli altri, unita ad un profondo impegno nel tentare di alleviarla” quindi un’attenzione consapevole e sensibile unita ad una profonda motivazione. Componenti principali: 1) essere presenti (*mindfull*) e aperti alla propria sofferenza; 2) essere gentili con noi stessi piuttosto che pronti all’autocondanna; 3) essere consapevoli del fatto che condividiamo con altri

l'esperienza della sofferenza piuttosto che vergognarsi e sentirsi soli nel nostro dolore, un'apertura alla nostra umanità condivisa. (Gilbert 2010)

Zighetti per definirla nel suo testo "Essere esseri umani" riprende una affermazione di Dostoevskij: "non passione ci vuole, ma compassione, capacità cioè di estrarre dall'altro la radice primaria del suo dolore e di farla propria senza esitazione". (Zighetti 2016)

Chi scrive ha trovato molto interessante che le neuroscienze abbiano appurato che mentre la compassione per il dolore fisico si collega ad aree della corteccia che gestiscono informazioni esteroceettive (esterne e noi) la compassione per il dolore sociale ed emotivo coinvolge aree cerebrali che gestiscono informazioni interoceettive (interne a noi stessi propri come se io fossi l'altro).

A provare quanto sopra citato Zighetti cita Spence e Fehr nel loro studio del 2006 fanno notare che la compassione verso una persona sofferente è legata alla motivazione ad avvicinarla, aiutarla, confortarla e alleviarne le sofferenze e, di conseguenza, dal provare compassione per gli altri può derivare un sentimento positivo di ricompensa intrinseca.

In particolare, un test di interazione tra l'attitudine alla compassione e l'espressione triste del volto ha rilevato una significativa attivazione di una

regione chiave del cervello coinvolta nei meccanismi di approccio personale/sociale e di motivazione e ricompensa.

Questi dati sottolineano la differenza tra il comportamento empatico, che coinvolge necessariamente i sistemi motivazionali e il comportamento compassionevole, nel quale la motivazione ad alleviare le sofferenze altrui rappresenta l'elemento centrale. Quando un individuo prova compassione percepisce la forza di questa condivisione e della connessione con l'intero genere umano e subito sente sollievo.

Essendo la compassione il comportamento di auto-motivazione per eccellenza più del solo rispecchiamento empatico, stimola l'auto-ricompensa e ricarica anche chi la prova e non solo chi la riceve.

Tutte le definizioni trovate e l'apporto delle neuroscienze concordano nel dare alla compassione un'accezione decisamente positiva e anzi rivelano la capacità di chi la vive di entrare in un circuito virtuoso nel quale il farsi carico della sofferenza con il semplice e gratuito fine di comprendere e alleviare quella altrui ricavandone nuova motivazione e gratificazione. Secondo chi scrive la compassione può rappresentare una virtù per l'agente morale e un valore aggiunto per il professionista infermiere agente morale professionale, che risulterà così ancora più aderente al suo mandato di cura e tutela delle

persone che assiste comprendendole ulteriormente e rispondendo ai loro bisogni con maggior coerenza.

Lo strumento *Nurses Professional Values Scale-R* © (NPVS)

Lo strumento fu scelto, tradotto e validato per la tesi di Laurea Magistrale attraverso la revisione della letteratura indagando le principali banche di dati: *Pubmed* e *Chinal*. Si ritiene oggi che rappresenti un ottimo questionario per rispondere alla domanda di ricerca che sta alla base della presente tesi.

Fu identificato nell'articolo di Weis e Schank della *Marquette University College of Nursing* di Milwaukee il questionario ritenuto ideale.

L'interesse delle autrici per il campo etico e spirituale è molto forte e trasparente in tutti gli studi pubblicati; esse dimostrano una forte sensibilità nei confronti sia della persona assistita che del personale infermieristico ed un grande attenzione alla professionalità e alle prestazioni erogate.

Un primo articolo che indagava l'importanza dei valori etici per i professionisti infermieri fu scritto dalle autrici nel 1997: in questo articolo, alla luce dell'affermazione che il *Code of Ethic for Nurses* americano dovesse guidare l'agire e il pensare dei professionisti infermieri, le autrici testarono su 130 studenti infermieri, americani ed inglesi, un primo questionario atto a mettere alla prova la validità della *Professional Values Scale*.

I risultati mostrarono un alto grado di congruenza tra i gruppi di studenti americani e quelli inglesi: infatti in entrambi i gruppi si evidenziò una

condivisione dei valori espressi dal *Code of Ethic for Nurses dell'American Nurses Association (ANA)*.

Le differenze, non statisticamente significative, furono attribuite esclusivamente a fattori culturali e furono dichiarate non indicative ai fini dello studio.

Fu nel 2000 che le autrici effettuarono lo studio descritto nell'articolo scelto come guida per lo strumento da utilizzare: *Development & Psychometric Evaluation of the Revised Nurses Professional Values Scale (NPVS-R)* (allegato 1).

In questo articolo le autrici descrivono come hanno studiato e testato uno strumento riferito alle norme del codice deontologico americano.

Esso era composto da 44 item indagati con un formato *Likert-scale* (scala qualitativa) che va da 5 (più importante) a 1 (non importante).

Le risposte dei partecipanti a questo strumento sono state sottoposte ad analisi dei principali fattori assiali con rotazione *Varimax*.

Ciascuna affermazione del NPVS® è una corta frase descrittiva che riflette una norma specifica del codice e le sue interpretazioni.

I punteggi possono variare da 44 a 220 con un valore alto che indica un forte orientamento ai valori professionali.

Tra gli obiettivi dello studio Weis e Shanch si trova quello di descrivere la scala dei valori etici dell'assistenza infermieristica (NPVS: *Nursing Professional Values Scale*), il suo sviluppo, l'affidabilità, la validità e la sua origine dal codice etico dell' *American Nurses Association (ANA)*.

L'NPVS® è stato testato su 599 soggetti, inclusi i baccalaureati, gli studenti di corsi master, e gli infermieri clinici.

Gli studenti sono stati arruolati in uno dei 25 corsi selezionati in modo casuale tra tutti i corsi accreditati negli Stati Uniti.

Gli infermieri clinici sono stati selezionati in modo casuale dalla lista dello *State Board of Nursing*.

Le autrici concludono che risultati iniziali hanno mostrato un alto livello di affidabilità e validità del NPVS®.

L'NPVS® risulta uno strumento utile per misurare la condivisione dei valori etici dell'assistenza infermieristica ed incrementare la socializzazione professionale.

Una successiva revisione dello strumento nel 2004 ha ridotto le affermazioni a 26.

Il successivo articolo *Service and education share responsibility for nurses' value development* (2001) esamina i valori professionali condivisi dagli studenti infermieri, *baccalaureate*, e dalle infermiere cliniche americane.

Un'individuazione importante fu che proprio le infermiere cliniche identificarono e sostennero i comportamenti degli studenti *senior* legati ai valori del *Code of Ethic for Nurses* americano (ANA) e che essi li reputano come importanti: questo sostiene l'affermazione che la pratica contribuisca alla formazione dei valori.

Da qui si evince che lo sviluppo e l'interiorizzazione continui dei valori professionali infermieristici richiede la partecipazione attiva degli infermieri insegnanti e di quelli clinici.

Weis e Shanch concludono che i fenomeni di formazione dei valori in ambito accademico sembrano rispecchiarsi e completarsi.

Fattori determinanti sono risultati lo studio e l'approfondimento del *Code of Ethic for Nurses* e della filosofia dell'assistenza infermieristica e lo sviluppo dei valori professionali in ambito clinico sviluppati grazie alla messa in pratica degli elementi teorici, di riflessioni etiche su casi clinici e loro risoluzione tramite utilizzo di un modello teorico.

L'NPVS® è l'unico strumento reperito in letteratura che misuri i valori dell'assistenza infermieristica.

In particolare esso misura i valori contenuti nel Codice per infermieri americani, un documento utilizzato a tutti i livelli dei programmi di preparazione per infermieri così come dalle agenzie che li assumono.

Analogamente il codice deontologico degli infermieri italiani è alla base della professione infermieristica e ne guida l'agire.

Esso rappresenta quindi una coordinata fondamentale che orienta l'attività infermieristica così da risultare non solo tecnicamente avanzata ma anche responsabile, consapevole, etica.

Il Codice Deontologico nasce nel 2009 dal lavoro della Federazione Nazionale Collegi IPASVI sulla spinta del *International Council of Nurses* (ICN) che già dal 1973 indicò un cambiamento di rotta, attribuendo agli infermieri la responsabilità primaria dell'assistenza infermieristica.

Con il profilo professionale (D. M. 739/94) e i piani di studio esso forma lo sgabello su cui poggia la professione infermieristica.

La centralità dell'assistito è costantemente ribadita, così come le responsabilità del professionista verso la professione, tutti i professionisti, le istituzioni e le norme generali.

Il codice deontologico è quindi un corpo di regole che i professionisti si autoimpongono rispetto ai doveri professionali.

Non sostituisce la legge, che regola i comportamenti dei cittadini, o l'etica, che regola i comportamenti dell'uomo, ma rappresenta una guida per affrontare situazioni cliniche problematiche, non come un mansionario, ma come un punto di riferimento per tutti i fattori che rendono l'assistenza infermieristica non standardizzabile e quindi complessa.

È inoltre uno strumento per far crescere i professionisti, per stimolarne il confronto e la riflessione etica e per chiarirne l'identità di gruppo.

Il Codice Deontologico degli infermieri è sostenuto da Principi Etici guida quali l'Autonomia; questa è intesa come rispetto della coscienza individuale e delle scelte che la persona compie, non come uno stato banale individualistico, ma come un valore morale primario avvertito nella volontà che si esercita con convinzione, in coerenza con i propri principi e con la verità a cui si crede.

Il principio di Beneficenza non Maleficenza: in esso il fine dell'azione morale è conseguire il bene e prevenire il male e si riferisce ai benefici potenziali che la persona si attende e l'astensione dal peggiorare la situazione.

Il principio di Giustizia che afferma che tutte le persone hanno un obbligo morale di agire in modo giusto ed equo verso gli altri e sottintende il diritto

delle persone malate ad un trattamento imparziale ed alla riservatezza. (Fry, Johnston 2004)

Dall'analisi del *Code of Ethic for Nurses* americano e da una approfondita revisione della letteratura, partendo dagli anni '70, le autrici hanno estrapolato otto fattori descriventi i comportamenti etici degli infermieri.

Di seguito, nel presentare i vari fattori e le relative affermazioni, si proporrà anche la comparazione col codice deontologico italiano del 2009 allo scopo di valutare la possibile somministrazione del questionario anche nella nostra realtà.

Il fattore 1 è stato nominato *Caregiving* (Assistenza): in queste affermazioni l'infermiere era descritto come fornitore di assistenza, colui cioè che si adopera perché il proprio operato sia sempre all'altezza e per fornire un servizio di alta qualità, utilizzando linee guida, occupandosi della formazione sul campo degli studenti e aggiornandosi il tutto per fornire un'assistenza personalizzata e professionale. Queste affermazioni sono contenute nei punti 2, 4, 7, 8, 11, 12, 15, 18 del nostro Codice Deontologico.

Il fattore 2 è stato nominato *Activism* (Attivismo): in queste affermazioni vengono enfatizzate le forze esterne attraverso cui l'infermiere può influenzare la professione e di conseguenza influenzare l'assistenza alla

persona impegnandosi in prima persona nella salute pubblica, nelle associazioni e proteggendo i diritti dei malati.

Il Codice Deontologico italiano riporta nei punti 6,10, 14, 25, 26, 32 i riferimenti a questo fattore.

Il fattore 3 è stato etichettato *Accountability* (Responsabilità): in queste affermazioni è descritta la responsabilità per la delega attribuita dalle persone malate al personale infermieristico nella cura della propria salute attraverso la progressione della professione, il soddisfacimento delle esigenze di salute anche di persone di cultura diversa e senza pregiudizi.

I punti 3, 4, 5, 6, 8, 9, 13, 15, 33 del Codice Italiano contengono le affermazioni citate.

Il fattore 4 è stato chiamato *Integrity* (Integrità) e riguarda il tenere alti i principi morali e legali facendo il possibile per garantire il rapporto di fiducia con le persone assistite ed utilizzando la consulenza per rendere l'assistenza completa.

Questo fattore è ben rappresentato nei punti 2, 4, 5, 8, 14, 16, 23, 24, 25, 41 del Codice Deontologico.

Il fattore 5 è stato chiamato *Trust* (Fedeltà): questo fattore rispecchia gli emblemi di professionalità rivolti alla fedeltà dell'infermiere verso l'assistito e

la professione attraverso la salvaguardia della *privacy* e garantendo il rapporto di fiducia con le persone assistite.

Per questo fattore il codice prevede specificazioni nei punti 21, 24, 25, 26, 28, 43, 44, 45, 46, 49, 50, 51.

Il fattore 6 è stato chiamato *Freedom* (Libertà): questa affermazione è basata sul paziente e sulla sua identità personale, 17, 20, 21, 24, 25, 30, 46 sono gli articoli del Codice Deontologico Italiano a contenere le informazioni legate a questo fattore.

Nella realtà italiana questo fattore trova poca corrispondenza se preso in considerazione da solo, mentre se assimilato al fattore cinque *Trust* risulterebbe più coerente con la formazione infermieristica italiana dando vita ad un unico fattore denominato Fedeltà e Tutela della Privacy. Verrà comunque mantenuta la formulazione originale per non inficiare il risultato finale in modo da poter effettuare una comparazione dei dati con quelli forniti dalle autrici.

Il Fattore 7 è stato chiamato *Safety* (Sicurezza): questo fattore è focalizzato sul benessere individuale e pubblico.

Agendo come *advocate* del paziente l'infermiere si impegna a salvaguardare le persone e loro il diritto alla *privacy* del paziente.

Nei punti 6, 11, 22, 29, 48, 49 del Codice Deontologico italiano se ne fa chiaro riferimento.

Il fattore 8 è stato chiamato *Knowledge* (Conoscenza) e riguarda il corpo di conoscenze ritenute indispensabili per il professionista infermiere; si ritrova negli articoli 11, 12, 15, 22.

Anche in questo caso il fattore 8 potrebbe essere assimilato al fattore 3, *Accountability*, poiché conoscenza e responsabilità sono strettamente legati.

Verrà mantenuto l'ordine originale come commentato per i fattori 5 e 6.

6.1 Traduzione e validazione dello strumento

Il questionario è stato richiesto alle colleghe americane tramite mail nella quale si specificava l'interesse per lo strumento da loro creato e la volontà di utilizzarlo (allegato 2)

Le autrici hanno risposto con interesse per il lavoro che si intendeva svolgere accordando il permesso alla traduzione (allegato 3) ed all'utilizzo dello strumento (allegato 4).

Il questionario così formulato è stato inviato al centro NITp tramite mail ed accompagnato da una lettera di presentazione.

La lettera iniziava con una presentazione nella quale, oltre alle generalità dell'autore di questo lavoro, veniva spiegato il motivo di interesse per l'argomento donazione e trapianto e per gli infermieri di coordinamento che se ne occupano.

Venne inoltre specificato come fosse proprio questo interesse a portare alla decisione di approfondire l'argomento nella tesi per la Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

Venne chiesta la collaborazione per rispondere ad un questionario, il *Nurses Professional Values Scale-R* © (NPVS), (allegato 5) creato da due

professoresse infermiere americane e atto a testare la “sensibilità” etica nel personale infermieristico.

Fu enfatizzato il fatto di aver dato alla tesi un taglio etico, poiché si ritenne che questo fosse il valore aggiunto della professione in quanto tale e in particolare per gli Infermieri di Coordinamento nei trapianti.

Fu inoltre specificato come la risposta fosse importante in quanto dato e che in etica non esistono risposte giuste o sbagliate, né migliori o peggiori, e che inoltre lo scopo del questionario è quello di avere dei dati che mostrino in quali aspetti deontologici si è più interessati e sensibili.

Si fornirono informazioni sul metodo di somministrazione del questionario e indicate le modalità per evidenziare le risposte scelte, precisando che il questionario ha una scala qualitativa che va da A ad E che attribuisce un valore ad ogni affermazione.

Al termine si chiese di inviare all’indirizzo mail dello scrivente il questionario, assicurando che si provvederà a scaricarlo attribuendo un numero e a cancellare immediatamente la mail di accompagnamento così da garantire l’anonimato.

La lettera terminò con i ringraziamenti per i colleghi per l’indispensabile aiuto fornito e soprattutto per l’incredibile quanto essenziale lavoro che svolgono

quotidianamente.

I questionari hanno iniziato a giungere all'indirizzo di posta elettronica già il giorno successivo l'invio avvenuto a partire dal 1° febbraio 2008.

Dopo quindici giorni tutti i ventotto questionari inviati sono pervennero compilati.

Si provvede a creare una cartella apposita per i questionari, i dati inseriti in una pagina di Excel che è poi stata inviata alla biostatista del NITp Torelli Rosanna per l'elaborazione secondo le indicazioni delle autrici americane.

Elaborazione dei dati

I dati raccolti sono poi stati inviati all'Ufficio Gestione e Analisi dei dati del NITp che ha provveduto ad analizzarli tramite il programma **SAS** versione **9.1**.

Lo scopo dell'analisi fattoriale è quello di identificare alcuni fattori in grado di spiegare le correlazioni tra le variabili osservate.

I fattori comuni considerati sono quelli con autovalori > 1 .

Stando anche al criterio di selezione dei fattori che considera la varianza cumulativa spiegata, possiamo ritenerlo soddisfatto dato che raggiunge l'80% circa della varianza totale.

Per renderli maggiormente interpretabili si è proceduto alla rotazione (degli assi) varimax che permette di identificare con più sicurezza gli item di ogni fattore.

I risultati ottenuti sono riportati nella tabella 4.

I risultati

Weis e Shanc (2001) nella somministrazione del loro questionario trovano i risultati espressi nella tabella 3.

Tab. 3 risultati dell'analisi dei fattori esplorati dal (NPVS® n° 599)					
Fattori	n° degli <i>Items</i>	Alpha di <i>Cronbac</i>	Fattori caricati (<i>loadings</i>)	Autovalori (<i>EigenValues</i>)	% Varianza Explained
Careginig, Assistenza	10	.90	.51-.81	13.80	31.4
Activism, Attivismo	7	.80	.51-.74	4.42	10.1
Accountability, Responsibilità	2	.46	.52-.59	1.51	3.4
<i>Integrity</i> , Integrità	1	*	.70*	1.40	3.2
<i>Trust</i> , Verità	2	.47	.62-.63	1.33	3.0
<i>Freedom</i> , Libertà	1	*	.60*	1.15	2.6
<i>Safety</i> , Sicurezza	2	.62	.51-.64	1.09	2.5
<i>Knowledge</i> , Conoscenza	1	*	.83*	1.02	2.6
* 1- <i>Item Factor</i>					

Le autrici commentano affermando che uno dei maggiori rilievi è che il fattore *Caregiving* ammontava per la maggior parte della varianza nei valori professionali (31.4%). Questo rilievo conferma l'importanza attribuita al ruolo assistenziale degli infermieri.

L'immagine storica e tradizionale degli infermieri è stata quella di "braccio" (parte pratica) dell'assistenza.

Molta della letteratura sull'assistenza e sul ruolo degli infermieri come addetti all'assistenza corrobora questi rilevamenti (Watson, 1979; Benner & Wrubel, 1989; Bevis & Watson, 1989; Manthey, 1989; Shank & Weis, 1989; Kurtz & Warry, 1991).

Secondo Silva (1984) i primi sei articoli del *Code of Ethic for Nurses* ANA si riferiscono alla responsabilità degli infermieri nei confronti dei pazienti.

Sebbene *Attivism* fosse in modo considerevole meno importante come fattore nell'ammontare della varianza (10,1%), è una componente cruciale (critica) per la professione.

Una ragione per spiegare questo risultato può essere la percezione degli infermieri che credono che l'attivismo distolga dall'assistenza sanitaria.

Gli infermieri possono vedere l'attivismo all'interno dello scopo delle organizzazioni sanitarie piuttosto che come del singolo infermiere.

Solo negli ultimi anni la professione è divenuta visibilmente coinvolta nelle strategie pubbliche e nelle attività politiche. I restanti sei fattori presentavano piccole percentuali della varianza (dal 3,4% al 2,3%) e in ogni caso sono stati mantenuti dalle autrici in quanto di rilevanza concettuale per i valori

professionali nell'assistenza infermieristica. I risultati del questionario distribuito in Italia hanno risentito del fatto che il campione è significativamente inferiore rispetto a quello americano, ma sono stati comunque estrapolati dati rilevanti grazie all'analisi statistica effettuata con il sistema SAS 9.1 e rotazione Varimax, come dimostrato dal superamento del valore di 1 di tutti gli autovalori. Questi fattori spiegano circa l'81% della varianza totale; questo dato è mostrato nella tabella 4. *L'alpha di Cronbach* indica la consistenza interna dei fattori, quando è > di 0.7 mostra una correlazione forte tra le affermazioni.

Questo conferma che gli item scelti per spiegare ogni fattore sono coerenti.

Tab. 4 risultati dell'analisi dei fattori esplorati dal (NPVS® n° 28)					
Fattori	n° degli Items	Alpha di Cronbac	Fattori caricati (loadings)	Autovalori (EigenValues)	% Varianza Explained
<i>Activism, Attivismo</i>	7	0.91	0.50-0.88	9,36	36,0%
<i>Caregiving, Assistenza</i>	6	0.86	0.47-0.92	3,33	12,8%
<i>Accountability, Responsabilità</i>	5	0.85	0.59-0.78	2,36	9,1%
<i>Integrity, Integrità</i>	2	0.68	0.63-0.78	1,98	7,6%
Trust, Verità	3	0.65	0.46-0.85	1,53	5,9%
<i>Freedom, Libertà</i>	1	-	0.93	1,34	5,2%
<i>Safety, Sicurezza</i>	2	0.43	0.48-0.85	1,21	4,7%
<i>Knowledge, Conoscenza</i>	0	-	-	0	0
* 1- Item Factor					

Le affermazioni trovano quindi riscontro con i fattori in maniera diversa da quanto emerso dalle autrici americane per i motivi già citati; ne risulta perciò l'abbinamento descritto di seguito.

Il fattore 1 *Activism* (Attivismo), 7 items.

In queste affermazioni vengono enfatizzate le forze esterne attraverso cui l'infermiere può influenzare la professione e di conseguenza influenzare l'assistenza alla persona.

Gli esempi includono "Proteggere e promuovere la salute pubblica", "Riconoscere il ruolo delle associazioni infermieristiche nella formazione della politica sanitaria", "Mantenere la competenza nell'area di attività pratica", "Confrontarsi con i colleghi la cui assistenza è inappropriata", "Proteggere i diritti dei partecipanti alla ricerca" e "Partecipare alle attività delle associazioni professionali".

Al fattore 2 *Caregiving* (Assistenza) sono stato abbinati 6 items (affermazioni).

In queste l'infermiere era descritto come fornitore di assistenza, ad esempio: "Mantenere costante l'autovalutazione nel proprio operato", "Stabilire standard e linee guida per la pratica infermieristica", "Promuovere e mantenere standard per le attività di apprendimento previste per gli studenti", "Promuovere iniziative per migliorare l'ambiente di lavoro",

“Aggiornarsi per migliorare le conoscenze e le abilità”, “Garantire la competenza e l’esercizio della responsabilità nel proprio agire”.

Il fattore 3 *Accountability* (Responsabilità) 5 *items*.

In queste affermazioni è descritta la responsabilità per la delega, specificatamente “Far progredire la professione attraverso la partecipazione attiva a iniziative riferite alla salute”, “Promuovere un equo accesso alle cure”, “Assumersi la responsabilità di soddisfare le esigenze di salute della popolazione di cultura diversa”, “Rifiutare di partecipare alle cure che vanno contro i valori etici della professione, “Fornire assistenza senza pregiudizio a persone con stili di vita diversi”.

Il fattore 4 *Integrity* (Integrità) 2 *items* e riguarda il tenere alti i principi morali e legali.

L’affermazione è “Richiedere consulenza e/o collaborazione di altri professionisti per assistere la persona”, “Garantire il rapporto di fiducia e rispetto della persona assistita”.

Il fattore 5 *Trust* (Fedeltà) 2 *items*.

Questo fattore rispecchiava gli emblemi di professionalità rivolti alla fedeltà dell’infermiere verso l’assistito e la professione, ad esempio: “Garantire il rapporto di fiducia e rispetto della persona assistita” e “Salvaguardare il

diritto alla privacy del paziente”.

Il fattore 6 *Freedom* (Libertà) 3 *item*.

Questa affermazione è basata sul paziente, specificatamente “Partecipare alla revisione tra pari”, “Partecipare alle decisioni di allocazione delle risorse in sanità pubblica”, “Partecipare alla ricerca infermieristica e/o utilizzare i risultati della ricerca nella pratica”.

Il Fattore 7 *Safety* (Sicurezza) 2 *items*.

Questo fattore è focalizzato sul benessere individuale e pubblico.

Le affermazioni includono “Agire come *advocate* del paziente” e “Salvaguardare il diritto alla privacy del paziente”.

Il fattore 8 è stato chiamato *Knowledge* (Conoscenza) 0 *item* e riguarda il corpo di conoscenze ritenute indispensabili per il professionista infermiere.

7. NPVS® la sensibilità etica dell'infermiere agente morale italiano

Per l'elaborazione della presente tesi si è quindi pensato di utilizzare questo strumento al fine di testare la sensibilità etica degli infermieri italiani selezionando un campione rappresentativo attraverso una strategia di campionamento randomizzato e stratificato, si è inoltre deciso di ridistribuire alcuni *items* all'interno dei fattori identificati poiché più rappresentativi della situazione professionale attuale in Italia, ne risulta quanto segue.

Il fattore 1 *Activism* (Attivismo), 6 *items*, raccolte nelle domande: 3, 11, 15, 22, 23, 26 del questionario.

In queste affermazioni vengono enfatizzate le forze esterne attraverso cui l'infermiere può influenzare la professione e di conseguenza influenzare l'assistenza alla persona.

Gli esempi includono "Proteggere e promuovere la salute pubblica", "Riconoscere il ruolo delle associazioni infermieristiche nella formazione della politica sanitaria", "Mantenere la competenza nell'area di attività pratica", "Confrontarsi con i colleghi la cui assistenza è inappropriata", "Proteggere i diritti dei partecipanti alla ricerca" e "Partecipare alle attività delle associazioni professionali".

Al fattore 2 *Caregiving* (Assistenza) sono stato abbinati 3 *items* (affermazioni), compresi nelle domande 8, 9, 14 del questionario.

In queste l'infermiere era descritto come fornitore di assistenza, ad esempio: "Promuovere iniziative per migliorare l'ambiente di lavoro", "Aggiornarsi per migliorare le conoscenze e le abilità", "Garantire la competenza e l'esercizio della responsabilità nel proprio agire".

Il fattore 3 *Accountability* (Responsabilità) 5 *items*, corrispondenti alle domande 10, 12, 13, 17, 20.

In queste affermazioni è descritta la responsabilità per la delega, specificatamente "Far progredire la professione attraverso la partecipazione attiva a iniziative riferite alla salute", "Promuovere un equo accesso alle cure", "Assumersi la responsabilità di soddisfare le esigenze di salute della popolazione di cultura diversa", "Rifiutare di partecipare alle cure che vanno contro i valori etici della professione, "Fornire assistenza senza pregiudizio a persone con stili di vita diversi".

Il fattore 4 *Integrity* (Integrità) 2 *items* e riguarda il tenere alti i principi morali e legali, espressi nelle domande 2 e 24 del questionario somministrato.

L'affermazione è "Richiedere consulenza e/o collaborazione di altri professionisti per assistere la persona", "Garantire il rapporto di fiducia e

rispetto della persona assistita”.

Il fattore 5 *Trust* (Fedeltà) 2 *items*, rappresentato nelle domande 21 e 25.

Questo fattore rispecchiava gli emblemi di professionalità rivolti alla fedeltà dell’infermiere verso l’assistito e la professione, ad esempio: “Garantire il rapporto di fiducia e rispetto della persona assistita” e “Salvaguardare il diritto alla privacy del paziente”.

Il fattore 6 *Freedom* (Libertà) 2 *item*, rappresentati nelle domande 4 e 19.

Questa affermazione è basata sul paziente, specificatamente “Partecipare alle decisioni di allocazione delle risorse in sanità pubblica”, “Partecipare alla ricerca infermieristica e/o utilizzare i risultati della ricerca nella pratica”.

Il Fattore 7 *Safety* (Sicurezza) 3 *items*, presente nelle domande 16, 18.

Questo fattore è focalizzato sul benessere individuale e pubblico.

Le affermazioni includono “Agire come *advocate* del paziente” e “Salvaguardare il diritto alla privacy del paziente”, “mantenere la riservatezza del paziente”.

Il fattore 8 è stato chiamato *Knowledge* (Conoscenza) 4 *item* e riguarda il corpo di conoscenze ritenute indispensabili per il professionista infermiere, contenute nelle domande 1, 5, 6, 7.

Le affermazioni includono “Mantenere costante l’autovalutazione nel proprio

operato”, “Partecipare alla revisione tra pari”, “Stabilire standard e linee guida per la pratica infermieristica”, “Promuovere e mantenere standard per le attività di apprendimento previste per gli studenti”. Nella tabella 5 sono rappresentate le correlazioni tra i fattori e le domande le NPVS®

Tab 5 fattori e domande NPVS®	
Fattori	Domande NPVS®
Attivismo	3, 11, 15, 22, 23, 26
Assistenza	8, 9, 14
Responsabilità	10, 12, 13, 17, 20
Integrità	2, 24
Fedeltà	21, 25
Libertà	4, 19
Sicurezza	16, 18
Conoscenza	1, 5, 6, 7

È stata inviata una mail ai 102 Ordini delle Professioni Infermieristiche italiani con la richiesta di selezionare casualmente dai loro elenchi almeno 3 infermieri con iscrizione all’albo in anni differenti, dai trenta ai vent’anni, dai diciannove ai dieci e dai nove ad oggi così da tenere conto di formazione ed esperienza in modo ampio e rappresentativo, dato il grande interesse suscitato dalla divulgazione e viste le numerose richieste di partecipare allo studio si è pensato di ampliare il campione effettuando un campionamento di convenienza attraverso i siti degli ordini professionali, delle associazioni di categoria e i social network, raggiungendo così 980 contributi.

8 Materiali e metodi

L'analisi statistica è stata eseguita con l'indispensabile aiuto del Dott. Maurizio Zarcone

Unità Operativa Complessa di Epidemiologia Clinica con Registro Tumori, Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "Paolo Giaccone", Palermo, Italy.

Registro Tumori di Palermo e Provincia, Università degli Studi di Palermo, Palermo, Italy.

Il test NPVS® italiano somministrato a n. 980 infermieri italiani è costituito da 26 item raggruppati in 8 fattori. Ciascun item è misurato tramite una scala di Likert con valori espressi da 1 a 5 (da "Non Importante" a "molto importante"), quindi il punteggio di ciascun test (completo) poteva variare da 26 a 130.

I punteggi degli item, sia singolarmente che raggruppati nei fattori individuati dallo studio americano, sono stati descritti tramite la media aritmetica semplice, la deviazione standard (sd), la mediana (il valore che divide a metà la distribuzione dei dati) e i valori estremi (punteggio minimo e massimo di ciascun item).

La coerenza interna (reliability) del test NPVS® italiano somministrato è stata valutata tramite *l'alpha di Cronbach* sia globalmente che sulle scale di misurazione costituite dagli 8 fattori.

Per identificare gli item riferibili a ciascuno degli 8 fattori latenti (detti fattori comuni) e determinare quanta variabilità dei dati osservati riescano ad assorbire questi ultimi, è stata effettuata un'Analisi Fattoriale Esplorativa

(AFE), secondo le seguenti scelte metodologiche:

- Metodo di estrazione dei fattori: Fattorizzazione dell'asse principale.
- Numero di fattori: 8 fattori comuni latenti, così come definiti nello studio americano (e considerati a prescindere dall'autovalore espresso).
- Rotazione dei fattori: metodo Varimax.

Tutte le analisi statistiche sono state realizzate mediante l'ausilio del software IDE (Integrated Development Environment) RStudio [R1] (versione 1.1.383) come interfaccia grafica per il software statistico R [R2] (versione 3.4.3) e ricorrendo alle seguenti librerie: "psych" [R3] (per l'analisi fattoriale esplorativa), "ggplot2" [R4] (per i grafici).

R1: RStudio Team (2016). RStudio: Integrated Development for R. RStudio, Inc., Boston, MA. URL: <http://www.rstudio.com/>.

R2: R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL: <https://www.R-project.org/>.

R3: Revelle, W. (2017) psych: Procedures for Personality and Psychological Research, Northwestern University, Evanston, Illinois, USA. URL: <https://CRAN.R-project.org/package=psych> Version 1.7.8.

R4: H. Wickham. ggplot2: Elegant Graphics for Data Analysis. Springer-Verlag New York, 2009.

8.1 Risultati

La tabella 6 riporta, oltre alle statistiche descrittive (media aritmetica, sd, mediana e i valori minimo e massimo dei punteggi assegnati), la distribuzione delle frequenze relative (esprese in percentuale) dei singoli punteggi della scala di *Likert* usata.

Tabella 6. Descrizione dei punteggi degli item e frequenze relative percentuali (%) delle risposte.

	media	sd	mediana	min	max	Risposte (frequenza %)				
						1	2	3	4	5
i03Att	4.71	0.55	5	2	5	0.00	0.71	2.96	20.51	75.82
i11Att	4.36	0.81	5	1	5	0.31	2.14	12.65	30.71	54.18
i15Att	4.73	0.51	5	2	5	0.00	0.20	2.45	21.84	75.51
i22Att	4.59	0.65	5	1	5	0.31	0.51	5.71	26.53	66.94
i23Att	4.45	0.70	5	2	5	0.00	0.71	9.80	33.16	56.33
i26Att	3.98	0.95	4	1	5	0.92	6.12	22.24	35.20	35.51
i08Ass	4.70	0.51	5	2	5	0.00	0.10	2.45	24.39	73.06
i09Ass	4.86	0.38	5	3	5	0.00	0.00	1.12	11.84	87.04
i14Ass	4.78	0.46	5	2	5	0.00	0.10	1.63	18.67	79.59
i10Res	4.52	0.67	5	1	5	0.20	0.41	7.55	31.33	60.51
i12Res	4.67	0.61	5	1	5	0.10	1.02	3.88	21.63	73.37
i13Res	4.31	0.82	4	1	5	0.61	2.45	11.63	35.82	49.49
i17Res	4.53	0.71	5	1	5	0.31	0.82	8.78	25.51	64.59
i20Res	4.61	0.64	5	1	5	0.20	0.82	5.10	25.41	68.47
i02Int	4.66	0.54	5	2	5	0.00	0.31	2.55	27.55	69.59
i24Int	4.81	0.45	5	1	5	0.10	0.00	1.73	15.31	82.86
i21Fed	4.75	0.51	5	2	5	0.00	0.20	2.86	18.78	78.16
i25Fed	4.81	0.44	5	3	5	0.00	0.00	1.73	15.71	82.55
i04Lib	4.35	0.80	5	1	5	0.31	1.94	12.86	32.04	52.86
i19Lib	4.52	0.68	5	1	5	0.10	1.02	7.24	30.51	61.12
i16Sic	4.72	0.51	5	3	5	0.00	0.00	2.65	23.06	74.29
i18Sic	4.61	0.60	5	2	5	0.00	0.41	4.90	28.16	66.53
i01Con	4.68	0.53	5	2	5	0.00	0.10	2.96	25.92	71.02
i05Con	4.42	0.71	5	1	5	0.10	0.82	9.90	35.20	53.98
i06Con	4.76	0.48	5	3	5	0.00	0.00	2.35	19.59	78.06
i07Con	4.60	0.62	5	2	5	0.00	0.51	5.41	27.76	66.33

Dalla tabella 7 si evincono le caratteristiche dei punteggi degli 8 fattori, oltre ai rispettivi coefficienti *alpha* e più specificatamente: il numero di item che raggruppano, la media e la sd.

Tabella 7. Descrizione dei punteggi fattoriali e valutazione della coerenza interna (reliability) tramite il coefficiente alpha di Cronbach.

	n. of items	mean	sd	alpha
Activism	6	4.47	0.76	0.73
Caregiving	3	4.78	0.46	0.55
Accountabil- ity	5	4.53	0.71	0.71
Integrity	2	4.74	0.50	0.34
Trust	2	4.78	0.47	0.79
Freedom	2	4.43	0.75	0.50
Safety	2	4.66	0.56	0.60
Knowledge	4	4.61	0.60	0.63
TOTAL	26	4.60	0.65	0.91

Nella tabella 8 sono stati riportati i fattori comuni individuati (etichettati con il criterio illustrato nell'Appendice A) con il numero di item ad essi maggiormente associati (saturazione più alta), la percentuale di varianza spiegata ed i rispettivi autovalori.

Tabella 8. Risultati principali dell'AFE con 8 fattori e rotazione Varimax.

Fattori	Numero di item	Saturazioni	% di varianza spiegata	Autovalori
Attivismo*	8	.36 - .69	10.5	2.73
Fedeltà	3	.45 - .78	8.0	2.08
Conoscenza	4	.41 - .60	6.0	1.57
Responsabilità	3	.48 - .68	5.9	1.53
Assistenza	2	.54 - .71	5.6	1.45
Sicurezza	3	.38 - .51	5.2	1.35
Integrità	2	.39 - .49	3.1	.81
Libertà	1	.39	2.0	.53

* l'item 22 ha raggiunto una saturazione massima dello 0.30 per il fattore Attivismo nel quale è stato incluso (vedi Appendice A).

Factor Analysis

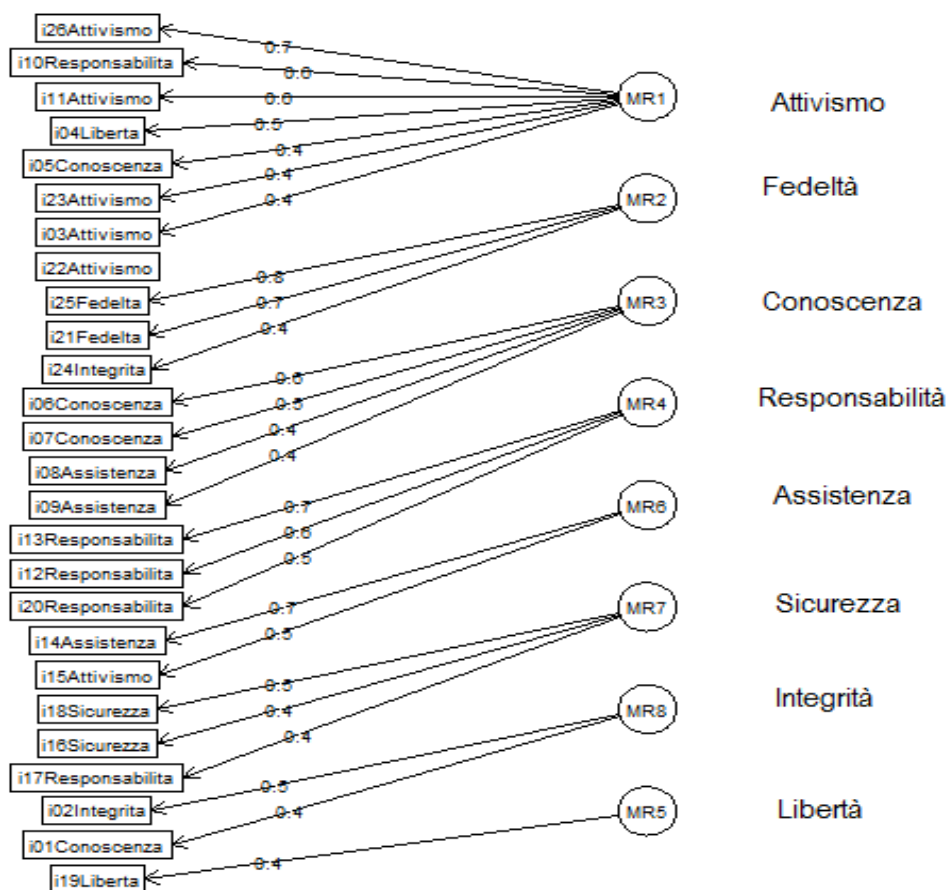


Figura 1. Grafico riassuntivo dell'Analisi Fattoriale Esplorativa.

La figura 1 mostra sinteticamente i risultati dell'AFE, nella quale possono facilmente essere rintracciati gli item di partenza (identificati dal numero e dal nome del fattore a cui appartenevano) in base alla saturazione (indicata sulle frecce di collegamento) più elevata rispetto ai fattori comuni identificati (vedi

Appendice

A)

8.2 Commenti

In questa ricerca è stato raggiunto un ottimo rapporto (pari a 37.7) tra soggetti intervistati (980) e item (26).

Grazie al metodo CAWI (Computer Assisted Web Interview), ovvero la tecnica adottata per la somministrazione del test, in nessuno dei 980 questionari (compilati on-line dai partecipanti) sono stati registrati dati mancanti.

La tabella 6 mostra che il campione intervistato ha dato punteggi prevalentemente alti, come evidenziato sia dai punteggi medi e mediani che dalla distribuzione delle frequenze delle 5 risposte possibili per ciascun item. Più specificatamente la risposta 5 (“molto importante”) rappresenta la moda (la modalità con la frequenza più alta) per tutti i 26 item, con valori che variano dal 35.5% delle risposte per l’item 26 al 87% per l’item 9.

La coerenza interna globale (tabella 7) mostra un elevato alpha di Cronbach (pari a 0.91), sebbene minore di quello raggiunto dallo studio americano (0.94). L’alpha delle singole scale adottate (costituite dai fattori di partenza) varia tra 0.34 per il fattore “Integrità” e 0.79 per quello della “Fedeltà”.

Applicando l’AFE “americana” ai dati del campione italiano, ovvero seguendo

le scelte metodologiche dello studio americano, si raggiunge una varianza spiegata dal modello, schematizzato in figura 2, del 46.4% (tabella 6) contro il 58% dello studio americano.

8.3 Conclusioni

Questo studio rappresenta uno dei più ampi studi italiani ed europei dell'applicazione dello strumento di misura NPVS®. Sebbene in questa analisi il campionamento soffra della mancanza di informazioni su variabili che potrebbero rivestire un ruolo cruciale (come, ad esempio: genere, ruolo professionale, anni di esperienza ecc), l'ottimo rapporto tra numerosità campionaria e il numero di variabili e la casualità nella scelta dei partecipanti, supporta la solidità dei risultati dell'analisi. Infine, si ritiene importante incoraggiare l'uso di questo strumento per valutare l'aderenza al comportamento etico e morale anche in altri ambiti ospedalieri e non.

Appendice A

Nella tabella 9 vengono mostrate le saturazioni riordinate per fattore (vengono riportate quelle con un valore minimo assoluto di 0.36) che consente di identificare facilmente i fattori per tutti gli item di partenza. Inoltre, nella

stessa tabella sono riportate la comunalità (h^2) e l'unicità (u^2) relativi a ciascun item. Le saturazioni maggiori di 0.36 (in valore assoluto) sono tutte di segno positivo. L'item 22 è stato assegnato al fattore principale (PA1), poiché in corrispondenza di questo l'item stesso raggiunge la sua massima saturazione (in tabella 9 vengono riportate tutte le saturazioni in corsivo per l'item 22).

Tabella 9. Saturazioni (>0.36), comunalità (h^2) ed unicità (u^2) degli item ordinate per fattore (PA_).

	PA1	PA2	PA3	PA4	PA6	PA7	PA8	PA5	h^2	u^2
i26Attivismo	0.69								0.39	0.61
i10Responsabilita	0.60								0.47	0.53
i11Attivismo	0.55								0.62	0.38
i04Liberta	0.50								0.62	0.38
i05Conoscenza	0.43								0.63	0.37
i23Attivismo	0.41								0.39	0.61
i03Attivismo	0.36								0.65	0.35
i22Attivismo*	<i>0.30</i>	<i>0.26</i>	<i>0.09</i>	<i>0.07</i>	<i>0.25</i>	<i>0.19</i>	<i>0.10</i>	<i>0.09</i>	0.71	0.29
i25Fedelta		0.78							0.29	0.71
i21Fedelta		0.69							0.39	0.61
i24Integrita		0.45							0.55	0.45
i06Conoscenza			0.60						0.52	0.48
i07Conoscenza			0.55						0.51	0.49
i08Assistenza			0.42						0.61	0.39
i09Assistenza			0.41						0.67	0.33
i13Responsabilita				0.68					0.34	0.66
i12Responsabilita				0.56					0.49	0.51
i20Responsabilita				0.48					0.45	0.55
i14Assistenza					0.71				0.34	0.66
i15Attivismo					0.54				0.56	0.44
i18Sicurezza						0.51			0.56	0.44
i16Sicurezza						0.39			0.55	0.45
i17Responsabilita						0.38			0.79	0.21
i02Integrita							0.46		0.66	0.34
i01Conoscenza							0.39		0.70	0.30
i19Liberta								0.39	0.47	0.53

Le etichette assegnate ai fattori trovati (figura 1e tabella 8) sono state attribuite in base all'item con saturazione più elevata.

Conclusioni

È indubbio che nell'agire quotidiano si possano incontrare difficoltà nell'identificare una valenza etica delle azioni assistenziali che si compiono, legata sia ad aspetti organizzativi, ma soprattutto ad una percezione della propria responsabilità professionale morale non sempre consapevole.

La riflessione svolta ha evidenziato, durante l'iniziale revisione della letteratura, come tutte le correnti filosofiche analizzate abbiano riconosciuto una coscienza morale comune che unisse l'uomo al tempo e alla società in cui vive. È stato quindi possibile rispondere alla domanda iniziale: *la sensibilità etica degli infermieri italiani oggi è coerente con la definizione di infermiere agente morale della professione*, partendo dalla definizione di infermiere agente morale professionale.

Il principlismo di *Beauchamp e Childress* intende individuare i principi fondamentali cui la moralità comune fa appello nella discussione di casi problematici nell'area biomedica, pur non facendo riferimento ad una filosofia morale in particolare, e ne riconosce l'esistenza e l'indispensabilità.

Nell'etica delle virtù partendo da Aristotele e Hume, analizzata e modernizzata da filosofi contemporanei, Mordacci in particolare si apre ad

una «personalizzazione» delle virtù legate all'«essere umano» ed alle sue caratteristiche di uomo persona che interagisce con l'ambiente esterno, sociale ed interno e si modifica sulla base delle esperienze, emozioni e conoscenze, riconoscendo «all'agente morale» l'appartenenza al suo tempo. Agli enunciati morali della legge naturale è stato riconosciuto un carattere prescrittivo poiché sono intrinsecamente pratici; essi sono imperativi e indicano uno scopo dei beni come scopo per l'azione e non viceversa, arrivando ad affermare che l'etica della legge naturale ha un carattere deontologico: da queste affermazioni possiamo dedurre che per la legge naturale l'agire e ciò che ne consegue sono inscrivibili nell'uomo come fondamenti della morale comune.

Nell'etica del rispetto della persona, di kantiana ispirazione Mordacci, a dimostrazione di coerenza evidente anche con la morale cristiana, cita la seconda formulazione dell'imperativo categorico: «agisci in modo da considerare l'umanità, sia nella tua persona, sia nella persona di ogni altro, sempre anche al tempo stesso come scopo, e mai come semplice mezzo». Mordacci afferma quindi che il principio di rispetto delle persone sia un principio di per sé autoevidente, immediatamente noto, ma da sottoporre ad una accurata interpretazione e valutazione morale.

Se possiamo identificare una morale e una coscienza morale comune, possiamo presupporre la possibilità di sviluppare o acquisire una crescita della «morale professionale comune», alla cui partenza si trova la morale comune estendendosi poi alla professione con un'evoluzione che passa attraverso l'adesione ai valori professionali che i Codici Deontologici degli infermieri hanno evidenziato come identificativi della professione, così da traslare la seconda formulazione dell'imperativo categorico di Kant fino ad affermare che il professionista infermiere, attraverso i valori professionali, considera sé stesso professionista e agente morale professionale, il cui scopo è assistere, e la persona assistita come lo scopo del suo agire e non semplice mezzo.

La riflessione passa inevitabilmente alle azioni professionali morali le quali trovano il loro motivo di esistere solo se finalizzate a fornire risposta ai bisogni di assistenza infermieristica della persona, come evidenziato nel concetto di *caring* attraverso il patto di cura e il gesto di cura passando da quel fondamentale rapporto di fiducia che caratterizza il rapporto tra l'agente morale professionale e le persone assistite.

La tutela della salute e della sicurezza e dei valori delle persone assistite della famiglia e della comunità si esplicita nel concetto di *advocacy* eleggendo

l'agente morale quale *advocate* per le persone che assiste. Attraverso il concetto di *accountability* l'agente morale esprime la propria responsabilità in modo coerente, convinto e responsabile. Avendo l'agente morale professionale come obiettivo il bene della persona assistita, che rappresenta il fine del suo agire e non il mezzo delle sue azioni, egli ritrova nella cooperazione una modalità di risposta e di coinvolgimento con altri professionisti con cui condivide il fine e l'obiettivo. La compassione si è rivelata una virtù connaturata nell'essere e nell'agire dell'agente morale, virtù da cui trae motivazione ed energia e con la quale instaura un rapporto sincero e sentito con le persone.

È leggendo l'uomo come unico e completo che l'agente morale lo riconosce e lo afferma detentore di dignità cui dare un supporto professionale e umano, impegnato di morale ed eticità, oltre che di competenza e conoscenza, così l'infermiere si erige ad «agente morale professionale».

È l'infermiere agente che a questo punto può realmente tutelare la salute della persona facendo di questo mandato il compito fondamentale del proprio essere e agire; l'agente morale professionale è quindi totalmente inserito nella società e professione cui appartiene e ne rappresenta la cultura e il pensiero predominante, ma ha anche un inscindibile legame con i valori

professionali di riferimento cui deve rispondere per identificarsi e autodeterminarsi come professionista. L'assunzione di responsabilità si avrà, infatti, solo dopo che si è riconosciuta e resa consapevole l'inscindibile relazione tra le azioni svolte e capacità del professionista di rispondervi secondo «scienza e coscienza». Identificato l'agente morale si è quindi passati alla valutazione della sensibilità etica degli infermieri attraverso il questionario NPVS® e gli 8 fattori descritti al suo interno i quali, oltre a trovare corrispondenza anche con i valori espressi negli articoli del codice deontologico degli infermieri italiani, come descritto nel capitolo 7, rappresentano caratteristiche possedute dell'agente morale. Il fattore 1 *Caregiving* (Assistenza) caratterizza l'agente morale come fornitore di assistenza, colui cioè che si adopera perché il proprio operato sia sempre all'altezza e per fornire un servizio di alta qualità, utilizzando linee guida, occupandosi della formazione sul campo degli studenti e aggiornandosi, il tutto per fornire un'assistenza personalizzata e professionale. Il fattore 2 *Activism* (Attivismo) enfatizza le forze esterne attraverso cui l'agente morale può influenzare la professione e di conseguenza influenzare l'assistenza alla persona impegnandosi in prima persona nella salute pubblica, nelle associazioni e proteggendo i diritti dei malati rispettando anche il concetto di

advocacy. Il fattore 3 *Accountability* (Responsabilità) descrive la responsabilità per la delega attribuita dalle persone assistite all'agente morale nella cura della propria salute attraverso la progressione della professione, il soddisfacimento delle esigenze di salute anche di persone di cultura diversa e senza pregiudizi, rispettando il mandato del codice deontologico e il valore del rispetto e della dignità. Il fattore 4 *Integrity* (Integrità) identifica l'agente morale come colui che mantiene alti i principi morali, perfettamente coerente con la visione etica del professionista, e legali facendo il possibile per garantire il rapporto di fiducia con le persone assistite ed utilizzando la consulenza per rendere l'assistenza completa. Il fattore 5 *Trust* (Fedeltà) rispecchia gli emblemi di professionalità dell'agente morale rivolti alla fedeltà verso l'assistito e la professione, attraverso la salvaguardia della *privacy* e garantendo il rapporto di fiducia con le persone assistite. Il fattore 6 *Freedom* (Libertà) rappresenta la modalità con cui l'agente morale rispetta le persone assistite e la loro identità personale. Il Fattore 7 *Safety* (Sicurezza) focalizza l'attenzione dell'agente morale sul benessere individuale e pubblico riconoscendo l'apporto peculiare nella comunità. Il fattore 8 *Knowledge* (Conoscenza) e riguarda il corpo di conoscenze ritenute indispensabili per l'agente morale professionale affinché i suoi interventi siano efficienti, efficaci

ed appropriati.

Commenti ai risultati dell'analisi statistica del questionario

Tabella 8. Risultati principali dell'AFE con 8 fattori e rotazione Varimax.

Fattori	Numero di item	Saturazioni	% di varianza spiegata	Autovalori
Attivismo*	8	.36 - .69	10.5	2.73
Fedeltà	3	.45 - .78	8.0	2.08
Conoscenza	4	.41 - .60	6.0	1.57
Responsabilità	3	.48 - .68	5.9	1.53
Assistenza	2	.54 - .71	5.6	1.45
Sicurezza	3	.38 - .51	5.2	1.35
Integrità	2	.39 - .49	3.1	.81
Libertà	1	.39	2.0	.53

* l'item 22 ha raggiunto una saturazione massima dello 0.30 per il fattore Attivismo nel quale è stato incluso (vedi Appendice A).

Da quanto emerso e analizzato i fattori più rappresentati e quindi più rappresentativi del campione che ha partecipato vedono al primo posto il fattore 2 *Activism* (Attivismo) con una percentuale di varianza pari a 10,5% il professionista infermiere identifica le forze esterne attraverso cui, come agente morale, può influenzare la professione e di conseguenza influenzare l'assistenza alla persona impegnandosi in prima persona nella salute pubblica, nelle associazioni e proteggendo i diritti dei malati. Una lettura di politica professionale evidenzia come in un momento storico in cui la professione sta progredendo per adattarsi e rispondere ai cambiamenti demografici sociali e

di salute, anche attraverso le ultime leggi emanate quali la legge 8 marzo 2017 n.24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie” e la legge 11 gennaio 2018 n. 3 “Delega al Governo in materia di sperimentazione clinica di medicinali nonché disposizioni in materia di riordino delle professioni sanitarie e per la dirigenza sanitaria nel Ministero della Salute”. Appare fortemente sentito il mandato di tutelare la persona e la salute in ogni ambito professionale e a tutti i livelli assistenziali e non, come attraverso le associazioni, i sindacati, i movimenti professionali e gli Ordini.

Il fattore 5 *Trust* (Fedeltà) con una varianza pari all’8% si posiziona come secondo fattore rappresentativo dell’agente morale e rispecchia gli emblemi di professionalità dell’agente morale rivolti alla fedeltà verso l’assistito e la professione, attraverso la salvaguardia della *privacy* e garantendo il rapporto di fiducia con le persone assistite, con questo risultato l’infermiere agente conferma e che il patto di cura e il *caring* rappresentano un mandato imprescindibile nella presa in carico e nel rapporto con le persone assistite alle quali dedicarsi come professionista.

Il fattore 8 *Knowledge* (Conoscenza) con il 6% di varianza si colloca al terzo

posto, riguarda il corpo di conoscenze ritenute indispensabili per l'agente morale professionale affinché i suoi interventi siano efficienti, efficaci ed appropriati. Con questo fattore si delinea la sentita necessità di crescita professionale e intellettuale anche attraverso conoscenze utili a far fronte ai cambiamenti e alla indispensabile necessità dei professionisti di crescita culturale.

Il fattore 3 *Accountability* (Responsabilità) con il 5,9% di varianza è il quarto fattore e descrive la responsabilità per la delega attribuita dalle persone assistite all'agente morale nella cura della propria salute attraverso la progressione della professione, il soddisfacimento delle esigenze di salute anche di persone di cultura diversa e senza pregiudizi. Con questo fattore gli agenti morali infermieri italiani si identificano innanzitutto moralmente come responsabili all'interno del patto di cura e di presa in carico dei bisogni di salute dei cittadini rafforzando la forte valenza etica all'attivismo sopra descritto.

Il fattore 1 *Caregiving* (Assistenza) varianza 5,6% rappresentato al quinto posto descrive l'agente morale come fornitore di assistenza, colui cioè che si adopera affinché il proprio operato sia sempre all'altezza delle necessità delle persone assistite per fornire un servizio di alta qualità, utilizzando linee guida,

occupandosi della formazione sul campo degli studenti e aggiornandosi il tutto per fornire un'assistenza personalizzata e professionale. Interessantissimo che il mandato che sta alla base della professione sia mantenuto dall'agente morale tra i prioritari, *ad-sistere* stare accanto resta il *core* della professione e una scelta consapevole per l'agente così da non discostarsi dal suo mandato principale, semmai arricchendolo.

Al sesto posto si configura il Fattore 7 *Safety* (Sicurezza) varianza 5,2% e focalizza l'attenzione dell'agente morale sul benessere individuale e pubblico a conferma del sentito mandato etico, espresso anche nei codici deontologici, e negli studi internazionali che l'agente morale punta alla sicurezza assistenziale e clinica per le persone e la comunità.

Con una varianza del 3.1% il fattore 4 *Integrity* (Integrità) posizionato come settimo identifica l'agente morale come colui che mantiene alti i principi morali e legali facendo il possibile per garantire il rapporto di fiducia con le persone assistite ed utilizzando la consulenza per rendere l'assistenza completa, alla luce di quanto emerso con i fattori precedenti appare implicito questo fattore come integrato a tutti gli altri. All'ottavo posto con varianza 2% abbiamo il fattore 6 *Freedom* (Libertà) rappresenta la modalità con cui l'agente morale rispetta le persone assistite e la loro identità personale, il

posizionamento di questo fattore testimonia quanto sia entrato nel DNA dell'agente morale infermiere, come dimostrato nell'identificazione dei valori legati alla professione e quindi facenti parte di un bagaglio interiorizzato. Possiamo quindi rispondere alla domanda iniziale e affermare che l'infermiere è un agente morale della professione e che i risultati del questionario ne dettagliano il profilo di sensibilità etica attuale.

Bibliografia

- Benigni A. (2010). *Che cosa sono io. Il cervello alla ricerca di sé stesso*. Garzanti (Milano)
- Canadian Nurses Association (2008). *Code of Ethics for Registered Nurses*. <http://www.nurses.ab.ca/Carna-Admin/Uploads/CNA%20code%20of%20Ethics.pdf> consultato il 27/12/12
- Cantarelli M. (2003). *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. Milano: Masson
- Caprara G.V.-Scabini E-Steca P.- Schwartz S. (2011). *I valori nell'Italia contemporanea*. Franco Angeli (Milano)
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI (2009). *Codice Deontologico dell'Infermiere*
- Federazione Nazionale Ordine delle Professioni Infermieristiche (2009). Codice Deontologico degli Infermieri <http://www.ipasvi.it/norme-e-codici/deontologia/il-codice-deontologico.htm> (consultato il 18/01/08)
- Fry T.-Johnston M. (2004) *Etica per la professione infermieristica*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano.
- Galantino N. (2006). *Sulla via della persona....* Cinisello Balsamo (MI): Ed San Paolo
- Gilbert P. (2010). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. Milano: Franco Angeli Editore
- ICN (2012). *Codice Deontologico Consiglio Internazionale degli infermieri ICN*. Traduzione e curatela CNAI. Reperibile su www.cnai.info
- Larghero E.- Zeppego G. (2007). *Dalla Parte della Vita*. Torino:Ed Effatà

Manzoni E. (2004). *Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica*. Milano: Masson

Mordacci R. (2003). *Una introduzione alle teorie morali*. Milano: Feltrinelli

Nursing and Midwifery Board Australia (2008) Code of Ethics for Nurses in Australia <http://www.nursingmidwiferyboard.gov.au/Codes-Guidelines-Statements/Professional-standards.aspx>

Nursing And Midwifery Council (2015) The Code <https://www.nmc.org.uk/standards/code/read-the-code-online/>

Nursing Council of New Zealand (2008). Code of Ethics New Zealand Nurses Association <http://www.nursingcouncil.org.nz/Nurses/Code-of-Conduct>

Weis DM, Schank MJ, Matheus R. (2006) *The Process of Empowerment: a parish nurse perspective*. Journal of Holistic Nursing, Vol. 24, No. 1, 17-24

Weis DM, Schank MJ, Coenen A, Matheus R. (2002). *Parish nurse practice with client aggregates*. J Community Health Nurs. Summer;19(2):105-13.

Weis DM, Schank MJ, (2001) *Service and education share responsibility for nurses' Value Development*. Journal for Nurses in Staff Development - JNSD. 17(5):226-231

Weis DM., Schank M.J.. (2000). *Development & Psychometric Evaluation of the Revised Nurses Professional Values Scale (NPVS-R)*. Journal of Nursing Scholarship (J NURS SCHOLARSH), 32(2): 201-4 (47 ref)

Weis DM., Coenen A., Schank MJ., Matheus R. (1999). *Describing Parish Nurse Practice Using the Nursing Minimum Data Set*. Public Health Nursing. 16, (6) 412-416

Weis DM, Schank MJ., (1997). *Toward building an international consensus in professional values*. Nurse Education Today 17, 366-369

Weis DM, Schank MJ. (1996) *Reflecting Professional Values in the Philosophy of Nursing*. *Journal of Nursing Administration*. 26(7/8):55-60

Zighetti M. (2016). *Essere esseri umani*. Milano: Edizioni D'Este

Volpicelli L. (1978). *Lessico delle scienze dell'educazione*. Ed. Vallardi

An Instrument to Measure Professional Nursing Values

Darlene Weis, Mary Jane Schank

Purpose: To describe the Nursing Professional Values Scale (NPVS), its development, reliability and validity, and its derivation from the Code of Ethics of the American Nurses Association.

Design: The NPVS was tested on 599 subjects, including baccalaureate and masters' students and practicing nurses. The students were enrolled in one of 25 programs selected at random from all NLN accredited programs in the United States. Practicing nurses were randomly selected from a State Board of Nursing list.

Method: A 44-item, norm-referenced instrument with a Likert-scale format was tested. The responses of participants to this instrument were subjected to principal axis factor analysis with varimax rotation.

Findings: Eight factors were identified, accounting for 58% of the total variance. The two major factors were Caregiving and Activism.

Conclusions: Initial results showed a high level of reliability and validity for the NPVS. The NPVS is a useful instrument for measuring professional nursing values and enhancing professional socialization.

JOURNAL OF NURSING SCHOLARSHIP, 2000; 32:2, 201-204. ©2000 SIGMA THETA TAU INTERNATIONAL.

[Key words: instrument development and validation, values]

* * *

Despite the importance attributed to the development of professional values in nursing (American Association of Colleges of Nursing, 1998; Aroskar, 1976; Benner, 1985; Kintgen-Andrews, 1988; Reilly, 1978) adequate measures are not available. In a review of literature from 1970 to the present, 18 studies measuring values were found. Most of these studies focused on measuring values of nursing students. A myriad of instruments were used by the authors including some to measure general life values (Bloomquist, Cruise, & Cruise, 1980; Garvin, 1976; Garvin & Boyle, 1985; May & Ilardi, 1970; O'Neil, 1973; Self, 1987; Williams, Bloch, & Blair, 1978), work values (Heidgerken, 1970; Ulrich, 1987; White, 1983), and nursing values (Eddy, 1989; Eddy, Elfrink, Weis, & Schank, 1994; Elfrink & Lutz, 1991; Schank & Weis, 1990; Thurston, Flood, Shupe, & Gerald, 1989; Weis & Schank, 1997; Weis, Schank, Eddy, & Elfrink, 1993). Few if any generalizations about values held by students, faculty, and graduates can be drawn because of the diversity of instruments and the types of values and value indicators studied.

The purpose of this paper is to describe the Nurses Professional Values Scale (NPVS), its development, and the validity and reliability testing completed to date. This scale is the only known instrument which measures professional nursing values based on the American Nurses' Association Code for Nurses, a document used in all levels of American

nursing programs preparing registered nurses, as well as by agencies that employ registered nurses.

Background

The NPVS was conceptualized based on a critical review of literature pertaining to the code of ethics in nursing, values (Krathwohl, Bloom, & Masia, 1964; Raths, Harmin, Merrill, & Simon, 1966), and professional value development in nurses (Lutz, Elfrink, & Eddy, 1991; O'Neil, 1973; Packard & Fehroza, 1988; Partridge, 1978; Strasen, 1989). Professional values are standards for action that are preferred by practitioners and a professional group and provide a framework for evaluating behavior. Increasingly, nurses make practice decisions that have the potential for creating value conflicts, some of which result in complicated ethical questions. To respond to ethical dilemmas in an effective manner, an understanding of values is critical.

Darlene Weis, RN, PhD, Delta Gamma, Associate Professor; Mary Jane Schank, RN, PhD, Delta Gamma, Professor; both at Marquette University, College of Nursing, Milwaukee, WI. Correspondence to Dr. Weis, Marquette University, College of Nursing, Clark Hall, P.O. Box 1881, Milwaukee, WI 53201-1881. E-mail: darlene.weis@marquette.edu
Accepted for publication October 13, 1998.

Allegato 2

Darlene Weis, Mary Jane Schank

Journal of Nursing Scholarship (J NURS SCHOLARSH), 2000 2nd Quarter; 32(2): 201-4 (47 ref)

darlene.weis@marquette.edu

Dear Professor Weis, my name is Aurelio Filippini, and I'm graduating in Nursing and Obstetrics science degree at Bicocca University in Milan. I need your support as I'm preparing my degree thesis on sensitivity ethics of nurse supervisor for transplant. I was able to find, in literature review, your very much interesting article on NPVS®. I wish to ask you to have the full survey in order to translate it and use it for my thesis, of course I also wish to ask your approval for including this survey in my thesis.

Thanks in advance for your help.

Best regards

Aurelio Filippini

Allegato 3

December 3, 2007

Dear Aurelio Filippini:

Thank you for your interest in our work on professional values.

An abstract, as well as The Nurses Professional Values Scale (NPVS-R) are enclosed. You have our permission to use the NPVS-R in your proposed research. We are requesting persons who use the NPVS-R to provide the following at the completion of the research:

An abstract of your research findings using the NPVS-R which includes a description of the sample.

A manuscript has been submitted, describing the NPVS-R. In the interim please use the following reference.

Weis, D., & Schank, M.J. (2000). An instrument to measure professional nursing values. Journal of Nursing Scholarship, 32(2), 201-204.

Best wishes for success with your research.

Sincerely,

Darlene Weis, PhD, RN

Associate Professor

414-288-3819

414-288-1597 (fax)

darlene.weis@marquette.edu

Mary Jane Schank, PhD, RN

Professor Emeritus

414-288-3858

414-288-1597 (fax)

maryjane.schank@marquette.edu

DW/MJS:bj

Enclosures (3)

Allegato 4

Nurses Professional Values Scale-R ©

Indicate the importance of the following value statements relative to nursing practice. Please circle the degree of importance.

(A = not important to E = most important) for each statement.

Not Important	Somewhat Important	Important	Very Important	Most Important
A	B	C	D	E

- | | | | | | | |
|-----|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Engage in on-going self-evaluation. | A | B | C | D | E |
| 2. | Request consultation/collaboration when unable to meet patient needs. | A | B | C | D | E |
| 3. | Protect health and safety of the public. | A | B | C | D | E |
| 4. | Participate in public policy decisions affecting distribution of resources. | A | B | C | D | E |
| 5. | Participate in peer review. | A | B | C | D | E |
| 6. | Establish standards as a guide for practice. | A | B | C | D | E |
| 7. | Promote and maintain standards where Planned learning activities for students take place. | A | B | C | D | E |
| 8. | Initiate actions to improve environments of practice. | A | B | C | D | E |
| 9. | Seek additional education to update Knowledge and skills. | A | B | C | D | E |
| 10. | Advance the profession through active involvement in health related activities. | A | B | C | D | E |
| 11. | Recognize role of professional nursing associations in shaping health care policy. | A | B | C | D | E |
| 12. | Promote equitable access to nursing and health care. | A | B | C | D | E |
| 13. | Assume responsibility for meeting health needs of the culturally diverse population. | A | B | C | D | E |
| 14. | Accept responsibility and accountability for A own practice. | | B | C | D | E |

Not Important	Somewhat Important	Important	Very Important	Most Important
A	B	C	D	E

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15. Maintain competency in area of practice. | A | B | C | D | E |
| 16. Protect moral and legal rights of patients. | A | B | C | D | E |
| 17. Refuse to participate in care if in ethical opposition to own professional values. | A | B | C | D | E |
| 18. Act as a patient advocate. | A | B | C | D | E |
| 19. Participate in nursing research and/or implement research findings appropriate to practice. | A | B | C | D | E |
| 20. Provide care without prejudice to patients of varying lifestyles. | A | B | C | D | E |
| 21. Safeguard patient's right to privacy. | A | B | C | D | E |
| 22. Confront practitioners with questionable or inappropriate practice. | A | B | C | D | E |
| 23. Protect rights of participants in research. | A | B | C | D | E |
| 24. Practice guided by principles of fidelity and respect for person. | A | B | C | D | E |
| 25. Maintain confidentiality of patient. | A | B | C | D | E |
| 26. Participate in activities of professional nursing associations. | A | B | C | D | E |

Demographics: Circle the appropriate descriptor

27. A. Undergraduate Student B. Graduate Student C. Practicing nurse
28. A. Female B. Male
29. A. African American B. Asian/Pacific Islander C. White D. Hispanic E. Native American

Please feel free to make comments:

Allegato 5

Nurses Professional Values Scale-R ©

Indicare l'importanza delle seguenti dichiarazioni di valore professionale nell'esercizio della professione infermieristica. Evidenziare il grado di rilevanza attribuito ad ogni affermazione. (A= non importante, E=molto importante)

Non Importante	Poco Importante	Suff. Importante	Importante	Molto importante
A	B	C	D	E

1	Mantenere costante l'autovalutazione nel proprio operato	A	B	C	D	E
2	Richiedere consulenza/collaborazione di altri professionisti per assistere la persona	A	B	C	D	E
3	Proteggere e promuovere la salute pubblica	A	B	C	D	E
4	Partecipare alle decisioni di allocazione delle risorse nella sanità pubblica	A	B	C	D	E
5	Partecipare alla valutazione fra pari	A	B	C	D	E
6	Stabilire standards e linee guida per la pratica infermieristica	A	B	C	D	E
7	Promuovere e mantenere standards per le attività di apprendimento previste per gli studenti	A	B	C	D	E
8	Promuovere iniziative per migliorare l'ambiente di lavoro	A	B	C	D	E
9	Aggiornarsi per migliorare le conoscenze e le abilità	A	B	C	D	E
10	Far progredire la professione attraverso la partecipazione attiva a iniziative riferite alla salute	A	B	C	D	E
11	Riconoscere il ruolo delle associazioni infermieristiche nella formazione della politica sanitaria	A	B	C	D	E
12	Promuovere un equo accesso alle cure	A	B	C	D	E
13	Assumersi la responsabilità di soddisfare le esigenze di salute della popolazione di cultura diversa	A	B	C	D	E
14	Garantire la competenza e l'esercizio della responsabilità nel proprio agire	A	B	C	D	E
15	Mantenere la competenza nell'area di attività pratica	A	B	C	D	E
16	Proteggere i diritti morali e legali dei pazienti	A	B	C	D	E
17	Rifiutare di partecipare a cure che vanno contro i valori etici della professione	A	B	C	D	E
18	Agire come advocate del paziente Difesa dei diritti umani e garanzia di assistenza qualificata	A	B	C	D	E
19	Partecipare alla ricerca infermieristica e/o utilizzare i risultati della ricerca nella pratica	A	B	C	D	E
20	Fornire assistenza senza pregiudizio a persone con stili di vita diversi	A	B	C	D	E
21	Salvaguardare il diritto alla privacy del paziente	A	B	C	D	E

22	Confrontarsi con colleghi la cui assistenza è inappropriata	A	B	C	D	E
23	Proteggere i diritti dei partecipanti alla ricerca	A	B	C	D	E
24	Garantire il rapporto di fiducia e rispetto della persona assistita	A	B	C	D	E
25	Mantenere la riservatezza del paziente	A	B	C	D	E
26	Partecipare alle attività delle associazioni professionali	A	B	C	D	E