

Le disposizioni anticipate di trattamento ed il gesto di assistenza infermieristica: quale valenza ordinistica e giuridica?

di **Pio Lattarulo** (*Infermiere Dirigente delle Professioni Sanitarie – Asl Taranto, Membro del Gruppo per la Stesura del nuovo Codice di Deontologia Infermieristica della F.N.O.P.I.*) e **Luigi Pais dei Mori** (*Infermiere Legale, Presidente dell’Ordine delle Professioni Infermieristiche di Belluno, Membro dell’elenco degli Esperti in Responsabilità Professionale Infermieristica della F.N.O.P.I.*)

La legge 42/1999 “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”, al comma 2 - art. 1 recita: “Il campo proprio di attività e di responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato ... nonché degli specifici codici deontologici”.

L’assegnare un ruolo specifico ad un documento poco conosciuto, quale il Codice Deontologico, è operazione perfetta per individuare quell’interessante quota di responsabilità derivata, anche positiva, sul buon esito dei propri atti. Si traccia, sostanzialmente, la figura di un professionista proattivo, pronto ad agire autonomamente, laddove le condizioni lo richiedano.

I codici di deontologia infermieristica susseguirsi nel tempo, dal 1960 al 2009, invitano nella lettura in prospettiva, ad inforcare un differente paio di lenti. Sin dalla prima versione, con un concetto che oggi suonerebbe arcaico: “Gli infermieri proteggono il malato...” viene espresso quel chiaro senso di advocacy, molto bene inteso nella letteratura e nei codici anglosassoni. La figura dell’infermiere come interprete ed “avvocato” dei bisogni della persona assistita, può essere determinante in questi contesti di cura.

La Bozza di Codice di Deontologia Infermieristica 2018, manifesta nella parte destinata al fine vita, una questione pregnante, quella del gesto assistenziale, in cui si racchiudono i sensi del percorso clinico assistenziale, anche nel momento dell’ora incerta, quella della fine. Nel raccogliere le volontà ultime, nel valutare scopi e limiti, attraverso il gesto, l’infermiere esprime le competenze non tecniche, essenziali per chi deve compiere il gran balzo che il Foscolo ci indica in una lettura in chiave di medical humanities.

The law 42/1999 “Dispositions regarding healthcare professions”, art. 1, clause 2, declares: “the appropriate field of activity and responsibility of the healthcare professions... is established... and also from the specific ethical codes”.

Giving a specific role to a little known document, like the Ethical Code, is the perfect way to identify that interesting percentage of responsibility derived, also positive, on the good outcome of your own actions. It's substantially drawn a figure of a proactive professional, ready to act independently, in case the conditions require that.

The ethical nursing codes that followed one another, from 1960 to 2009, encourage, with an outlook reading, to put on a different pair of lens. Since the first edition, with a concept that today would sound archaic: "Nurses protect the sick person.." it's expressed that clear sense of advocacy, well known in the English literature and codes. The figure of the nurse as the messenger or the "lawyer" of the patient needs, can be crucial in these care context.

The draft of ethical nursing code 2018 shows, in the part dedicated to the end of life, a weighty issue, the one about the care activity, which contains the meanings of the clinical-care pathway, even in the uncertain time, the ending one. Collecting the last wishes, considering purposes and limits, through the care activity, the nurse reveals the not technical skills, essentials for who has to do that big jump that Foscolo shows us with an interpretation of medical humanities.

Sommario: 1. Premessa. 2. Evoluzione di una professione e del suo statuto disciplinare. 3. Gli aspetti giuridico-normativi e la deontologia infermieristica: dal passato al futuro. 4. Uno sguardo, un gesto, un tocco di mano.

1. Premessa.

Nel presente articolo, s'identifica l'evoluzione della professione infermieristica quanto al suo statuto giuridico, disciplinare e deontologico. Si fa cenno all'evoluzione della deontologia infermieristica nel fine vita tramite la concreta espressione del gesto assistenziale.

2. Evoluzione di una professione e del suo statuto disciplinare.

L'assistenza ai malati ed ai morenti, in quanto caritatevole atteggiamento dello "stare vicino" (ad-sistere, stare accanto), affonda le radici nei secoli e si permea di religiosità popolare essendo profondamente legata ai valori del Cristianesimo. Difatti, è la Chiesa, l'unica depositaria del dominio spirituale della carità, e con essa anche dell'ospitalità che dall'alto Medio Evo fino alle prime riforme del 1300 e del 1800, mantiene il primato dell'assistenza. I suoi principi di amore sono i fondamenti morali che spingono a curare i malati, insieme ad un altro assunto basilare, quello della carità, che ha dato impulso alla creazione dei primi ospedali, grazie ai fondi e alle donazioni dei

possidenti, nonché all’operosa dedizione dei religiosi. Questi ultimi, sono coadiuvati da persone pie, i conversi e le converse; le mansioni più umili sono però svolte da servitori di infimo livello: i famuli e le famule. I “serventi”, figure assistenziali nate nel 1600 (epoca di pesti manzoniane) rappresentano il primo tentativo di professionalizzazione dell’assistenza; in un quadro di bisogni assistenziali che si definisce ormai ben oltre le necessità spirituali.

L’Ospedale Maggiore di Milano nel 1687 istituisce l’obbligo “ai serventi che siano iscritti alle scuole di anatomia e non possano ottenere promozioni se non l’abbiano frequentata con assiduità e profitto¹”, ed inoltre che non sia nominato servente chi non sappia leggere e scrivere.

In tempi successivi, l’illuminismo e le idee rivoluzionarie sull’affermazione dei diritti dell’uomo, producono nuove spinte umanizzatrici e moralizzatrici. L’ospedale assume sempre più l’aspetto di luogo deputato alla cura della salute, invece di mantenere la connotazione di ambiente di ricovero indifferenziato che l’ha contraddistinto per tanti anni. Relativamente al “personale di assistenza”, il Baldini, medico napoletano vissuto a cavallo tra il 1700 ed il 1800 scrive: “è dovere che gli infermieri siano istruiti di principi medici affinché possano conoscere le malattie. L’arte di assistere gli ammalati non puossi apprendere d’una maniera empirica, avregnacchè i fatti son più delle volte difettosi²”. L’infermieristica europea si evolverà nel 1800 sotto la spinta riformatrice di Florence Nightingale e delle sue allieve che fondarono in tutto il mondo una serie di scuole ispirate al suo pensiero, antesignano dell’infermieristica moderna. Non a caso, nel 1860, la prima Scuola di infermieristica eretta per volontà della Signora della Lampada, riservata a sole donne, prevede l’insegnamento di anatomia, fisiologia ed igiene, ed il conseguimento di una preparazione tecnica durante il tirocinio clinico. Nel nostro Paese, dopo l’Unità d’Italia, emerge il “supremo principio” che lo “Stato deve vigilare e tutelare la pubblica salute” come viene affermato nel Codice per la pubblica igiene³ e che “l’igiene pubblica deve essere “comandata” e non semplicemente raccomandata. Successivamente, la riforma introdotta da Crispi porta ad una progressiva gerarchizzazione delle funzioni, rimarcando con forza la necessità di professionalizzare il percorso di assistenza infermieristica. L’impulso più forte verso la professionalizzazione sanitaria avviene però dopo il secondo dopoguerra, sia per la voglia di rinascita morale, politica e culturale, sia per l’avvento di nuove tecnologie e possibilità terapeutiche nate dallo sviluppo della scienza medica. In molti Paesi del Mondo, la cultura infermieristica è ormai radicata come scienza e

¹ S. Spinelli, *La Cà Granda 1456 – 1956*, Cordani, 1956, p.232.

²F. Baldini, *L’infermiere istruito* – Napoli, 1790, p. 19-20.

³ Codice per la pubblica igiene, Articolo 1, dal Giornale della R. Società Italiana d’Igiene, 1886.

nascono le prime Facoltà di Scienze Infermieristiche e la connessa professione assume ruoli e responsabilità autonome e di moderna concezione.

La svolta consistente si ha nel 1971, con l’emanazione della L.124, che supera il RD n.1703 del 29.7.1933 sull’Istituzione delle prime Scuole per Infermieri. Con la L.124 si apre la possibilità di accesso agli uomini alla Scuola per Infermieri e si pone fine all’internato delle Scuole Convitto. Cade pertanto un baluardo importante, il velo di religiosità (missione) e di attitudine (non scienza!) all’assistenza infermieristica, tipicamente di natura femminile e storicamente radicata nell’ars infermieristica. L’accordo europeo di Strasburgo del 25.10.1967, sull’istruzione e formazione delle Infermiere, viene ratificato in Italia con la L. 15.11.1973, n.795 in cui vengono stabilite le funzioni dell’Infermiera ed il suo standard formativo. Ad ogni buon conto, la rivoluzione copernicana, si avrà nel 1990, con la L. 341, per il tramite della quale l’Infermieristica fa il suo ingresso nelle Università. Di lì a due anni, vengono avviati i Corsi per Diploma Universitario in Scienze Infermieristiche, sino a giungere, in attuazione della L. 509/99 ad ottenere il percorso completo: Laurea triennale ed abilitazione all’esercizio della professione, biennio Magistrale e Dottorato di Ricerca, con i collaterali Master di primo e secondo livello. Dal cammino brevemente tratteggiato, necessario per comprendere, ne rinviene che l’infermieristica, nella sua connotazione moderna necessita di una lettura con lente bi-focale: disciplina da un lato comprovata dall’imprescindibile e responsabile approccio scientifico, dall’altro canto versata sulle scienze umane. Nel suo significato più profondo, testimonia il senso più antico, quello del prendersi cura inteso in senso clinico, non tipicamente sinonimo di medico, ma ispirato al *klinikos*, a colui che siede accanto al letto della persona assistita. Identifica quegli che prestano assistenza alla persona che può essere in condizioni di criticità o che non ha più particolari necessità di assistenza medica ma che continua ad avere bisogno, nel suo percorso assistenziale, di aiuto nell’individuazione, soddisfacimento dei bisogni, in linea con il quadro normativo di riferimento. Tutto ciò è da collocarsi in un percorso metodologico che abbracci più aree di competenza, sia tecniche che relazionali, se è vero che l’assistenza nasce nella notte dei tempi, nel senso che “non c’è atto, azione, intenzione, gesto (dalla storia e sino alla storia dell’uomo) che non sia atto assistenziale; ogni semplice intenzione, pensiero, azione compiuta o ricevuta, manifesta uno *stare vicino* e non solo nella visione riduttiva del *do ut des*”⁴ è pur chiaro che la visione disciplinare, al tempo, muove nella direzione di assumere una ferma e chiara identità professionale.

Che significato ha l’assistenza infermieristica per l’*homo viator*, per le persone del nostro tempo? “L’infermieristica è una disciplina che combina in

⁴E. Manzoni, *Le radici e le foglie*, Ambrosiana, 2016, p.9.

maniera unica arte e scienza, che si applica nel contesto delle relazioni interpersonali allo scopo di favorire il benessere, prevenire la malattia e ripristinare lo "stato di salute nei singoli individui, nelle famiglie e nelle comunità".⁵

E' particolarmente interessante questa definizione se si pensa alla combinazione unica tra arte e scienza. L'approccio Evidence Based Practice, ci conduce per mano verso un'articolata riflessione circa l'occorrenza di fornire risposta in termini di qualità e di raggiungimento degli esiti focali sulle pratiche sensibili al nursing. Ciò è particolarmente significativo in un contesto difficile, come nel caso delle storie di limine vitae.

La scienza, al di là del pensiero dominante ha dei limiti, che portano medici, infermieri ed altri professionisti della salute ad un confronto/scontro, spesso dilaniante, con la propria visione antropologica, anche dell'altro, e l'interiorità. Tra i rischi più presenti, segnatamente nelle terapie intensive, quello di non riconoscere il limite, cercando di dare un senso ad azioni che in realtà ne sono prive, compiute più "per essere sicuri che sia stato fatto tutto "o per non lasciare nulla d'intentato. In realtà, i limiti sono reali e lo sono tanto di senso, quanto di efficacia. L'autoconsapevolezza nell'accompagnamento, guida il professionista nel prendere per mano una persona che sta per compiere, per dirla con Foscolo, il gran balzo verso l'eternità. Per raggiungere l'autoconsapevolezza è però necessario aver fatto i conti con sé stessi, con la finitudine della condizione umana. Gestire il contatto ravvicinato con la morte, sentire il suo flatus voci praticamente ogni giorno, mentre si combatte una guerra il cui esito talvolta sorprende ed illude, fa gioire o tradisce, è opera complessa.

3. Gli aspetti giuridico-normativi e la deontologia infermieristica: dal passato al futuro.

Come precedentemente argomentato, l'assistenza infermieristica ha manifestato fin dagli albori la necessità di connotare professionalmente e, più tardi, scientificamente, quella che inizialmente era una propensione, un'attitudine, all'ad-sistere malati e morenti. Nel nostro Paese, questa spinta professionalizzante si connota con il R.D. n.1265 del 27.7.1934 atto giuridico con cui l'esercizio professionale viene regolamentato e posto sotto vigilanza. In quest'ottica si pone anche il R.D. 2.5.1940, che fornisce una prima declinazione delle mansioni infermieristiche. Nel 1974, con il DPR 225, si ha una modificazione al primo mansionario e vengono previste nuove attività. Il percorso di professionalizzazione, negli anni successive, subisce un progresso inarrestabile, e con l'ingresso della disciplina in Università si avvia la

⁵J. M. Wilkinson, *Processo infermieristico e pensiero critico*, Ambrosiana, 2009 (2^aed), p.1.

modifica della normativa. Un contributo fondamentale all'emancipazione professionale viene dal D.M. 739/94, ovvero il Profilo Professionale dell'Infermiere che, in primo luogo, chiarisce la responsabilità dell'assistenza infermieristica generale. Nonostante questa nuova definizione della professione, in cui l'Infermiere è totalmente responsabile di ogni sua azione, non vi può essere piena applicazione dei principi legislativi, in quanto permane una profonda contraddizione con le limitazioni imposte dal precitato mansionario, ormai poco attinente ad una definizione di Professione, propriamente detta.

La promulgazione della L. 26 febbraio 1999, n. 42 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie", segna l'inizio di una nuova era per gli infermieri italiani. Viene dunque sia abolita ex lege l'ausiliarità professionale dell'infermiere che delimitato il campo proprio di attività e di responsabilità della professione infermieristica, come determinato dai contenuti del decreto istitutivo del profilo professionale, degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario (poi laurea) e di formazione post – base, nonché dal Codice Deontologico che la professione stessa genera. Sostanzialmente, s'incornicia l'attività in un triangolo contrassegnato da due norme eteronome ed una autonoma (con valenza differente). La professione ormai è matura, quanto meno in riferimento alla normativa, ed ha piena facoltà di esercitare in totale autonomia e responsabilità, con la consapevolezza di poter esprimere la propria competenza professionale. A completamento di questo quadro, particolarmente per quanto attiene la deontologia, oggetto di questo lavoro, la L.251/00 che ripropone l'espletamento delle attività nel rispetto degli specifici codici deontologici, la L. 43/2006, istitutiva degli Ordini delle Professioni Sanitarie e la legge 3/2018 che completa il percorso con dodici anni di ritardo, rispetto a quanto previsto.

A questa evoluzione segue evidentemente, anche una differente valutazione giurisprudenziale, come si può evincere dalle numerose sentenze pronunziate in tal senso segnatamente dagli Ermellini.

La deontologia infermieristica ha seguito l'evoluzione della professione. Il termine deontologia è coniato da Jeremy Bentham, e compare per la prima volta in un suo saggio, pubblicato postumo, nel 1834, dal titolo "Deontology or the Science of Morality". Il filosofo utilitarista connota il termine con la precisa definizione del dovere.

Interessante, prima di analizzare brevemente l'evoluzione della deontologia infermieristica, annotare quanto afferma in proposito Daniele Rodriguez, Medico Legale ed esperto di Bioetica: "Soprattutto nel codice deontologico degli infermieri il termine "deontologia" non corrisponde al significato di discorso del dovere. Detto Codice non affronta mai né il sostantivo "dovere" né la voce verbale "deve". Le regole consone alla corretta condotta professionale nelle varie circostanze sono, in parte degli articoli, indicate in

modo descrittivo, ricorrendo cioè al verbo pertinente coniugato all’indicativo presente; in altri passi è fatto ricorso al sostantivo “impegno” (art. 6, 8, 9 e 32) o a termini analoghi, riconducibili ai verbi attivarsi (negli artt. 1, 16, 18, 19 e 34) ed adoperarsi (art. 23, 30, 31 e 34). In base all’impostazione di questo codice deontologico, dunque, il professionista sanitario aderisce ai precetti del codice deontologico non per imposizione, ma per scelta, in quanto guidato dal suo senso di responsabilità.”⁶

Il primo Codice di deontologia infermieristica in Italia viene diffuso nel 1960, trascorsi dodici anni dalla nascita della Federazione Nazionale dei Collegi Ipvsi (Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari, Vigilatrici d’Infanzia). Il documento è scritto con l’intento di superare la descritta ancillarità ed avviare il percorso di professionalizzazione allora ricompreso in una piccola enclave culturale, ma già sostanzialmente radicato. L’ispirazione del documento, com’è chiarito nella parte introduttiva, è dedicata “ai principi del diritto e della morale naturale”. Il codice consta di soli 11 articoli, con alcune segnature interessanti che possono ancora fare al caso nostro. L’art. 3 del Codice recita: “(Le infermiere) proteggono il malato, difendendone i diritti in quanto uomo libero e intelligente che la malattia pone in stato di minorazione, e continuano ad assisterlo con uguale impegno e amore anche se esso sia inguaribile”. Compare ciò che Winslow afferma essere la seconda visione etica dell’assistenza infermieristica⁷, ovvero l’infermiere come difensore dei diritti nei confronti di qualsiasi violazione (concetto di advocacy).

Nel 1977, viene approvata la seconda versione del Codice Deontologico. Il contesto storico è difficile, e l’organizzazione sanitaria, che di lì a poco verrà profondamente modificata con la Legge 833/78, è anch’essa al centro di roventi scontri. La contestazione principale verte sul non certo equo sistema delle Casse Mutua. Nel frattempo si sono susseguite numerose mutazioni sociali, se pensiamo alle leggi sull’interruzione di gravidanza (194/78) e sulla chiusura delle strutture manicomiali (180/78). Rispetto la versione precedente “migliora l’articolazione del testo e, soprattutto, l’immagine dell’infermiere è resa più congruente con quella richiesta da un professionista della salute”.⁸ Consta di dodici articoli e contiene anch’esso qualche messaggio oggi paradossale, tipo “l’infermiere aiuta ad amare la vita” oppure (gli infermieri professionali) “dedicano la loro opera a sopportare la sofferenza e ad affrontare l’idea della morte”.

⁶D. Rodriguez, *Le fonti deontologiche delle professioni sanitarie* in S. Rodotà – M. Tallacchini, *Ambito e fonti del biodiritto*– Trattato di Biodiritto vol.1 – Giuffrè, 2010, p.825.

⁷A. Bonanno, *Da un’etica di carità a un’etica del prendersi cura. L’evoluzione del pensiero etico infermieristico italiano*, Nursing Oggi, 2003 (2) p. 26-31.

⁸ C. Calamandrei – L. D’Addio, *Commentario al nuovo codice deontologico dell’Infermiere*, McGraw-Hill, 1999, p. 49.

Un nuovo mondo sarà raffigurato da due documenti: il Patto Infermiere – Cittadino del 1996 ed il Codice Deontologico del 1999 che caratterizzano in maniera indelebile la stagione della responsabilità. Intanto, la terza versione del Codice individua, in linea con la normativa, la figura dell’Infermiere come Responsabile dell’assistenza infermieristica. Con l’avvento della L. 42/99 come detto, il Codice diventa riferimento anche giuridico per l’esercizio della professione. Il Codice 1999 è di tutt’altro tenore, anche nel linguaggio: introduce a pieno la visione relazionale dell’assistenza con enunciazioni riguardanti l’ascolto ed il dialogo, il trattamento del dolore, l’opinione del minore, la non partecipazione a trattamenti finalizzati alla morte, il sostegno ai familiari anche nella fase del lutto. Il concetto più interessante, e che segna un profondo cambio di passo, è il viraggio nel connotare il destinatario delle cure: da oggetto a soggetto, da paziente a persona assistita, portatore di diritti.

La quarta versione, quella attualmente in vigore, del 2009 consta di 51 articoli. Gli articoli dal 34 al 39, trattano della lotta al dolore e del sollievo della sofferenza, nonché introducono, in tempi non sospetti, il principio del rispetto delle volontà dell’assistito. Si afferma il diniego da parte della professione infermieristica alla partecipazione a trattamenti finalizzati a provocare la morte.

Dal mese di marzo 2016 è incardinato, in seno alla Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, un gruppo di lavoro che si occupa della stesura del nuovo Codice di Deontologia Infermieristica (verosimilmente 2019).

La prima bozza, presentata al Consiglio Nazionale nel febbraio 2017, per quanto concerne la parte dedicata al fine vita, presenta i seguenti articoli:

Capo IV- Il fine vita

26. L’infermiere presta assistenza fino al termine della vita della persona assistita. Riconosce l’importanza del gesto assistenziale, della palliazione, del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale e spirituale.

27. L’infermiere tutela la volontà della persona assistita di porre dei limiti agli interventi che ritiene non siano proporzionati alla sua condizione clinica o coerenti con la concezione di qualità della vita espressa dalla persona stessa.

28. L’infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita, nell’evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.

Vi sono anche altri articoli nei quali si reiterano i concetti già espressi nel codice 2009, circa l’ascolto e il dialogo, ed il ricorso alla clausola di coscienza nel caso di conflitto insanabile tra valori, il rispetto dell’opinione del minore e delle manifestazioni di volontà precedentemente anticipate, la volontà della persona di non essere informata sul proprio stato di salute, tutti aspetti poi previsti dalla L. 219/2017. Si resta in attesa di conoscere la versione finale del nuovo Codice di Deontologia Infermieristica.

4. Uno sguardo, un gesto, un tocco di mano.

La legge 219/2017, costituisce il primo momento in cui viene chiarito giuridicamente il consenso informato e norma tutta una serie di situazioni altalenanti tra aule di tribunale e pagine di giornale. Dall'articolato dalla legge, rinviene un punto problematico: il rapporto tra la persona assistita (denominato ancora paziente) ed il medico è l'unico punto nodale. In realtà, particolarmente nella fase finale della vita è l'infermiere la persona più vicina e che deve far esplodere in quel contesto le sue competenze relazionali, le non technical skills.

Il percorso che conduce dalla riflessione etica alla sua concretizzazione diretta, può essere inteso come il gesto, parte del nostro cammino di vita e probabilmente la modalità più diretta per leggere introspevolmente il senso più profondo del vivere stesso.

Il gesto assistenziale, per esemplificare, può coincidere con l'apposizione dell'ago di più profondo calibro, azione che potrebbe essere identificata come univocamente tecnica. La persona assistita, invece, nel profondo pozzo del terrore di *non essere più*, ha bisogno di essere rassicurata, dell'infusione di speranza, dei migliori sensi dell'etica dell'accompagnamento. Questo vuol dire essere capaci di edificare un ponte tra la riflessione teorica e la prassi procedurale ed assistenziale. La prassi infermieristica non è mai stata una semplice fare, ma un vero e proprio sapere ma come direbbe un'antica classificazione Aristotelica, un sapere praticamente pratico. Per questa ragione, l'incontro tra l'infermiere e la persona assistita è un "luogo di senso", per chi lo effettua e per chi lo riceve. Il momento più triste, la notizia più difficile da comunicare, la manovra tecnica più complessa devono essere accompagnate dall'etica del gesto assistenziale, la capacità di provare simpatia, patire con, che non vuol dire essere in confidenza, ma essere vicini.

Le giornate che scorrono interminabili negli ospedali, nelle stanze degli hospice, in un tempo cristallizzato, se raffigurate in una graphic novel potrebbero essere color grigio. La capacità di gestire la prossimica, di toccare in maniera adeguata, di saper volgere il proprio sguardo non con curiosità, ma con rispetto e prossimità, possono accendere il colore della speranza, anche dove vive la disperazione.

Tutto quanto sin qui detto giustifica lo statuto epistemologico, disciplinare e valoriale di una professione che meritava una notazione più significativa nella Legge sulle DAT particolarmente per quanto riguarda la considerazione sul tempo di cura.