

Slow nursing - il tempo per l'assistenza
momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

organizza il convegno

la cura della salute

**l'infermiere fra competenze
e inganno formativo**

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

ZELARINO (VENEZIA) 12 MARZO 2016

www.inferweb.net

con il patrocinio di



EVENTO ECM FREE

Raccolta

Abstracts e Contributi

Versione 12 marzo 2016

Slow nursing è un movimento di libera cultura e libera riflessione sulla professione infermieristica e la società, luogo di libertà di pensiero, palestra della parola libera da timori, condizionamenti o interessi.

Movimento autentico perché sospinto da protagonisti autentici, che rifiutano qualsiasi pressione estranea al libero confronto e la riflessione per la crescita della professione infermieristica e offrire alla società una assistenza migliore possibile. Slow nursing non utilizza mezzi o sotterfugi o compromessi per realizzare il proprio fine, ma persegue la realizzazione della emancipazione culturale della professione infermieristica e la dignità dell'infermiere.

Slow nursing rifiuta il principio "il fine giustifica i mezzi".

Slow nursing non considera il successo ad ogni costo, che è il valore distorto eppure dominante nella società, ma indica il valore pregnante ed etico del come si percorre la strada per arrivare all'obiettivo.

Strumento culturale di analisi disincantata della realtà, disvelando ipocrisie, menzogne e inganni che alterano fino ad impedire una formazione e un'assistenza di qualità ed efficacia. Incontro di idee per rivendicare una formazione autentica e per un aggiornamento delle conoscenze e l'acquisizione di competenze corrispondenti alla mission, al profilo e alla deontologia della professione infermieristica.

Rivendicare il tempo quale competenza fondamentale e distintiva dell'infermiere: tempo di prevenzione, di assistenza, di cura, di vita.

Slow nursing come strumento per affermare con dedizione, impegno ed onestà la realizzazione sinergica di una buona politica della salute: infermieri che curano e cittadini che si prendono cura dei curatori.

Slow nursing è agire in modo trasparente, etico e deontologico nell'evidenza scientifica e la competenza. Le parole assumono concreta forma nel realizzare il secondo convegno.

E la chiave del convegno si esprime con: "conoscere per comprendere - scegliere per essere".

Luciano Urbani

Invito agli infermieri, ai professionisti della sanità e ai cittadini interessati a partecipare al Convegno del 12 marzo 2016 a Zelarino (Venezia) Slow nursing - il tempo per l'assistenza "La cura della salute. L'infermiere fra competenze inganno formativo - conoscere per comprendere - scegliere per essere". Pubblicato su Infermierattivi.it il 7 febbraio 2016.

Perché nasce Slow nursing?

Slow nursing, in Italia, nasce come idea nel 2007 a Candelo (Biella) dalla constatazione della esasperante quotidianità dell'infermiere, dove la mission professionale si frantuma nella miserevole realtà. Poi nel 2014 sempre a Candelo prende vita una prova generale. Ma è a gennaio 2015 a Vasto (Chieti) che nasce ufficialmente Slow nursing con il primo convegno: "L'infermiere è malato?".

Nasce come bisogno di capire come uscire da una condizione di subalternità e di marginalità professionale e politica.

Dalla presa di coscienza della necessità di fare chiarezza nella stessa professione sull'identità infermieristica.

Cosa vuole Slow nursing?

Slow nursing è il tentativo di creare uno spazio di discussione libero da costrizioni e condizionamenti.

Luogo dove far convergere idee e contributi alla riflessione culturale su cura, assistenza e società.

In questo mondo straripante di informazioni, desiderio di potere e ambizioni di successo ad ogni costo, di abitudine alla convenienza (fino a quale limite si possono accettare compromessi ignorando il rispetto della dignità?), si inserisce il nostro tentativo di onesto percorso per la ricerca della libertà di parola.

Dove vuole andare Slow nursing?

Accumulare titoli, diplomi o competenze è inutile se non si è in grado di esercitare la competenza fondamentale: prendersi cura.

Slow nursing intende far assumere il tempo quale strumento essenziale del fare assistenza.

Il convegno di marzo 2016 Essere riusciti a dare avvio, nonostante le difficoltà, anche a questo secondo appuntamento, dopo quello di gennaio 2015, è motivo di soddisfazione e spero riesca a mantenere le promesse.

L'ambizione è di attivare con i colleghi e i cittadini che provengono da diverse parti del paese, uno spazio di discussione libera, disincantata e senza condizionamenti, disvelando nebbie e ipocrisie per una riflessione sulla condizione dell'infermiere e la società.

L'evento è anche l'occasione per rilanciare il quesito deontologico sulla buona pratica professionale e i presidi non sterili, in questo tempo di allarme per l'avverarsi di un'era post antibiotica a causa dell'aumento di agenti infettivi resistenti, con la richiesta formale alla Federazione Nazionale Ispasvi e l'invito al Convegno alla Presidente Mangiacavalli. ("Appello alla professione" su www.inferweb.net).

Vi aspetto numerosi e motivati a contribuire alla discussione e quindi alla crescita del movimento.

Grazie. un caro saluto. Luciano Urbani, coordinatore Slow nursing

Gent.le Dott.ssa. Barbara Mangiacavalli
PRESIDENTE FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI
Via Agostino Depretis, 70 - 00184 ROMA

Oggetto: Responsabilità deontologica dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale.
Invito al Convegno Slow nursing – 12 marzo 2016 – Zelarino – Venezia

Io sottoscritto Luciano Urbani, infermiere di Mestre chiedo per Suo tramite al Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI una risposta al quesito sulla responsabilità professionale dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale (vedi precedente richiesta alla Federazione del 3 giugno 2009”).

Tutta la corrispondenza compresa la nota del Ministero della Salute, può essere consultata nel sito www.inferweb.net alla voce “Appello alla professione”.

Da sempre l'infermiere si trova ad operare in contrasto con il proprio Codice Deontologico (Articoli: 3, 6, 9, 11, 29, 48, 51), in quanto a domicilio e spesso anche in ospedale, è costretto ad usare sacche urine non sterili per il cateterismo vescicale.

Infatti il paziente a domicilio ha diritto ai cateteri sterili ma non alle sacche raccogli urine sterili. **Nomenclatore Tariffario” DM 332 del 27/8/1999.**

Questa situazione è in contrasto con le norme, raccomandazioni e linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie sin dal 1981.

Questo aspetto riguarda pure il Codice Penale come riferisce Luca Benci, giurista esperto di diritto delle professioni sanitarie:

*“...Ricordiamo infatti che può esserci **responsabilità giuridica ai sensi dell'art. 40 del codice penale** quando l'evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l'esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione”, ovvero **“non impedire un evento, che si ha l'obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”.***

*Vengono in mente i **comportamenti contrari alla buona pratica professionale legati alla mancata antisepsi, alla non corretta gestione del presidio, all'utilizzo di presidi impropri (per dimensioni, per materiale), alla mancata corretta gestione del catetere a permanenza ecc.***

*Gli esempi appena riportati sono appunto esemplificativi e non tassativi e indicano sia comportamenti indicanti un fare (commissivi appunto), sia comportanti un “non fare” (delle omissioni appunto)”. **Luca Benci La responsabilità dell'infermiere nel cateterismo vescicale, Documento ANPIO - Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere - 2008.***

Tale situazione perdura ormai da oltre trent'anni mettendo in grave disagio etico il professionista infermiere che è tenuto per deontologia e per legge ad operare in asepsi e con presidi sterili per evitare le infezioni.

Sapendo già che risponde del rischio clinico l'operatore che attua la procedura, è quanto mai opportuno un chiarimento della Federazione rispetto a questa problematica.

Colgo l'occasione per invitarLa al convegno "**Slow nursing: La cura della salute - l'infermiere fra competenze e inganno formativo - conoscere per comprendere...scegliere per essere**" in programma **sabato 12 marzo 2016** a Zelarino (Venezia) di cui allego il programma, dove sarebbe particolarmente gradito ai colleghi convenuti il Suo saluto e la risposta al problema.

Preciso altresì con dispiacere che l'organizzazione non è in grado di coprire le spese per l'invito, per mancanza di fondi, infatti gli stessi relatori vengono a spese proprie.

Ringrazio per l'attenzione e La prego di gradire cordiali saluti.

Mestre 12 gennaio 2016

Luciano Urbani

In allegato: Programma Convegno Slow nursing 12 marzo 2016

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

ORGANIZZA IL 2° CONVEGNO

la cura della salute

l'infermiere fra competenze e inganno formativo

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

SABATO 12 MARZO 2016 ORE 8,30 - 16,00

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI
Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

Modera: Gabriele Roveron - Presidente AIOSS - Associazione Infermieri di Stomatoterapia
Andrea Minucci - Responsabile Infermieristico Area Funzionale - Grosseto

- **PROVOCAZIONI RIFLESSIVE: PAROLE E SIGNIFICATI**
Luciano Urbani - Infermiere - Mestre
- **SLOW NURSING E CULTURA DELLA CURA**
Valter Fascio - Infermiere coordinatore - Torino - Ordine Benedettino di S.Maria d'Ivrea
- **FORMAZIONE, PROFESSIONE E COMPETENZE**
Danilo Massai - Presidente Collegio IPSVI Firenze
- **IL VALORE DI ESSERE COLLEGHI**
Roberto Biancat - Infermiere Dirigente - Centro di Riferimento Oncologico di Aviano

BUFFET

- **ETICA DELLA CURA**
Ruggero Zanin - Filosofo - Associazione Culturale Nemus - Venezia
- **QUALE FUTURO PER L'INFERMIERE**
Marcella Gostinelli - Infermiere Dirigente - Centro Oncologico Fiorentino
- **CURA INFERMIERISTICA: DALL'OSPEDALE A CASA**
Giuliano Bon - Infermiere coordinatore - Gorizia
- **CONSIDERAZIONI INTERATTIVE DEI RELATORI CON IL PUBBLICO**

con il patrocinio di



EVENTO ECM FREE

REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

Teleflex

INGRESSO LIBERO: infermieri, operatori sanitari e cittadini interessati previo iscrizione obbligatoria sul sito web: www.inferweb.net

ABSTRACTS

Luciano Urbani	Provocazioni riflessive – Le parole e i significati	pag. 8
Valter Fascio	La cultura della cura	pag. 9
Roberto Biancat	Il valore di essere colleghi	pag. 10
Ruggero Zanin	L'etica della cura	pag. 11
Giuliano Bon	Cura infermieristica: dall'ospedale a casa	pag. 13
Marcella Gostinelli	Il futuro dell'infermiere	pag. 14

CONTRIBUTI

Sara Patuzzo	L'identità intellettuale della professione infermieristica L'importanza di una lettura etica e deontologica della relazione assistenziale e del rapporto interprofessionale	pag. 16
Francesco Falli	Contributo	pag. 20
Andrea Minucci	L'ospedale sempre meno umano, sempre più azienda	pag. 22
Laura Candiotto	La vocazione vulnerabile: l'ascolto della ferita	pag. 22
Franco Daprà	Considerazioni	pag. 24
Enrico Gianfranceschi	Slow nursing	pag. 25
Valter Fascio	Contributo intervista	pag. 26
Giuseppe Goisis	Tempo della cura e cura del tempo	pag. 28
Franco Ognibene	L'infermiere chi è, dove lavora e cosa potrà mai volere?	pag. 31
Marcella Gostinelli	Riflessioni per il convegno	pag. 33
Maurizio Barbon	Contributo	pag. 35
Iris Scapinello	Contributo	pag. 35
Ada Lelli	Contributo	pag. 35
Michela Bordin	Contributo	pag. 36
Amato Maria Josè	Contributo	pag. 36
Lorenza Zullo	Contributo	pag. 36
Luiza Maria Serban	Contributo	pag. 36
Antonella Gallo	Contributo	pag. 36
Danilo Massai	Contributo	pag. 36

CONTRIBUTI arrivati dopo il 12 marzo

Valentina Cosso	Kairòs come tempo della cura -	pag. 37
Marina Da ponte	Il tempo della cura fra Kronos e Kairòs	
	Osservazioni	pag. 42
Alberto Madricardo	Nuovo sguardo di cura	pag. 43

ABSTRACTS

Provocazioni riflessive - Le parole e i significati

Luciano Urbani, infermiere Mestre

Eccoci qui ad ascoltare parole, parole, parole ed ancora parole....

le parole ci danno emozioni ...

ci aiutano a capire

oppure ci possono confondere ...

alimentare sogni, illusioni, la fantasia,

il fantastico, la magia, il miracoloso....

si confondono i sogni e i desideri con la realtà dei fatti...

l'ottimismo supera il principio di non contraddizione, l'evidenza....

dipinge la quotidianità di una magica energia positiva....

ed ecco che d'incanto tutto è possibile e gratificante.

"Le cose belle della vita non si vedono con gli occhi ma si sentono con il cuore" ...

"Il futuro appartiene a coloro che credono alla bellezza dei propri sogni" ...

Finalmente l'infermiere può sognare di essere professionista.

Professione e responsabilità

Come può essere responsabile un professionista che non ha il controllo del tempo sul proprio agire?

A che serve accumulare titoli, diplomi o competenze se non si è in grado di esercitare

la competenza fondamentale: prendersi cura nel tempo.

Il tempo è la competenza essenziale del fare assistenza.

Ma chi è l'infermiere?

Parafrasando Parmenide di Elea: "l'infermiere è, il non infermiere non è " .

Infermiere trascendentale

Ma ecco la scoperta del dottor Manzoni: l'infermieristica trascendentale. Quando la realtà è troppo banale e misera è preferibile sollevare lo sguardo e contemplare orizzonti metafisici, puri e incontaminati, dove pensare vale molto più che fare, dove i riferimenti dell'infermiere non sono più i fatti e le evidenze scientifiche.

Un filosofo afferma:

"in un futuro tutti gli infermieri saranno medici e tutti i medici saranno infermieri".

Intanto, perché contrattualmente tutti i medici sono dirigenti, mentre solo pochi infermieri lo sono?

E come mai gli infermieri sono costretti ad emigrare?

Conoscere per comprendere

Ma il cateterismo è una procedura sterile? una voce sussurra: "secondo me ... un po' è sterile" ...

La competenza per la prevenzione delle infezioni e la buona pratica con presidi non sterili, con l'incubo incombente dell'era post antibiotica, l'infermiere è più competente del Governo della salute? E la deontologia professionale?

.... scegliere per essere

In questo mondo straripante di informazioni, di desiderio di potere e ambizioni di successo ad ogni costo, di abitudine alla convenienza, si inserisce il nostro tentativo di onesto percorso per la ricerca della libertà di parola.

sarà compreso, sarà utile, sarà condiviso?

Mi sovviene un auspicio: "Enfermeiros unido jamas será vencido!"

La cultura della cura

Valter Fascio *Ordine di Santa Maria di Ivrea Osb. Infermiere coordinatore. Specializzazione nella Salute Mentale, Master Forense.*

La cultura della cura occidentale produce la convenzionalizzazione, la virtualizzazione dei mondi della sofferenza, come se ci fossero solo “guasti” standardizzabili e la non indispensabilità dell’incontro con l’altro nella prassi assistenziale e terapeutica. La capacità di inventare “forme” dal magma “informe” dell’accadere da parte di una comunità di lavoro (infermieri) è indispensabile per contrastare l’intransitività delle singolarità sofferenti e la relativa omologazione e catalogazione. Oggi sarebbe di grande importanza concepire una cura “slow” all’insegna della complessità, molteplicità e della differenza, in un momento storico che tende a riproporre agli infermieri l’amorfo e il compatto, il trattare i pazienti “come se” fossero tutti uguali che in un passato annullava ogni peculiarità. Il diffondersi di una cultura della cura ha molto a che fare con la sua visibilità e questa nel caso dell’assistenza avviene soltanto attraverso le azioni concrete dei protagonisti. Gli infermieri possono contribuire avendo il tempo quotidiano per “donare senso e significato” alla cura: partecipando a momenti pubblici nei quali dar voce alle “storie” di cura con le quali vengono in contatto, mettendo in rilievo non solo i bisogni della persona fragile ma anche di quella che della fragilità si fa carico. I decisori delle politiche professionali e culturali hanno essenzialmente due compiti: congedarsi dalle maschere e cliché per avere un contatto diretto con la gente, ascoltarla, e successivamente usare degli strumenti legislativi e amministrativi in modo da sostenere e valorizzare la cura (data e ricevuta) come “bene comune” lungo il corso della vita delle persone nella comunità di convivenza.

Il valore di essere colleghi

Roberto Biancat, *infermiere dirigente Centro Riferimento Oncologico Aviano*

Appartiene alla società degli anni sessanta, settanta e buona parte degli anni ottanta il concetto di modello di sviluppo illimitato secondo il quale sembrava possibile, se non addirittura ovvio e inarrestabile, crescere indefinitamente avendo a disposizione risorse umane, economiche-finanziarie, materie prime ed energetiche senza limiti. Secondo questa logica le aziende e le imprese sono a loro volta cresciute perdendo la responsabilità verso l'efficienza, ma ancor prima verso l'efficacia evitando di misurare gli esiti.

I cambiamenti sociali, economici e normativi successivi hanno invece impostato una revisione di questo modello di sviluppo, in particolare, per quanto riguarda i settori pubblici: ricercare l'Efficacia, l'Efficienza, l'Economicità, ma anche l'Etica e l'Evoluzione è diventato indispensabile, pena la scomparsa del mercato.

La situazione attuale si può schematicamente definire di non crescita, o in alternativa, di crescita selettiva e l'orientamento a tutti i livelli industriali o del terziario e quaternario va indirizzandosi verso il consolidamento: ciò implica una scelta continua fra quanto si può fare e quanto si deve rinunciare, stabilendo ad ogni passo le priorità e dove investire.

Le alternative possibili vanno selezionate attentamente in coerenza con gli obiettivi generali e le risorse disponibili, e se queste sono limitate, è evidente che esse andranno reperite principalmente all'interno, attraverso una riorganizzazione che si ponga come obiettivo l'eliminazione degli impieghi superflui e i costi della non qualità, degli sprechi e delle dispersioni e si ricerchi piuttosto l'integrazione multidisciplinare sul percorso di ogni singolo cliente, nonché, le possibili gestioni in comune delle risorse, quindi, le coordinazioni e le combinazioni logiche per il recupero di efficienza.

Non è più possibile ragionare in termini di subcultura organocentrica, per Dipartimento verticale e per Struttura Operativa, ma bisogna entrare in una cultura antropocentrica in cui gli operatori si collocano in un'organizzazione a matrice, in Dipartimenti trasversali: per lavorare meno, meglio, riducendo i tempi d'attesa, con successo, con appropriatezza, riducendo i costi ed i costi della non qualità, riducendo gli infortuni, riducendo il rischio clinico e migliorando le prognosi, gli esiti.

A fronte di quanto sopra la dimensione economica delle professioni medica, infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, ma anche amministrativa, comprende innanzitutto la padronanza delle tecniche di controllo di gestione e programmazione così come sono applicate nell'organizzazione di appartenenza ai vari livelli; ad essa si aggiunge la partecipazione da protagonista nelle iniziative volte a cambiare una situazione a valenza negativa in una situazione a valenza positiva, ma anche nelle iniziative di mobilitazione per il recupero di efficienza ispirati nel comportamento dalle leggi etiche del nostro popolo, che sembrano essere dimenticate, ma che in realtà si stanno riscoprendo, pur essendo radicate nella notte dei tempi, fortemente moderne ed attuali

L'etica della cura

Ruggero Zanin - Filosofo - Associazione Culturale Nemus - Venezia

Come nel caso del docente nei confronti del suo allievo, anche nella relazione tra operatore di sanità e persona malata, il rapporto che si viene a instaurare non può essere che di carattere essenzialmente etico. Perché ne va della vita e della morte, certo; ma ancor di più perché si entra nell'ambito di relazioni esistenziali "di base", assolutamente fondamentali: relazioni "estreme" in quanto riguardano la "cura" del corpo e dell'anima.

Il nostro (di noi "professionisti della cura") è un agire orientato in senso etico che si muove dall'intreccio e dal fondersi di due polarità molto differenziate tra di loro: da una parte ciò che io chiamo l'etica della partecipazione, del coinvolgimento (anche emotivo) con quella particolare esistenza che ci sta di fronte, con la quale siamo chiamati a interagire (empaticamente) per poter svolgere bene il nostro ruolo; dall'altra parte ciò che possiamo definire etica della responsabilità, che prevede un distacco, un controllo (e un autocontrollo) sullo scambio relazionale, ma anche un principio di autorità che instaura inevitabilmente un dislivello tra chi esercita questo tipo di professioni e chi è "oggetto" di cura.

Quest'ultimo punto è fondamentale, perché riguarda il grande tema della "responsabilità", che avvicina e che insieme allontana i soggetti coinvolti nella cura. Compito imprescindibile del professionista della cura è infatti quello di responsabilizzare il più possibile il discente e la persona malata a prendersi cura di sé, a rendersi autonomi, a saper progredire sulle proprie gambe; nello stesso tempo, però, i professionisti della cura sanno benissimo che, nei momenti di massima criticità, la responsabilità di quanto può accadere ricadrà inevitabilmente sulle loro spalle, e che dovranno sopportarne le conseguenze. Quando parlo di "autorità" intendo propriamente questo – non perdere mai il controllo della situazione e assumersi la responsabilità di ciò che avviene –, non certo il vecchio paternalismo (che è una forma di "autoritarismo") per cui il discente e il paziente sono inevitabilmente ricondotti a uno stato di minorità e di dipendenza assoluta.

Fa sorridere pensare che, a parere del grande sociologo e filosofo Max Weber, sul difficile sentiero dell'etica della responsabilità, i professionisti della cura dovrebbero incontrare anche il professionista della politica (colui che dovrebbe prendersi cura del vivere insieme degli uomini). E forse, tra non molto, nelle nostre discussioni di etica della cura dovremo coinvolgere anche robot umanoidi, capaci di empatia e di risoluzione di problemi di carattere morale.

L'etica della cura vive dunque della difficile, sottile dialettica tra partecipazione e distacco, tra autorità e autonomia. Ma vive anche della differenziazione (o intensificazione) tra diversi modi (o livelli) di intendere la cura. Io ne individuo tre, e ora cercherò di definirli, anche se in maniera molto problematica.

C'è, innanzi tutto, la "cura della malattia", in cui la dimensione etica coincide, sostanzialmente, con la deontologia professionale: si tratta di applicare al meglio metodologie, procedure, protocolli, interagendo emotivamente il minimo indispensabile con il "paziente"; il quale è certamente chiamato ad accettare o meno quanto gli viene proposto in termini di cura, ma nulla di più.

Per spiegarmi meglio su cosa intendo per cura della malattia posso ricorrere a una citazione letteraria, la prima pagina di *Memorie di Adriano* di Marguerite Yourcenar, dove si legge: "È difficile rimanere imperatore in presenza di un medico; difficile anche conservare la propria essenza umana: l'occhio del medico non vede in me che un aggregato di umori, povero amalgama di linfa e di sangue."

Seppure nella mia limitata esperienza di ospedali, ho conosciuto alcune persone anziane che, curate in ospedale per malattie che imponevano una lunga degenza, in quel luogo hanno perduto il senno, per mai più ritrovarlo, almeno completamente, in seguito. Probabilmente ciò sarebbe successo comunque a seguito di un qualsiasi altro trauma; rimane però il problema di uno sguardo (quello del

medico, diversamente, nella mia esperienza, da quello dell'infermiere) tutto concentrato su di un singolo arto od organo e che a malapena vede la persona che gli sta di fronte nella sua identità irriducibile. Ancora una volta entriamo nella polemica tra olismo e riduzionismo, che ha caratterizzato una parte anche consistente del pensiero contemporaneo.

Spesso, poi, questa idea di “curare il male” corrisponde molto bene alla logica “consumistica” che ci porta a curare non tanto la malattia, quanto i sintomi del male. Mentre stavo ragionando su questo mio intervento, mi è capitato di leggere in *D*, il magazine al femminile di *Repubblica*, una corrispondenza di Federico Rampini, in cui egli confessa di aver usato per anni (peraltro all'inizio dietro prescrizione medica) una pillola contro il mal di stomaco da stress; e di averlo fatto quotidianamente in compagnia di milioni di persone negli USA. “Fino al giorno in cui un celebre medico americano, scrivendo un articolo sul *New York Times*, si è dichiarato ‘dipendente da prilosec’, e pentito. I bruciori, i dolori, gli spasmi, sono tutti segnali che ci manda il nostro organismo, implorandoci di mangiare molto meno, e molto meglio.” Rampini conclude la sua corrispondenza in questa maniera: “In seguito all'articolo di quel medico sono usciti degli studi sui danni collaterali della pillola del benessere gastrico. E ho smesso di colpo. Mi son detto che non voglio rimanere avvinghiato in questa insidiosa soluzione americana, la farmacopea della vita felice, senza sacrifici e senza autodisciplina. Ben tornati, dolori, credo che mi accompagnerete fino alla fine.” L'unica cosa che mi sentirei di chiedere a Rampini è la seguente: “Siamo proprio sicuri che quella della pillola del benessere sia, esclusivamente, un'American Way of Life?”

Il livello successivo nello sviluppo dell'etica della cura è a mio avviso rappresentato dalla “cura della persona”. Personalmente ho incontrato questa forma di etica (che però era allora anche una forma di politica) quando, giovane studente di filosofia, ho intercettato i frammenti di una galassia molto vasta e composita, che qui da noi si manifestava soprattutto intorno alle esperienze di Franco Basaglia, esperienze incentrate sull'incontro e sul dialogo con le persone malate di mente, che prima di essere malate sono appunto persone (anche nei momenti in cui sono “fuori di testa”). È evidente che la cura della persona non rappresenta una contrapposizione alla cura della malattia, ma un suo approfondimento; però in una direzione molto diversa dall'idea di un sistema sanitario tutto istituzionalizzato, segmentato secondo percorsi definiti a priori, rigidi, impositivi. La cura della persona rappresenta invece l'idea (o forse l'utopia) di una sanità vicina ai cittadini, capace di educare e di prevenire le malattie, in grado di accompagnare le persone malate in un percorso di consapevolezza e dignità.

Ma se questa è utopia, cosa dire dell'ultimo livello di intensificazione, quello che io chiamo “cura della salute”? Perché la salute spesso va stanata, va costretta a emergere anche a fronte della malattia; perché la serenità della vita deve poter essere un obiettivo da raggiungere anche nei momenti in cui la vita sembra voltare al peggio (naturalmente sempre che il dolore non sia così devastante da rendere insopportabile la vita). Anche qui si tratta di andare contro il dominio di una visione “consumistica” della vita, per cui essa sarebbe da considerare positivamente solo in relazione al piacere che da essa si può ricavare; anzi, meglio, solo in relazione alla *quantità* di piacere che da essa si può ricavare. Ci deve essere invece una considerazione anche qualitativa del piacere della vita, che può integrare quella puramente quantitativa, soprattutto per quelle esistenze all'apparenza meno fortunate. Voglio allora concludere (rifacendomi al grande filosofo inglese dell'Ottocento John Stuart Mill) con una domanda che spesso pongo ai miei studenti: “Meglio essere un Socrate malato, o un maiale soddisfatto?”

CURA INFERMIERISTICA: DALL'OSPEDALE A CASA

Giuliano Bon - Infermiere coordinatore - Gorizia

Alcuni giorni prima delle dimissioni, precisamente il mercoledì 29 febbraio alle h 1200 nella fascia d'orario di visita ai degenti da parte dei familiari, venivo avvisato dall'infermiera del reparto "Medicina" che mia Mamma sarebbe stata dimessa venerdì 2 marzo.

Venerdì 2 marzo h 1200 (orario visita parenti) mi reco in "Medicina". L'infermiera con cui ho parlato il giorno 29 febbraio, mi comunica che alle h 18.30 la Mamma verrà dimessa e trasportata a casa con l'autolettiga. Faccio notare che pur avendo lasciato proprio a Lei il mio n° di cell. nessuno mi ha contattato per confermare le "**probabili**" dimissioni

Medicina vuole dimettere mia mamma di venerdì' con catetere inserito e non deambulante. Riguardo le mie preoccupazioni concernenti il catetere inserito e tutte quelle cose che dovrebbero essere spiegate per assisterla nel modo giusto e volendo avere le delucidazioni necessarie mi viene detto di "non preoccuparmi" dato che la Mamma sarà assistita a domicilio da personale specializzato

Venerdì 2 marzo h 1845 trasportata dall'ambulanza della Croce Verde la Mamma è finalmente a casa, ad accoglierla ci sono io più tardi verranno i miei fratelli così potrò andare a fare un po' di spesa.

"NON SI PREOCCUPI, SUA MAMMA SARA' SEGUITA DAL SERVIZIO DI ASSISTENZA A DOMICILIO"

Ero stato precedentemente avvisato che la Mamma sarebbe stata dimessa provvisoriamente con il catetere inserito ma di questo se ne sarebbe occupato l'assistenza domiciliare.

Leggendo la lettera di dimissioni mi accorgo che c'è una iniezione da fare, non mi preoccupo poiché la mamma sarà assistita a domicilio. Telefonando a Medicina mi viene detto che l'assistenza a domicilio devo attivarla io e questo sarà possibile appena lunedì, sempre telefonicamente mi viene dato il n° di tel. dell'ADI ed nominativo a cui devo rivolgermi.

Non ci sarà nessuna assistenza a domicilio.

- 1) Perché Medicina dimette mia Mamma in una situazione di salute ondivaga?
- 2) Perché Medicina mi fa credere che mia Mamma sarebbe stata seguita a casa?
- 3) Perché Medicina ha dimesso mia Mamma venerdì sera? Quando fino a lunedì non si può fare nulla!
- 4) Perché Medicina mi richiede il numero di telefono per avvisarmi con sufficiente anticipo delle dimissioni se poi non mi contatta?
- 5) Perché Medicina ha dimesso una persona che deve essere seguita a domicilio non curandosi se sarà seguita da questo ADI e la SCARICA a chi ha il dovere morale di seguirla senza chiedergli se ne è capace?
- 6) Perché Medicina mi dice per telefono quando mia Mamma è già a casa che questo ADI lo devo attivare io lunedì, per cui Medicina sa perfettamente che mia Mamma non avrà alcuna assistenza ne sabato ne domenica?
- 7) Perché prima di dimetterla non mi avete detto se sapevo fare le iniezioni?

SLOW NURSING: IL TEMPO PER L'ASSISTENZA, IL PRENDERSI CURA, L'ETICA, LA RESPONSABILITA'.

Il futuro della professione

Marcella Gostinelli – *Infermiera Dirigente – Centro Oncologico Fiorentino*

Ringrazio Luciano per aver dato vita ad una vera ed intensa interazione intellettuale tra infermieri e non solo; la cosa che ho infatti gradito molto è stata la possibilità di interagire anche con saperi altri dall'infermieristica, come la filosofia, saperi che non solo complementano il sapere infermieristico supportandolo, ma predicano la nozione stessa di assistenza perché ne facilita l'azione dalla quale nascerà un nuovo pensiero. Mi piacerebbe molto apprezzare il ruolo critico della filosofia nel guidare le nostre condotte, nell'arricchire la nostra esperienza e soprattutto nel promuovere la democrazia creativa che nella nostra comunità infermieristica nessuno promuove mai.

E' sorprendente infatti quanto è possibile imparare da stili di pensiero che a prima vista possono sembrare così estranei. In particolare ho molto apprezzato il contributo di Laura Candiotti perché sono profondamente convinta che il sistema dovrebbe operare con il richiamo continuo alla cura della sofferenza umana, un richiamo che fa da sottofondo all'opera sanitaria. Chiunque operi in sanità dovrebbe poter partire da un governo che rifletta, incorpori, introietti, garantisca, trasmetta, quei sentimenti e atteggiamenti da cui dipende culturalmente, eticamente e che sono volti alla cura della sofferenza umana. Grazie di cuore Laura.

Ho letto la presentazione che Luciano ha fatto per la Brochure del convegno parlando appunto di Slow nursing. All'inizio non ero molto entusiasta di Slow nursing perché condizionata dall'esperienza di slow medicine e da tutte quelle altre simili che sono poi molto dissonanti con le prassi e che sostanzialmente non portano a niente.

“Il tempo per l'assistenza: libera cultura e libera riflessione”, questo è slow nursing, secondo quanto scrive Luciano, allora slow nursing non è ancora una realtà, ma un conseguimento, qualcosa da raggiungere. Nell'intenzione di un conseguimento di una realtà libera ho deciso di interessarmi a Slow nursing sebbene con alcune perplessità che di seguito cercherò di spiegare.

Io sento che l'infermiere non è libero, libero di essere e di fare. Libero di pensare. Pensa, ma non pensa da infermiere.

Ma dove sta la libertà? Nel contesto? E cioè in alcuni contesti si può pensare e dire ed in altri no? Quali sono i contesti propri al pensiero ed alla parola? Non dico nell'azione perché l'azione infermieristica non è sicuramente ad oggi libera. Sta nel riconoscimento di un pensiero plurale da parte di chi ci rappresenta o dirige? Se sta nel contesto non si può essere liberi perché “dici lì “e sei” punito di là”. Se sta nell'aver un pensiero strategico che nasce dalla pluralità dei pensieri e delle idee non è il nostro caso; basti pensare che non abbiamo il patrocinio del collegio perché slow nursing non è slow medicine. Slow medicine è il progetto cui la Federazione ha deciso di partecipare spendendo dei soldi della comunità senza chiedere alla comunità. Allora, slow nursing non serve di conoscerlo nelle intenzioni, non serve a niente, non solo per la Federazione, ma neanche per tutto il resto del mondo perché se non interessa la Federazione non avrà vita, non sarà spendibile, replicabile. E' uno spazio di libertà, dove si può dire quello che si pensa, ma non

garantisce dalla non punizione per ciò che verrà detto e poi fatto; non ha, ad oggi, forza abbastanza per acquisire autonomia intellettuale, massa critica e garantire la non punibilità o almeno il supporto ai puniti ; dico questo perché questo movimento, secondo me, per essere utile e pragmatico non dovrebbe limitarsi a fornire spazi di discussione e libertà di pensiero, ma dovrebbe accompagnare le azioni che da quegli spazi si declinano. O meglio: slow nursing dovrebbe caratterizzarsi da azioni che spiegano il significato del pensiero portato avanti da Slow nursing. Il pragmatismo di slow nursing dovrebbe essere l'obiettivo di slow nursing.

Nell'azione di supporto al punito, reale o potenziale, si capisce il significato del pensiero di chi supporta. Parlare, discutere, confrontarsi fa sempre tanto bene, ma se non ci sono azioni che spiegano il nostro pensiero non dobbiamo poi meravigliarci dei silenzi, di chi non parla, di chi non mette nome e cognome, di chi si ritira, di chi non è troppo trasparente, perché manca l'azione che rivela la presenza di un pensiero impegnato nella conquista della libertà di pensiero; chi tutela chi parla? Non si tratta ovviamente di una tutela fisica, e neanche di una punizione fisica, ma di una tutela in termini di sviluppo, crescita di carriera, necessaria ad una professione intellettuale. Certo che parlare e discutere permette di farsi un'idea, un pensiero aggiornato con socialità e quindi crea forza e connota sempre più il pensatore e quindi crea massa critica, più difficile da punire rispetto al singolo percepito come ribelle, ma il vero valore aggiunto è nella determinazione con la quale porteremo avanti i nostri pensieri critici per confrontarci, per operare quotidianamente nella diversità. In questi giorni e non solo, su Quotidiano sanità si sono letti molti fatti sconvenienti e dolorosi per una professione come la nostra, ma nessun commento ad essi a firma infermieristica c'è stato, se non i soliti noti per dirla con Lebiu.

Il movimento deve servire a rafforzare chi osa dire e chi non osa, ma vorrebbe. Altrimenti son "chiacchiere" e le "chiacchiere" non portano da nessuna parte.

Grazie di cuore a tutti per l'ascolto e a presto vedervi e conoscervi. Mi farà tanto piacere stringervi la mano.

CONTRIBUTI

Sara Patuzzo - L'identità intellettuale della professione infermieristica.

L'importanza di una lettura etica e deontologica della relazione assistenziale e del rapporto interprofessionale

Professore a contratto in Bioetica, Logica e Filosofia della scienza, Università degli Studi di Verona

1. L'evoluzione della professione infermieristica.

Antiche e nuove difficoltà

In passato quella infermieristica era una professione ausiliaria oltretutto vocazionale, ispirata a valori religiosi e rivolta alle sole donne. La figura dell'infermiera era ancillare e subordinata a quella del medico, rispetto alla quale non godeva di alcuna indipendenza.

La situazione evolve negli anni Settanta del secolo scorso (1), quando l'assistenza infermieristica matura lo *status* di professione intellettuale, raggiungendo graduale consapevolezza e riconoscimento sociale del proprio ruolo all'interno del mondo sanitario.

Quella dell'infermiere diventa una professione indipendente, ormai aperta anche agli uomini, il cui riconoscimento di diritti sindacali si accompagna alla responsabilizzazione dello specifico assistenziale, con la previsione di una costante attività di aggiornamento e formazione.

Negli anni Novanta il processo trova un proprio compimento con l'abrogazione del Mansionario, nonché del termine "ausiliario" (2). L'infermiere non è più un mero esecutore ma un professionista competente, decisore indipendente e responsabile del processo di *Nursing*. Il rapporto gerarchico con il medico si trasforma in un rapporto interdisciplinare - interprofessionale che richiede il rispetto delle reciproche responsabilità.

Con il nuovo Millennio (3) si osserva un ulteriore rafforzamento dell'indipendenza professionale dell'infermiere, chiamato a impegnarsi nel fornire un'assistenza individualizzata e progettata, mediante l'annullamento formale di ogni forma di subordinazione nei confronti del medico.

Tuttavia, permangono alcune questioni aperte, anche se non generalizzabili, che sollecitano una parte della professione infermieristica a rivendicare ulteriori trasformazioni.

- 1) La permanenza di comportamenti di stampo "classista" posti in essere da alcuni medici nei confronti degli infermieri, che comporta una tempestiva riflessione sull'evoluzione della *leadership* medica e sulla reale costruzione del lavoro interdisciplinare all'interno dell'*équipe* sanitaria.
- 2) La delega nella pratica clinica da parte di alcuni medici agli infermieri di talune attività, senza che a ciò sia previsto o segua alcun riconoscimento ufficiale. Viceversa, la categoria professionale medica sembra essere sempre più protesa alla difesa formale del proprio "fortino", adducendo la ragione di garantire e tutelare il paziente negli interventi a esso rivolti e su di esso praticati. Al riguardo, ne è esempio emblematico la volontà di stressare all'interno del nuovo Codice di deontologia medica (18 maggio 2014) il possesso di competenze esclusive e non delegabili:
 - «La diagnosi a fini preventivi, terapeutici e riabilitativi è una diretta, esclusiva e non delegabile competenza del medico e impegna la sua autonomia e responsabilità» (4).
 - «La prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione è una diretta, specifica, esclusiva e non delegabile competenza del medico» (5).
 - «L'acquisizione del consenso o del dissenso è un atto di specifica ed esclusiva competenza del medico, non delegabile» (6).

- «La redazione del rapporto finale di una sperimentazione è una competenza esclusiva e non delegabile del medico sperimentatore» (7).

- 3) La scarsa interazione intellettuale tra professione medica e professione infermieristica, che può generare difficoltà comunicative e gestionali. Si noti al riguardo l'assenza dell'IPASVI, come di altre rappresentanze delle professioni sanitarie ai lavori di sviluppo del nuovo Codice di deontologia medica (2014), per i quali la FNOMCeO ha interpellato numerosi soggetti esterni nel corso di specifiche audizioni, come il Comitato Nazionale per la Bioetica, Sindacati medici, Società medico-scientifiche, Associazioni di Etica e Bioetica, Associazioni di pazienti e cittadini. Allo stesso modo, si rilevi l'assenza della FNOMCeO al processo di revisione del Codice deontologico dell'infermiere (2009).
- 4) La mancanza di riconoscimento non solo da parte della categoria professionale medica, ma anche da parte sociale, dell'importanza del ruolo dell'infermiere nella relazione con il paziente, nonostante spesso si converga sul fatto che il medico curi principalmente la malattia, mentre l'infermiere si prenda cura della persona che, in quel momento della sua vita, vive la malattia.

2. Ulteriori trasformazioni della professione. Prospettive future

In merito a tali aspetti problematici, una parte del mondo infermieristico lamenta un senso di frustrazione, che in alcuni casi si traduce nella richiesta di nuove competenze, in particolare di presidi, di esami diagnostici, di farmaci. In materia, manca tuttavia un'adeguata riflessione sugli effetti relativi a queste rivendicazioni, ovvero:

- 1) un aumento delle connesse responsabilità, che potrebbe tra l'altro condurre alla stabilizzazione della nascente disciplina dell'Infermieristica Legale;
- 2) uno sconfinamento della professione infermieristica in quella medica, e il contestuale rischio di un conflitto con i medici.

Per evitare in particolare questa seconda conseguenza, si propongono alcuni percorsi tesi ad un'ulteriore ridefinizione costruttiva della professione infermieristica.

- 1) Limitare la rivendicazione di nuove competenze al solo aspetto dei presidi, dal momento che l'infermiere è già di fatto responsabile dell'assistenza infermieristica, nell'ottica comunque di realizzare un *team* costituito da medici e infermieri quali professionisti in relazione tra pari.
- 2) Parallelamente, la professione infermieristica potrebbe operare una profonda riflessione sul proprio percorso storico-professionale e sistematizzare i propri auspici per il futuro. Sotto questo profilo, una rigorosa riflessione in materia etica e deontologia *della e sulla* professione potrebbe essere utile a mostrare ed enfatizzare la componente intellettuale, prevedendo ad esempio corsi di aggiornamento e formazione *post-lauream* anche di tipo umanistico secondo il perseguimento e il potenziamento delle c.d. “*no-technical skills*”, allo scopo di rafforzare il pensiero critico oltretutto una visione olistica della salute. Infatti, il cambiamento che in pochi decenni ha investito la figura dell'infermiere anche nel nostro Paese, forse manca di una profonda consapevolezza sia da parte di chi opera in sanità (come degli stessi infermieri), sia da parte del contesto sociale, che sappia tener conto dell'evoluzione del profilo professionale, dei nuovi scenari sociali e sanitari, dei nuovi fabbisogni di salute, del nuovo concetto di una *leadership* medica che non può più esimersi dal rapporto interdisciplinare, di una rinnovata riflessione sulla vocazione alla professione infermieristica, del contesto della professione in Europa.
- 3) Realizzare convegni e corsi ECM in collaborazione con i medici, allo scopo di stabilire un maggiore dialogo e superare il conflitto nascente (8), su temi di tipo relazionale nel contesto interprofessionale, di cura e assistenziale.

- 4) Orientarsi alla creazione di protocolli medici di delega di alcuni specifici interventi medici in determinati e speciali casi che si possono presentare nella pratica clinica.

3. L'identità intellettuale della professione infermieristica.

Questioni di metodo e di merito

Alcuni errori strategici e sostanziali si osservano in alcuni degli attuali movimenti infermieristici di rivendicazione: emulazione del medico, conflitto con l'altro da sé (nel caso in oggetto il medico oppure le rappresentanze di categoria, con conseguente alimentazione di lotte intestine al mondo sanitario e a quello infermieristico), lotta spesso isolata e autoreferenziale.

Inoltre, troppo spesso la dimensione etico-deontologica della professione viene sovrapposta a quella sindacale rivolta al piano giuridico. Questioni come quelle del demansionamento (9), del rischio che l'infermiere si trasformi in una figura "factotum", dell'aumento dei carichi di lavoro, del tempo a disposizione per eseguire i compiti assistenziali, concernono aspetti di natura sindacale, anche se con alcune evidenti ricadute di tipo etico. Tuttavia, si ricordi come, tecnicamente, l'etica preceda il diritto, nonostante la complessità sistematica odierna conduca a un condizionarsi reciproco delle due realtà.

Allo stesso modo, spesso si confonde l'identità intellettuale della professione, tutt'oggi *in fieri*, con la cultura *tout court*: come non esiste una cultura "dei medici", "degli avvocati", "degli ingegneri", così non è possibile addurre una cultura "degli infermieri" che faccia confluire la dignità personale, professionale o sociale con il culto o il credo.

Nel tempo attuale, i professionisti infermieri vivono l'opportunità storica di sviluppare in modo organico la propria intellettualità secondo percorsi di tipo etico e deontologico che registrino i profondi cambiamenti delle nostre moderne società.

Viceversa, il pericolo in cui incorre la professione infermieristica è quello di ripetere i medesimi "errori" compiuti dalla categoria medica sino alla prima metà del secolo scorso (sino al "Codice Frugoni", 1958), ovvero di strumentalizzare l'etica e la deontologia professionale al fine di regolamentare le norme della c.d. "buona colleganza" (in quel caso in senso intraprofessionale, nel caso degli infermieri in senso interprofessionale), di difendere e rilanciare l'immagine del medico nella società (venuta meno a causa dei tanti ciarlatani medici e medici ciarlatani), di rivendicare diritti e interessi della categoria (come l'esclusività delle competenze o gli onorari). Se a partire dall'edizione del 1978, i Codici di deontologia medica, da etichette del tutto similari alla precedente forma dei Galatei medici si sono aperti alla complessità del mondo e soprattutto alla relazione di cura centrata sul paziente (10), è pur vero che tale "seconda generazione" deontologica è dovuta più al dovere di armonizzarsi con la nuova legislazione nazionale e sovranazionale, che a una reale interiorizzazione della nuova etica. Una deriva odierna la si osserva nel conflitto tra medico e paziente, che spesso conduce alla riduzione civilistica e penalistica di quella che un tempo costituiva la nobile alleanza terapeutica.

La professione infermieristica dovrebbe anzitutto riconoscere e prendere coscienza della rivoluzione etica che ha condotto il mondo della sanità a superare il modello del *paternalismo medico*, fondamento del sistema sanitario medico-centrico, in virtù di quello del *consenso informato*, che pone in luce l'emancipazione del paziente e, indirettamente, degli stessi infermieri. In tale convergenza tra infermieri e società risiede l'importanza di cogliere il senso delle attuali "battaglie civili" di alcuni movimenti infermieristici. Tuttavia, esse non possono essere scerve dell'uso sistematico degli strumenti intellettuali nel portare avanti le proprie tesi: convegni, corsi ECM, dibattiti su riviste specialistiche possono mostrarsi utili al mondo infermieristico nel riflettere sull'evoluzione etico-deontologica della professione, caratterizzata da nuove importanti domande:

cosa si intende oggi per “bene del paziente”? Qual è la portata della soggettivizzazione dei concetti di “salute” e di “malattia”? In cosa risiede la differenza tra “curare” e “prendersi cura”? Come stabilire il confine tra “terapia” e “assistenza”? Il professionista sanitario è “autonomo” o “indipendente”? Quali sono i principi etici della professione infermieristica e delle professioni sanitarie in generali, tra i cardini della tradizione e i nuovi scenari del pluralismo morale?.

Nel tentare di rispondere a queste domande, ovvero inserendosi nel dibattito etico e bioetico che anima quasi esclusivamente il mondo medico, l’infermiere può cogliere l’opportunità di diventare un attore morale un interlocutore privilegiato di una persona assistita in cerca di ascolto e comprensione delle proprie nuove esigenze e bisogni.

BIBLIOGRAFIA

1. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Codice deontologico dell’infermiere 1977.
2. Legge n. 42 del 26 febbraio 1999, “Disposizioni in materia di professioni sanitarie”. Decreto n. 739 del 14 settembre 1994, “Regolamento concernente l’individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell’infermiere”. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Codice deontologico dell’infermiere 1999.
3. Legge n. 251 del 10 agosto 2000, “Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica”. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Codice deontologico dell’infermiere 2009.
4. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Codice di deontologia medica 2014, art. 3, “Doveri generali e competenze del medico”.
5. Id., art. 13, “Prescrizione a fini di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
6. Id., art. 35, “Consenso e dissenso informato”.
7. Id., art. 49, “Sperimentazione clinica”.
8. Id., art. 66, “Rapporto con altre professioni sanitarie”: «Il medico si adopera per favorire la collaborazione, la condivisione e l’integrazione fra tutti i professionisti sanitari coinvolti nel processo di assistenza e di cura, nel rispetto delle reciproche competenze, autonomie e correlate responsabilità. Il medico sostiene la formazione interprofessionale, il miglioramento delle organizzazioni sanitarie nel rispetto delle attività riservate e delle funzioni assegnate e svolte e l’osservanza delle regole deontologiche».
9. Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI, Codice deontologico dell’infermiere 2009, art. 49: «L’infermiere, nell’interesse primario degli assistiti, compensa le carenze e i disservizi che possono eccezionalmente verificarsi nella struttura in cui opera. Rifiuta la compensazione, documentandone le ragioni, quando sia abituale o ricorrente o comunque pregiudichi sistematicamente il suo mandato professionale».
10. Patuzzo S., Storia del Codice italiano di deontologia medica. Dalle origini ai giorni nostri. Torino: Minerva Medica, 2014.

Francesco Falli - Contributo

Presidente Collegio Ipasvi La Spezia

Sono, come nella occasione del 1° convegno sul tema, svolto a fine gennaio 2015 a Vasto, fermamente convinto che la attuale situazione del nostro impegno professionale è lontana anni luce dal disporre del "tempo che ci serve" (a ogni livello: professionisti "di linea", coordinatori, dirigenti, pur nelle ovvie differenze d'impatto).

E vedo, nel concetto di slow nursing, qualcosa che dovrebbe attraversare tutte le nostre vite, sia private, sia professionali.

Al contrario, corriamo -ogni giorno di più- per compensare le carenze, le assenze, le nuove richieste.

Dimenticando non solo i rischi che affrontiamo, magari tagliando i tempi di verifica, ma anche - purtroppo- quel "tempo di cura" che è fatto di uno scambio di battute, di un sorriso, di un momento diverso.

Un momento fatto non di terapia iniettiva, ma della prossimità fra due persone che si trovano in un territorio diverso dal consueto scenario sociale: in un ospedale, in una struttura sanitaria, o anche nelle case di chi soffre.

Ho pensato spesso a come trasformare in esempi concreti "il tempo che ci serve": credo fermamente che la vera autonomia è anche scegliere il tempo necessario per ascoltare la paura del malato in attesa di una diagnosi, o prossimo ad un atto operatorio; e sono convinto che serve sempre tempo, per poter assistere con la qualità che ognuno dovrebbe poter erogare se Infermiere, e che dovrebbe poter ricevere quando malato.

Per portare, allora, un esempio che ritengo adatto, vorrei presentare Francesca, una Collega delle cure domiciliari dello Spezzino.

Pochi giorni fa è morto uno dei suoi assistiti, un paziente speciale: un bambino nato con problemi, che ha ricevuto per 11 anni cure speciali, con quel tempo che era necessario anche per essere non solo terapeuti ma anche compagni in quel tempo delle cure, e per giocare con lui.

Grazie a quell'assistenza, fatta anche del "tempo necessario", Filippo ha vissuto fra amici anche quando veniva assistito.

Forse, un concetto è anche questo: lo slow nursing permette di conoscerci meglio nella nostra relazione di cura.

Ma credo che ben più delle mie, siano utili proprio le parole di Francesca:

"Il nostro lavoro è un'arma a doppio taglio. Il taglio che fa male si è fatto sentire ieri sera...Filippo non c'è più. Lavorare con i bambini ti cambia, ti migliora. Come infermiere abbiamo avuto l'opportunità di trattare un caso molto complesso, imparando cose che forse avremmo appreso solo in un reparto critico.

Come persone abbiamo avuto la fortuna e l'onore di entrare a far parte di una famiglia meravigliosa e forte.

Sono tanti gli operatori che ruotavano attorno a Filippo, e sono tanti i cuori feriti in questo momento. Oltre a me ci sono state Loredana, Letizia, Sara, Imma e Silvia, le fisioterapiste Federica e Marica, le OSS, le logopediste, le ragazze del porto dei piccoli di Genova...insomma, un arcobaleno di persone." Grazie.

L'ospedale: sempre meno umano, sempre più azienda.....

Andrea Minucci – Responsabile Infermieristico Area Funzionale - Grosseto

Ricordo bene che alla fine del secolo scorso e nei primi anni del nuovo millennio, la parola d'ordine in sanità era: umanizzazione. Non si parlava di altro. Tutti a riempirsi la bocca con questa parola. Il verbo umanizzare ha la sua radice nel sostantivo "umanità" il quale, a sua volta, deriva dal latino *humanitas-humanitatis*, termine che indica l'insieme dei caratteri umani e distintivi della specie umana. In ambito sanitario il verbo umanizzare, significa: mettere al centro "la persona" con i suoi valori, la sua specifica identità, la sua dignità, i suoi bisogni, i suoi diritti e doveri.

Cresce tuttavia in modo esponenziale l'insoddisfazione sia nei ricoverati, sia nei loro familiari e congiunti. Sostanzialmente sono due i motivi che portano a sentimenti di rabbia, di collera, di amarezza: la "mancanza di umanità" da parte del personale sanitario; ed il numero di problemi indipendenti dalla malattia che aveva originato il ricovero, che in medicina sono definiti "eventi avversi".

La mancanza di umanità (chiaramente con tutte le eccezioni del caso) è il problema più sentito e doloroso: la sensazione di essere trattati come "oggetti di cura" e non come persone, è grave e frustrante. Sentirsi un numero, un pezzetto di corpo, un organo malato, e non una persona che soffre, che si sente sola, che ha paura, che ha bisogno di chiedere e di essere ascoltata e rassicurata, queste sono motivatissime ragioni di collera, di rabbia e di amarezza, sia nel malato, sia nei suoi familiari. Questa paradossale perdita di umanità, ancora più grave perché colpisce una professione che per definizione dovrebbe essere umana, ha molte radici.

La prima ritengo sia il percorso di cura sempre più standardizzato in termini di protocolli e procedure: il che è certamente positivo fino a quando però non si "perde" l'anima. Poi la significativa contrazione dei tempi di cura, dovuto principalmente all'impegno primario di ottimizzare i costi ed il budget, con un'enorme quantità di tempo in cui si è costretti ad occuparci di compiti burocratico/amministrativi.

Infatti, la crescita dei costi amministrativi e burocratici è ormai pressoché allineata (se non superiore) a quelli per medici e infermieri, mentre il paziente, che dovrebbe essere il centro, il cuore del lavoro ospedaliero attorno al quale dovrebbero ruotare sia la componente terapeutica, sia la componente organizzativa ed amministrativa, sembra quasi diventato un organismo che ha al centro la quadratura dei conti e/o altri interessi ancora meno nobili.

La demoralizzazione presente in tutto il personale sanitario ha raggiunto ovunque, picchi impensabili prima d'ora. L'orgoglio che una volta si percepiva nel lavorare bene in una struttura qualificata si è a mano a mano logorato nella crescente sensazione di essere un numero di matricola dallo scarso valore aggiunto.

Cosa vorrebbe un paziente? Facile. Essere guardato in faccia. Essere visitato. Essere ascoltato. Vorrebbe che gli venissero spiegate le "sue" cose con linguaggio semplice e soprattutto con il tempo necessario per comprendere. Vorrebbe cogliere un sorriso di rassicurazione, uno sguardo di comprensione, ricevere una stretta di mano, una pacca sulla spalla, quei segni di contatto che stabiliscono un collegamento emotivo essenziale.

Ma quando avviene tutto questo? E' questa la qualità della vita in ospedale per pazienti ed operatori di cui si parla tanto?

E' giunto il momento di invertire la rotta e riprendersi il tempo per l'assistenza, questa sì che è un'emergenza sanitaria. Tra tante riforme inutili, questa andrebbe al cuore del problema. Non si può pensare di curare bene senza avere il tempo necessario per farlo, senza avere il tempo per mantenere una condotta lavorativa degna di un professionista che ha le "carte in regola" per poterlo fare.

Che il malato torni quindi ad essere veramente al centro delle cure, e non un anonimo numero nosologico in un sistema che ha perso di vista la ragione per cui è nato.

SLOW NURSING: il tempo per l'assistenza, il prendersi cura, l'etica, la responsabilità

La vocazione vulnerabile: l'ascolto della ferita

Laura Candiotta, Ricercatrice Università di Edimburgo*

La vocazione, la quale etimologicamente significa “chiamare” e “invitare”, indica un'inclinazione naturale nei confronti di un'arte o di una professione e nel nostro caso evidenzia quel particolare richiamo alla cura della sofferenza umana. Chi sceglie quindi di dare ascolto a questo richiamo deve essere dotato, per definizione, non solo di quelle capacità tecniche e scientifiche per curare la sofferenza, ma anche di quelle capacità di riconoscimento e di ascolto di essa che sono proprie dell'umanità della persona.

Il desiderio di cura si dovrebbe realizzare, secondo Elena Pulcini, come un'etica della cura appassionata (Pulcini 2013, 98), la quale è concreta, contingente e contestuale e riconosce nell'amore ciò che permette di tendere verso l'altro. L'etica della cura appassionata realizza quindi ciò che propriamente è umano, al di là della spersonalizzazione data da un dualismo tra ragione e sentimento o tra soddisfacimento dei bisogni individuali e collettivi. L'ascolto delle emozioni dell'altro insito nel richiamo emozionale, e in particolare della sua sofferenza, restituisce quindi all'umano la sua piena umanità: le emozioni sono dunque ciò su cui si può contare come risorsa per la nostra umanità. Carol Gilligan evidenzia la necessità di raggiungere una visione post-convenzionale dell'etica della cura, che sia capace di superare la facile identificazione tra cura e sacrificio di sé per il bene degli altri. Tale possibilità a mio parere si può realizzare in ambito sanitario se il professionista abbandona una visione dualistica tra sé e la persona assistita, sperando una dimensione relazionale che permetta il giusto equilibrio per il riconoscimento, tra vicinanza e distanza (Candiotta 2014, 100-102).

Secondo Fiona Mackay (Mackay 2001, 130) è necessario trasformare il contesto nel quale gli individui si costituiscono, perseguendo un meccanismo decisionale che sia attento alla cura delle differenze più che ai bisogni universali che sono spesso spersonalizzanti. In tal senso questo cambiamento di paradigma non ha solo a che fare con una visione ontologica-epistemologica dello statuto relazionale del soggetto, né solo con una determinazione emotiva della dimensione della cura, ma anche con una configurazione politica. Tale riconoscimento, invece di indebolire tale proposta perché ritenuta troppo difficile da realizzare a causa della sua dipendenza dalla politica, permette a mio avviso di inserire le professioni di cura, se sorrette da un tipo di vocazione di cui stiamo descrivendo i tratti, in un contesto di azione collettiva. Ciò che può sostenere gli infermieri in questa pratica è proprio l'amore insito nell'etica della cura, il quale, a dispetto di una sua riduzione individualistica è, come sostiene Martha Nussbaum (Nussbaum 2014), una delle emozioni politiche più efficaci.

L'ascolto della sofferenza dell'altro, che, in base a quanto sto qui esponendo, riveste un ruolo centrale nella definizione della vocazione, può essere inteso anche come una *chance* per riconoscere la propria umanità. L'umanità postmoderna ha cioè l'occasione, come sostengono ad esempio Elena

Pulcini (Pulcini 2009, 21) e Marina Calloni (Calloni 2006, 119-137), di riconoscere la propria vulnerabilità¹ grazie alla “forza dell'evento”. Tali analisi che solitamente vengono condotte in merito al dramma causato da particolari eventi storici – un esempio tipico è quello dell'olocausto o della caduta delle Torri Gemelle (Butler 2004; Butler 2005) – sono a mio parere fertili anche per comprendere l'attingimento della cognizione della precarietà dell'esistenza attraverso l'esperienza quotidiana della sofferenza propria e altrui nella malattia. La vocazione si connota così come vulnerabile, non nel senso di una debolezza motivazionale, ma come dimensione di ascolto della ferita. Tale riconoscimento non va però inteso in senso passivo ma come un'occasione per mettere in atto un processo di cura (Diotima 2005). Il riconoscimento della vulnerabilità è cioè qui inteso come quell'elemento che permette all'individuo di rafforzarsi – invece che di indebolirsi – e di attivarsi in vista di un auspicabile processo di guarigione. Il riconoscimento della vulnerabilità innesca cioè un processo di trasformazione che permette di trovare, all'interno della stessa condizione negativa, la chiave per agire un'altrimenti. La vocazione vulnerabile, quindi, non richiede di essere più deboli ma di attingere la forza dalla consapevolezza della sofferenza e dalla resilienza.

La vocazione vulnerabile si coniuga all'etica della cura anche per il significato stesso della passione come patire (Curi 2013). Il patire può essere inteso proficuamente per quanto stiamo esponendo come un sentire il percorso attraverso il negativo. L'esperienza quotidiana della sofferenza come cammino non deve però essere percepita come una fuga, se intesa come abito non deve essere vissuta come un rifiuto (Tarca 2014) o un'espiazione, bensì come il riconoscimento del limite come fenomeno naturale della vita umana, incontrovertibile e imprescindibile, come spazio da ascoltare, abitare e di cui è necessario prendersi cura. Anche se oggi il termine “paziente” sta entrando in disuso, mi piace qui richiamarlo per evidenziare quanto l'utilizzo dell'espressione “etica della cura appassionata” sia estremamente pertinente per il nostro ambito, dal momento che sottolinea proficuamente anche un altro aspetto: l'etica della cura è appassionata se è spinta dal desiderio ma anche se è in grado di ascoltare chi patisce, ovvero il paziente. Per essere tale, l'etica della cura appassionata deve dunque essere vocazionale, ovvero disponibile all'ascolto della sofferenza.

* Estratto da Laura Candiotto, “Essere chiamati dalla sofferenza. Etica della cura appassionata e vocazione vulnerabile”, in L. Candiotto, L. V. Tarca (a cura di), *Le radici della scelta*, Mimesis 2015, pp. 39-51

1 Per quanto riguarda la relazione fra vulnerabilità, femminismo e psicanalisi, cfr. Tommasi 2014, 407-431.

Franco Daprà - Considerazioni

Coordinatore Infermieristico Distretto Sanitario - Bolzano

Mi è davvero difficile trovare la sintonia giusta per portare un mio piccolo contributo a questa bellissima iniziativa di confronto reciproco su questa nostra professione, su questi tempi difficili, su queste tante parole e purtroppo, pochi fatti...

Ho letto con molto interesse i vari interventi che puntualmente Luciano si è premurato di divulgare, in molti mi riconosco, in altri prendo spunto e con essi trovo il tempo anche di riflettere, cosa che preso da tempistiche sempre più assurde oramai mi capita davvero di rado, forse anche nell'intento di non demoralizzarmi.

Lavoro sul territorio da molti anni e ne ho vissuto, almeno per quanto riguarda la realtà della mia provincia, le varie fasi di sviluppo, dove, per una legge dello stato sono nati i distretti e si è cominciato a parlare di assistenza domiciliare.

Per me, che venivo dalla realtà ospedaliera, nato e formato all'ombra del medico, questa opportunità, questa nuova visione dell'assistere ha fin da subito rappresentato una irresistibile attrazione, finalmente si parlava di persone da assistere e non di patologie...

Dopo un inizio non esaltante, il territorio ha iniziato sempre più a prendere piede, si è dotato di persone di qualità e nel tempo ha saputo acquisire una dignità ed una capacità di risposta davvero notevoli... peccato che i tempi stiano cambiando perchè di potenziamento del territorio si parla tantissimo, ma sappiamo che il regno del potere è e rimane sempre la sede ospedaliera, dove domina incontrastata la figura medica... in barba a tutte le buone intenzioni di risparmiare risorse e curare le persone in un ambiente più umano...

Ho letto quindi con interesse i vari interventi, passando per quello di Giuliano, dove “medicina” continua imperterrita nella sua opera di perseguire prestazioni e non obiettivi (che senso ha infatti seguire un malato per il periodo di degenza per poi abbandonarlo al proprio domicilio... vanificando in molti casi il proprio operato...?) con una omogeneità sul territorio nazionale che pare non avere eguali in tutte le altre pratiche sanitarie, proseguendo per le “antiche e nuove difficoltà della professione” dove Sara Patuzzo ha descritto in modo eloquente quali sono le “salite” che la nostra professione ha dovuto, deve e dovrà superare, purtroppo tutte di carattere differente dagli aspetti puramente professionali e/o di risultato, per continuare sul terreno dell'etica proposti da Ruggero ed Emanuela terreni sui quali mi trovo spesso a confrontarmi, sforzandomi di trasmettere per quanto mi è possibile che prima di tutto siamo esseri umani, con il diritto d'invecchiare e... anche di perdere qualche “pezzo per strada”... senza dover per forza di cose divenire una cavia da laboratorio dove son più i parametri che le reali esigenze degli stessi pazienti ad avere importanza...

Infine hanno catturato la mia attenzione gli interventi di Andrea Minucci e Francesco Falli, dove si denota come anche nelle loro realtà la gestione del tempo e delle risorse abbia oramai egemonizzato l'attenzione di tutti, prevaricando le reali necessità sia dei professionisti che degli stessi pazienti, tale da chiedersi per chi mai si stia lavorando se non esiste più la soddisfazione del professionista e l'appagamento del malato?

Comprendo appieno la demoralizzazione che Andrea riporta nel suo contributo, sentimento che condivido e vivo quotidianamente, schiacciato tra il dover fare (obiettivi spesso calati dall'alto da chi tende a dare senso alla propria poltrona) ed il voler fare... stringendo i denti per non accettare di perdere la propria identità professionale perseguendo traguardi di altri, persone che poco hanno da spartire con l'ideologia propria della nostra professione che è quella di garantire la qualità delle cure e dell'assistenza.

E quindi dopo il fast food che tanto abbiamo demonizzato quando era una realtà unicamente degli Stati Uniti, ma che poi abbiamo saputo acquisire con una stupidità tipicamente umana, ripetendone errori e problematiche, siamo giunti ad acquisire anche il fast Nursing, dove è il tempo e la gestione delle risorse che hanno il sopravvento su ogni altro aspetto professionale e/o di logica intrinseca

(che senso ha infatti risparmiare risorse sanitarie per poi sprecarle trasferendole in ambiti che nulla centrano con il core-business di un'azienda che dovrebbe garantire salute?), tutto il funzione di un'altra consuetudine tipicamente americana, quella del consumismo, dove numeri e soldi contano più di tutto e tutti e quindi speriamo di non approdare, come oramai infausta routine, ad un'altra caratteristica di stampo statunitense, quella di una sanità privata dove saranno altri professionisti che detteranno le regole, anche in questo caso persone che di assistenza si occupano poco... ma di disumanizzazione e risparmi sono maestri, gli assicuratori...

In tutto questo sconforto sono felice che nascano movimenti come questi, dove perlomeno ci si ferma a parlare e riflettere di tutta questa frenesia, della sua assoluta inutilità pratica sia nell'ambito della salute che del business stesso, della necessità di dare tempo e dignità alle arti umane quale quello dell'assistenza dovrebbe essere, dove la parola slow si associa sempre più a vari ambiti, decretando l'insuccesso della sua contrapposizione, speriamo che se ne accorgano in tanti, che si riesca a costringere chi scorazza nella stanza dei bottoni della necessità di cambiare registro, ma la vedo dura, soprattutto perché in quella stanza si discute dell'interesse dei pochi e d'Infermieri non se ne vedono mai...

Slow Nursing

Enrico Gianfranceschi – Coordinatore Infermieristico SITR – Milano

Parlare oggi di slow nursing è quanto mai argomento di estrema attualità, proprio in questo periodo di proposte di “involuzioni” normative, e che spero rimangano solo proposte, fanno sì che l'infermiere sia una professionista malato ma aggiungerei un malato cronico che nessuno, a parte gli infermieri stessi, ha interesse o voglia di curare.

La proposta espressa nel comma 566 della legge di stabilità 2015 è semplicemente oltraggiosa nei confronti di tutte le figure professionali sanitarie, ma che esprime la voglia e la necessità della figura medica di ambire ad un potere assoluto in ambito sanitario.

Tale necessità è figlia del disagio di una categoria che si sente minacciata dalla professionalità di altre figure sanitarie, che per una carenza di professionalità medica e per una inadeguatezza o incapacità di gestire determinate situazioni stanno trovando spazio, e non parlo solo di infermieri ma anche di fisioterapisti, dietisti, tecnici di radiologia, che hanno occupato gli spazi nell'assistenza lasciati vacanti dai medici.

Infermiere con master di wound-care piuttosto in accessi venosi centrali o ancora in area critica, ma in egual modo altri professionisti, hanno competenze che fino a pochi anni fa erano esclusive del medico, e che oggi vorrebbero ricondurre sotto la propria competenza e quindi sotto il proprio potere decisionale e gestionale, e nel far questo vorrebbero ricondurre tutto ciò che concerne l'assistenza sotto la propria “**esclusiva**” competenza.

Quindi con queste prospettive come può l'infermiere essere “felice”, quando da un lato il contratto di lavoro è bloccato da dieci anni, ma il costo della vita no, dove sia dal lato pratico sia dal lato economico non gli sono riconosciute le competenze acquisite sia sul campo sia con formazione specifica.

Dove anche le prospettive di una “carriera”, oggi l'ingresso al mondo del lavoro per un neolaureato non è affatto semplice ed immediato sono ridotte e frustrate da pochi spazi all'interno dell'organizzazione e con la prospettiva di lavorare per più di 40 anni con turni e poche tutele professionali, e in considerazione della tipologia di lavoro, che non è riconosciuto nemmeno come professione usurante, la professione oggi non può che essere in sofferenza.

Ma cosa possiamo fare noi per risolvarci o perlomeno per stare meglio, perché guarire è una parola grossa, il mio modesto parere una possibile strategia è l'allearci con l'oggetto delle nostre “attenzioni assistenziali”, cioè il cittadino e l'iniziativa della federazione nazionale IPASVI con “il nuovo patto per l'assistenza” presentato nel XVII Congresso nazionale del marzo 2015, è un passo importante in questa ottica.

Inoltre credo che il ruolo che potrebbe avere la Federazione IPASVI sia importante, considerando che altri professionisti sanitari nemmeno hanno un collegio o altro, purché sia realmente rappresentativo della professione e che sappia realmente portare avanti le istanze degli infermieri

tutelando la professione, vigilando e controllando che lo sviluppo della professione passi anche attraverso il consolidamento della base formativa.

Quale scenario futuro per gli infermieri? Le opportunità probabilmente non ci mancano ma ripeto dobbiamo fare ancora un passo importante, dove la formazione deve essere tradotta nell'essere e nel successivamente nel fare, quindi riprendendo le parole "sagge" di Luciano "*Conoscere per comprendere - scegliere per essere*"

E allora mi permetto di aggiungere che come professionisti dobbiamo ambire a crescere quotidianamente e costantemente, cioè non smettere mai di voler imparare e soprattutto mai pensare di saperne abbastanza, mettendosi sempre in discussione.

La cultura della cura - Contributo-intervista

Valter Fascio. *Ordine benedettino di Santa Maria di Ivrea Obl Osb. Infermiere coordinatore. Specializzazione nella Salute Mentale, Master Forense.*

Come vedi la situazione della Professione infermieristica?

«La Professione è stanca, nell'Italia del 'benessere' vi è davvero molto 'malessere'. La nostra cultura in generale è uniformata, una convergenza silenziosa all'omologazione generale che costituisce una decadenza culturale e civile, rispetto alla nostra storia. I nostri ospedali sono grandi ma le risorse sono sempre più poche e l'apparato burocratico lievita, i nostri riti quotidiani e i nostri 'abiti' infermieristici sono stanchi e inadeguati. Queste cose però esprimono quello che noi siamo oggi? La crisi sociale ed economica pesa. Noi infermieri ci troviamo lì come il giovane che triste si guardò intorno e poi se ne andò via quando Gesù lo chiamò per farlo diventare suo discepolo. Magari in un altro Paese, all'estero, per trovare lavoro. Chiedo scusa magari per l'indebito accostamento. Mi rendo conto che oggi non possiamo affrontare tutta la complessità e i problemi dell'assistenza con facilità. Quanto meno come infermieri potremmo cercare uomini, colleghi, che siano liberi, più vicini a sostenere 'incondizionatamente' la Professione, cioè la tutela dei pazienti e quindi di noi stessi. Come lo sono stati i tanti che hanno provato a dare una voce a queste istanze della Professione. Dove sono oggi gli esempi da seguire e a cui ispirarci? Per nessuna ragione dobbiamo limitarli con i vincoli, la forza o le lusinghe delle Istituzioni».

Chi può aiutare la Professione oggi?

«Karl Rahner utilizzava volentieri l'immagine della brace che si nasconde sotto la cenere. Io vedo nella Professione di oggi così tanta cenere sopra la brace che spesso mi pervade un senso di impotenza. Come si può liberare la brace dalla cenere in modo da far rinvigorire la fiamma dei valori deontologici a cui si ispira il nostro Codice? Per prima cosa - non è poco - dobbiamo ricercare questa brace. Come possono esprimersi i singoli infermieri pieni di generosità come il buon samaritano? Come possono aver fiducia come il centurione romano? Come possono sprigionare entusiasmo e speranza come Giovanni Battista? Come possono osare il nuovo come Paolo? Come possono donare speranza come Maria? Io consiglio alla Professione di cercare simbolicamente 'dodici persone' fuori dalle righe per una nuova Agorà riformatrice. Un cenacolo culturale per infermieri che quotidianamente siano vicini alla base, ai pazienti, alle situazioni più critiche e complesse, che siano circondati da giovani e che 'pensino' e poi sperimentino cose nuove, anche a livello organizzativo. Non abbiamo tanto bisogno di un confronto accademico o tecnico scientifico quanto umanistico e spirituale, con colleghi che 'ardono' di passione in modo che lo spirito nuovo della Professione possa diffondersi ovunque».

Che strumenti consigli contro la fatica della Professione?

«Ne consiglio tre, molto forti. Il primo è il 'cambiamento'. La Professione deve riconoscere i propri errori e deve percorrere un cammino radicale di cambiamento. Le situazioni lavorative di demansionamento, sudditanza e delegittimazione professionale ci spingono a intraprendere un cammino di cambiamento. L'aumento dei casi di mobbing, straining e burn

out e, su tutti, i temi della 'cura' di chi cura che coinvolgono sempre più la dignità degli infermieri ne sono un esempio. Questi sono importanti per ognuno di noi e a volte forse diventano anche troppo importanti. Dobbiamo anche chiederci se gli infermieri nel mondo del *toyotismo* esasperato hanno ancora tempo per ascoltare i pazienti, per dedicarsi completamente al loro mandato. La Professione nel campo dell'assistenza è riconosciuta dalla società ed è di riferimento per l'Istituzione o solo una caricatura insignificante per i media, come di recente abbiamo visto a Ballarò?

Il secondo è il Codice Deontologico. Occorre modificarlo e restituirlo agli infermieri, i quali non sono liberi se 'compensano' la latitanza e l'assenza arbitraria e continuativa dell'Istituzione. Si tratta di un concetto erroneo di 'servizio', Luca stesso (12, 43-44), provocatoriamente, ci direbbe 'siamo servi inutili', vani, se non si ha alcun diritto. Solamente colui che percepisce nel profondo del suo cuore che è questa la vera 'visione' umanistica, può far parte di coloro che aiuteranno il rinnovamento di una Professione frustrata: collocarsi in un quadro di verità, fiducia e speranza che ci rende liberi e sciolti, quindi grati e disponibili a fare tutto quello che sta in noi. Né l'Istituzione né il Diritto possono sostituirsi all'interiorità dell'uomo. Tutte le regole esterne, le leggi, i profili e mansionari ci sono dati per professare i nostri valori nella primarietà ontologica alla cura delle persone, che ci sono affidate e per il discernimento nell'aver compiuto tutto quanto era nelle nostre capacità.

Per chi sono le norme che regolano la cura? Questo è il terzo strumento.

Di quale assistenza parliamo? Di quali competenze speciali da aggiungere? Le norme con tutti i loro lacci e laccioli non servono unicamente come strumento per la disciplina, ma aiuto pratico per gli uomini nei momenti del cammino e nelle debolezze e sofferenze della vita. Dobbiamo portare questo tipo di nursing agli uomini che necessitano una nuova forza. Io penso a tutte le persone deboli, gli anziani e disabili, le famiglie allargate che sono impoverite dalla crisi economica nella comunità. A tutta l'area della cosiddetta 'territorialità'. Questi soggetti hanno bisogno di una nostra particolare attenzione, una protezione speciale. La Professione sostiene valori etici importantissimi per la vita. È una grazia quando per il nostro intervento una persona o una famiglia riescono a sostenere o risolvere i loro bisogni di salute. Il tempo per la relazione deve essere considerato strumento fondamentale di guarigione. Ricordiamoci che l'atteggiamento con cui ci prenderemo 'cura' delle persone e famiglie determinerà l'avvicinamento alla Professione o l'allontanamento da parte della società di questa generazione. Una uomo malato perde l'autonomia, talvolta il lavoro finanche la dignità e trova un aiuto da parte nostra, chi si occupa di lui e dei suoi bisogni fondamentali. Soltanto la 'continuità' e l'assiduità della cura riesce in ciò. Se questa famiglia viene dimenticata, viene tagliata fuori dal servizio sanitario, non avrà mai sentito il sostegno della Professione e la stessa società la perderà per il futuro. Noi infermieri, come uomini, sappiamo di non essere all'altezza. La cura è grazia, amore e un dono... Non c'è cura senza amore come passione per l'Altro. La domanda iniziale, allora, dovrebbe essere capovolta. Come può la Professione arrivare in aiuto, con la forza degli strumenti che derivano da principi etici universali, non sindacabili, per sostenere gli infermieri ad essere all'altezza di compiti di cura così difficili e complessi?»

Tu cosa fai personalmente?

«La Professione deve compiere un balzo in avanti: è rimasta indietro di anni. Come mai non si scuote? Abbiamo timore? Timore invece di coraggio? Come diceva il compianto Carlo Calamandrei, la speranza nel futuro è il fondamento della nostra Professione. La speranza, la fiducia, il coraggio. Io personalmente mi trovo 'tra gli anziani', come infermiere e come laico di un ordine religioso sono consapevole di dipendere completamente dall'aiuto degli altri. Svolgo diverse attività di volontariato e solidarietà. Le persone buone intorno a me mi hanno sempre fatto sentire il loro amore. Questo amore è più forte del sentimento di grande sfiducia che ogni tanto invece percepisco come infermiere. Siamo sì servi inutili, inadeguati, però possiamo diventare davvero *servitori liberi e sciolti dei nostri pazienti*, quindi responsabili, autonomi, sfuggendo all'egoismo e alla frustrazione. Ma per l'infermiere deve nascere la

‘possibilità’ di una luce che illumini la via del discernimento su alcune derive pericolose del presente e futuro. C’è ancora molto da fare, e possiamo farlo soltanto ‘insieme’.
Io, invece, ho solo una domanda per te: che cosa puoi fare tu oggi per la Professione?».

Bibliografia

Appunti e riflessioni personali. Dalle lezioni di Carlo Maria Martini, Alla fine del Millennio, Milano 1997.

SLOW NURSING: il tempo per l’assistenza, il prendersi cura, l’etica, la responsabilità

TEMPO DELLA CURA E CURA DEL TEMPO - Alcune rapide annotazioni

Giuseppe Goisis, Docente ordinario di Filosofia politica, Università Ca’ Foscari, Venezia

1. La tematica della *cura* ha ricevuto un energico approfondimento nel Novecento; è M. Heidegger, in *Essere e tempo* (1927), a delineare, con la prospettiva più ampia, il tema della *cura* (*Sorge*).

Per Heidegger, fin dai paragrafi 12, 15 e 16 di *Essere e tempo*, la *cura* indica una prospettiva centrale dell’uomo, presente necessariamente nel suo essere al mondo e nei suoi progetti esistenziali; prendersi cura dell’altro è al centro del “procurare” e del “progettare” umani. Senza cura, l’uomo è “scaduto” e, abbandonato, cade preda di un’insuperabile angoscia.

Tuttavia, aggiungiamo noi, la stessa fenomenologia che Heidegger disegna manifesta l’ambiguità essenziale della *cura*, come già evocavano gli antichi miti; “il prendersi cura” è sì un aiuto solidale nei confronti della fragilità umana, ma è anche una maniera di dominare, tenere sotto controllo, inserendo gli altri umani in un proprio progetto globale.

Si può così comprendere la ricchezza di significati del termine/concetto di *cura*, che può essere neutrale, positivo, ma anche negativo, a seconda della disposizione di chi si “preoccupava” di un altro; *cura* è “sollecitudine zelante” verso l’altro uomo, e non solo un determinato “atto medico”. Diviene decisiva, dunque, la cornice di significati entro cui inscrivere gli atti della “cura medica”.

2. Gli atti terapeutici non possono essere commisurati e ponderati solo quantitativamente; occorre un *giudizio* più ampio, che impedisca di piombare in un vago sentimento a basso costo, in un generico intenerimento.

Se le persone ricorrono spesso a delle terapie alternative, che dovrebbero essere solo complementari e non sostitutive, è perché la relazione tra i *curanti* (medici ed infermieri) e i *malati* si configura come poco autentica, generandosi diffidenza, negli ammalati, e perfino disprezzo e sfiducia nei confronti dei curanti.

Manca, come è stato rilevato, fra gli altri, da Antonio Virzi e Byron Good, la dimensione comunicativa, la capacità di *narrare la malattia*, sia a partire dal polo del curante, sia a partire dal polo del paziente.

La filosofia che meglio si presta a potenziare tale comunicazione, necessaria ma per ora insufficiente, è forse la *fenomenologia*; soprattutto quando la *cura* riguarda le *ferite dell'anima*, autori come L. Binswanger ed E. Minkowski, in derivazione rispettivamente da Husserl e Bergson, rivelano un'innegabile fecondità teorico-pratica. Anche per l'insistente richiamo alla centralità della *memoria*: ognuno di noi è, in una certa misura, i suoi ricordi.

3. La questione è che un approccio generale prevale, nettamente, su di un *approccio personalizzato*. Come è stato ripetuto, ci si concentra sulle patologie, assunte spesso in un quadro generale, e si oblia la persona in carne ed ossa, il malato sofferente nella sua diversità, anche di genere.

Non si tratta di appellarsi ad una nuova retorica, che faciliti, a partire dalle aule universitarie, l'approccio interpersonale; accade proprio che la stessa farmacologia ha preso coscienza delle differenti interazioni di un farmaco, coinvolgendo anche il dosaggio, ad esempio in relazione al sesso maschile, o a quello femminile.

Qui la storia della cultura, come ha mostrato H. G. Gadamer, ci può aiutare; a partire da Cartesio, il nostro corpo, come quello degli animali, è stato ridotto ad una macchina biologica, per quanto complessa, trascurando così importanti, a volte decisive, sfaccettature, caratteristiche vuoi della malattia, vuoi della salute. La conclusione è la seguente: senza un'integrazione umanistica, capace di coinvolgere l'ammalato, egli non riesce a collaborare attivamente al processo di guarigione. Una riflessione sui limiti e sulle conseguenze negative di una concezione e pratica "asettica" della medicina può condurre vicino a quella visione interdisciplinare e olistica che permetterebbe di avvalersi di ogni strumento e di ogni aspetto riferibile all'umano.

Una pratica generalizzante e caratterizzata dall'*abuso dell'astrazione* può condurre, dunque, a livellare le biografie e a soffocare le differenze.

Per riprendere l'antica immagine di Lévy Strauss, si tratta di inventariare nuovamente il nostro *set* terapeutico, la nostra "cassetta degli attrezzi"; non conta solo la *biologia*, ma anche la *biografia*, nella direzione di quell' "alleanza terapeutica" fra curante e paziente che ormai da molte parti viene auspicata, con sempre maggior risolutezza. Non solo, dunque, lo sguardo clinico obiettivante, ma una più complessa panoplia, capace di avvalersi anche dell'ascolto e del rapporto empatico, in una prospettiva nella quale l'esigenza di usare metodi scientifici ben sperimentati si coniughi con l'arte, più sottile, di adattare tali metodi agli universi personali.

Il dominio dell'impersonale, in un mondo congegnato dall'*homo artifex*, incombe, con nitidezza significativa e profetica, nella recente mostra "De Chirico a Ferrara": l'ultima sala è ripiena di manichini colorati, privi di volto, che ci fanno intendere cosa può diventare un mondo nel quale regni la dimensione dell'anonimo.

4. Tutto ciò reclama, ne siamo o no consapevoli, un procedere *controcorrente*, in alternativa rispetto a consuetudini cristallizzate, che tendono a far sistema. È avvenuta una specie di “taylorizzazione” delle procedure mediche, con un’accelerazione dei tempi di intervento, secondo una “logica” di urgenze che a me sembra richiamare il “brevetempismo”, un “brevetempismo” che pare sfociare, a volte, in una dittatura della fretteolosità. L’istanza economicista, da non confondere con la sana preoccupazione di evitare gli sprechi, sembra prevalere su ogni altro aspetto dell’esistenza, chiudendoci in una prigione, o perlomeno in un vicolo cieco...

Carol Gilligan, nel suo lavoro *In a different voice* (1982), ha ben spiegato, con squisita sensibilità femminile, quali sono gli imperativi che sorreggono l’atteggiamento di *cura*: resistere, prendersi cura in profondità e, infine, non cedere, accompagnando il paziente al compimento della sua situazione, e dunque fino al traguardo del risanamento, o dell’*exitus*.

Ma tale fedeltà ha bisogno di una visione globale e più complessa, e di una temporalità commisurata all’impegno terapeutico: occorre che l’uomo ammalato, che sta di fronte, sia, o ritorni ad essere, una *persona*, e non un insieme di frammenti da curare a segmenti o settorialmente, perdendo di vista l’unità antropologica profonda. Per operare in tal modo, non basta un’etica della cura sufficientemente motivata, ma occorrono anche nuove competenze, e dunque anche, a me pare, una più profonda e duttile preparazione professionale.

Alcune considerazioni evocate sopra mi sembra riguardino, in conclusione, non solo il sistema sanitario, ma anche la società in cui viviamo; in generale, la *velocità* non sembra solo un epifenomeno, ma proprio una caratteristica che contraddistingue il nostro tempo, e quando la temporalità vissuta fluisce in modo così accelerato, questa medesima temporalità si manifesta, in verità, come alienata. Non dimentichiamo questa connessione, giacché è difficile promuovere un rinnovamento che sia isolato e limitato ad uno specifico settore, senza prendere in considerazione e tentare di mutare, molecolarmente, gli altri ambiti correlati.

Queste sintetiche considerazioni per non dimenticare il valore dell’*intersoggettività*, intesa nel senso più profondo e autentico; come ci ricorda la più antica saggezza, ciascuno di noi “è inserito come una serie di perle su di un filo” (*Bhagavadgita*, a cura di A.M. Esnoul, VII, 7, Adelphi, 2013, p. 88).

CENNO BIBLIOGRAFICO CONCLUSIVO:

Per l’etica della cura, v. S. Brotto, *Etica della cura*, Orthotes, 2013; R. Sala, *Filosofia per i professionisti della cura*, Carocci, 2014; G. Goisis, *Le radici della cura*, in *Etica, qualità e umanizzazione in Sanità*, a cura di G. Dei Tos, F. Angeli, 2006; G. Goisis, *Di fronte al patire e al morire*, in *Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita*, a cura di C. Viafora, R. Bonetti, M. Rossi, F. Angeli, 2004.

L'infermiere chi è, dove lavora e cosa potrà mai volere? **Franco Ognibene** – *Infermiere - Autore di infermieriattivi.it*

Capire l'infermiere del nostro tempo vuol dire anche comprendere il perché un progetto come Slow Nursing sia importante.

Oggi ci sono molti più infermieri di ieri ma non mi riferisco al numero ma all'esperienza al vissuto e alle speranze che ci caratterizzano ogni giorno.

L'infermiere di oggi è donna è uomo o ha un identità sessuale che emerge, sempre meno celata grazie ai tempi che cambiano, ma non basta.

Se facciamo una foto dell'infermiere vediamo che ci sono:

infermieri giovani nella loro esperienza lavorativa,
o che hanno fatto anni di lavoro prima di diventare infermieri,
infermieri con esperienza perché da anni nello stesso reparto,
infermieri anziani, perché da oltre 20 anni lavorano in reparto,
infermieri che sognano una carriera e cercano master e specializzazioni,
infermieri che vogliono studiare per passione,
infermieri che pensano ad una famiglia e ad un futuro,
infermieri lontani da casa,
infermieri con famiglia,
infermieri con i figli,
infermieri con familiari che hanno disabilità da gestire,
infermieri con problemi di salute,
infermieri con problemi sentimentali,
infermieri dediti al proprio lavoro,
infermieri che non dicono mai di no e altri che non dicono mai di si.

Ma ci sono anche infermieri con aspetti caratterizzanti più negativi:

infermieri con problemi di carattere,
infermieri con problemi di dipendenza,
infermieri incapaci nelle tecniche,
infermieri camaleonti,
infermieri bugiardi
infermieri ladri e purtroppo alcuni anche assassini.

Questo elenco ogni uno di noi potrebbe farlo più o meno lungo ma c'è un altro elemento da considerare dove lavorano questi infermieri?

L'elenco questa volta è più breve:

disoccupati,
liberi professionisti,
usati come dipendenti ma con partita iva,

dipendenti di società senza fini di lucro a fare i barellieri per i trasporti in ambulanza,
dipendenti di RSA, dove si è responsabili anche per 60 pazienti,
dipendenti di ospedali privati e case di cura e qui i carichi di lavoro sono molto diversificati.
dipendenti di agenzie interinali,
dipendenti di coop
lavoratori all'estero,
poi alla fine dopo qualche anno dipendente pubblico.

Quando poi si diventa dipendente pubblico se possibile si sceglierà subito la destinazione preferita, altrimenti si inizierà il percorso per sperare di riuscirci.

La maggior parte delle volte l'infermiere lavora in team e quindi interagisce con altri professionisti che dietro alla divisa che ci rende simili è celato quel qualcosa in più che caratterizza l'infermiere che sei oggi.

Il fattore tempo è l'elemento più importante per definire l'infermiere di oggi dato che in passato tutti siamo stati altri infermieri.

Fa parte della vita non solo di una crescita professionale, ti ricordi?

Quando eri un giovane infermiere, quando pensavi al tempo libero, quando sognavi di studiare,

quando cercavi la tecnica corretta, quando pensavi alla relazione del congresso, quando pensavi alla famiglia e ai figli,

quando i figli sono cresciuti, tu io, tutti siamo e saremo tanti infermieri.

E domani?

Tre parole danno la dimensione di un problema, quaranta anni di lavoro.

Un giovane che inizia adesso a 25 anni, avrà davanti 40 anni di reparto, ma forse aumenteranno e sarà, volente o dolente, tanti di quegli infermieri elencati prima.

La nostra professione è una professione passionale e forte, se si sta attenti emoziona ogni giorno perché affronta temi importanti come il dolore, la vita e la morte.

Cosa fare per non trasformare i giovani in depressi e mantenerli vigili e attenti è ciò che mi aspetto da Slow Nursing, anche se un'idea ce l'ho già e si può riassumere in 3 argomenti: formazione, rispetto e retribuzione.

RIFLESSIONI PER IL CONVEGNO

Marcella Gostinelli – *Infermiera Dirigente – Centro Oncologico Fiorentino*

Perché sono qui?

Perché non credo di svolgere una professione che ha dei tratti distintivi competitivi, che promette di avere, ma che di fatto non manifesta. Quando dico in cuor mio “Infermiere” non sento l’eco di una interpretazione sociale, professionale, politica, giornalistica, di cittadinanza e di cittadinanza attiva. Non mi sento facente parte di una professione che è ciò che dovrebbe essere. L’infermiere è il non infermiere non è. Io, infermiera non infermiera, non sono infermiera.

O forse, il problema è solo mio in quanto credo che essere infermieri voglia dire una cosa e invece tutto il sistema pensa che l’infermiere sia altro da ciò che penso. Non so se ciò che io sento di essere è dico questo perché quello che io penso lo pensano in pochi, o meglio dimostrano di pensarlo in pochi altri infermieri, quindi, è molto probabile che sia io a sbagliarmi, oppure non c’è ancora una cultura infermieristica; non vi sono ancora identità infermieristiche conosciute e riconosciute come “quelle”. Non vi sono o non sono conosciuti risultati di processi sociali infermieristici distinti da altri risultati di prodotti sociali appartenenti a chi non è infermiere, cioè non siamo “Quelli”.

La questione infermieristica per me, Marcella, inizia da qui: penso giusto o penso sbagliato? Sono un’infermiera o non sono una infermiera? Mio padre quando gli chiedono cosa fa sua figlia di lavoro risponde sempre così: “mah! Io sapevo che faceva l’infermiera, ma non lo fa, di preciso non so cosa faccia, ma le punture non le fa più, dice che progetta”. Mio padre ha 84 anni, ma quanti la pensano come lui molto più giovani di lui?

Quello che più mi manca è avere una coscienza di categoria perché io sento che non siamo una categoria, non abbiamo un progetto comune condiviso. La mancanza di una categoria crea un vuoto di identità, di solidarietà, di reciprocità, di senso di appartenenza, orgoglio di gruppo, amicizia, ed equilibrio fra l’interesse del singolo e quello della comunità professionale. La mancanza di equilibrio tra il potere del singolo e quello di chi lo rappresenta è peraltro, una grande criticità conseguente alla mancanza di senso di “categoria”. Esiste un blocco che non si riesce a rimuovere perché è un blocco di potere dentro il dominio della professione, ma che non è degli infermieri. Gli infermieri sono tanti, sparsi ovunque, diversi ognuno dall’altro perché non hanno una strategia unica che gli permetta di risolvere i loro problemi. E neanche di conoscere la propria identità che sappiamo essere dinamica, ma che dovrebbe comunque cambiare da uno stato o da un sentire comune.

Il futuro degli infermieri dipenderà dalla loro capacità di diventare presto una categoria professionale con una coscienza comune, viceversa sarà un futuro caratterizzato da una miscelanea aspecifica, non connotabile come è oggi. Per essere infermieri nel futuro dobbiamo prima di ogni altra cosa riuscire ad essere conseguenti alle norme, in particolare alle 42 del 99, norma dimenticata, superata dal riduttivo comma 566. Essere conseguenti alla norma significa riuscire a lavorare così come richiesto dal legislatore. Significa non essere regressivi. Significa sentirsi dei professionisti e come tali lavorare pretendendo strumenti, organizzazioni e modi di essere coerenti e conseguenti all’essere professionista. Per lavorare come richiesto bisogna che tutti gli infermieri lo sentano come un problema, il problema dell’oggi, della non identità, della non consapevolezza. Dopo, tutti dobbiamo avere come obiettivo e come sogno il raggiungimento di un “pensare insieme”, una coscienza comune dove ci siano, criticità, sogni, e obiettivi da professionisti.

Ma mi chiedo e vi chiedo, per esercitare un vantaggio competitivo offerto dai tratti distintivi di quella che dovrebbe essere la nostra professione, rispetto a chi fa, indisturbato, l’infermiere senza esserlo, oppure promuove infermieri senza che lo siano, ma anche rispetto a chi ci vuole solo tecnici del mestiere e ci vuole paramedici per rispondere ai problemi di finanze che non ci sono, nella consapevolezza che un infermiere costa meno di un medico, quali dovrebbero essere i valori, la visione e le competenze? Quali dovrebbero essere gli spazi di autonomia della professione? Vogliamo metterci d’accordo?

Il futuro dovrà presentare Infermieri veri, cioè che lo siano davvero. Il presente dovrà impegnarsi a costruire l’infermiere vero. I comportamenti degli infermieri, le prassi, il fare quotidiano dovranno iniziare a costruire gli infermieri, le norme non sono sufficienti.

La prima cosa da fare, e che mi pare sia già stata detta in un contributo prezioso di cui in questo momento non ricordo la paternità, è quella di cercare relazioni con i medici e con coloro che

contribuiscono alla cura. Medici ed infermieri, nello specifico, dovranno insieme decidere i loro comportamenti. Questo aumenterà il potenziale di ciascun operatore, sia esso medico o infermieristico, ed il malato avrà garanzia di pienezza professionale nella cura che gli necessita. Culturalmente oggi il medico percepisce di essere depauperato di atti semplici, atti che a mio avviso però ogni contesto, ogni fenomeno di cura può richiedere e già richiede anche all'infermiere che, se opportunamente formato, può realizzare, ma sempre per scopo medico e con razionalità tecnica e quindi privo di autonomia intellettuale. In questo caso l'infermiere si specializza in atti semplici medici che agisce sotto controllo e responsabilità medica, ma in armonia perché concordato con l'organizzazione che organizza il fenomeno di cura. Per fare questo quindi occorre una convenzione, un accordo sul fare a garanzia anche di coevoluzione. Che è la logica opposta a quella usata nella pensata del comma 566 della legge di stabilità (art.1, legge di stabilità 2015), una logica imperativa utilizzata in maniera univoca e senza relati. Quindi relazione e organizzazione di quanto concordato. La relazione fra medico e infermiere deve essere modulata dalla concezione che sia i medici che gli infermieri hanno del malato. Chiarirsi dunque le idee su chi è oggi per noi il malato. E' un corpo neutro, da lavare e nutrire, un ammasso di cellule o è un uomo che ha anche una patologia? E quindi è un essere che ha una sua complessità, la complessità ontologica, e una complessità oggettiva determinata appunto dalla malattia? Come dovrebbe essere il nuovo infermiere da proporre al nuovo medico, al nuovo malato ed al direttore di Azienda?

La nuova idea di infermiere ce la dà il malato, la domanda di salute che cambia, le nuove organizzazioni sempre più lontane dai cittadini, sempre più impersonali e antirelazionali, la nuova popolazione assistita sempre più vecchia e con patologie cronico degenerative e le nuove non-disponibilità finanziarie.

La nuova idea di infermiere ce la dà il contenzioso medico legale ed i relativi costi di transazione con la medicina difensiva. La nuova idea di infermiere deve nascere da queste riflessioni, nel dominio professionale infermieristico non è che deve essere autorizzata da controparti. Quindi la logica costruttivista ci porta a pensare ad un nuovo infermiere in piena autonomia, ma dentro un nuovo sistema di lavoro vincolato dalla condivisione dei due modi di essere medico e infermiere. Utili pertanto spazi propri di discussione e stati generali. Non c'è un luogo solo in cui si discute e si decide, fuori dai luoghi di lavoro, non deve esserci un solo luogo. Dovremmo noi per primi usare i metodi e gli strumenti propri del management come la metodologia del "company wide" grazie alla quale i progetti non nascono nei luoghi classici in cui di solito si progetta, ma nei luoghi di opera. Accade invece che la Federazione progetti, quel poco che progetta, e poi a distanza di tempo lo si venga a conoscere in contesti altri e già ufficializzati.

Utili sarebbero delle consensus meeting all'interno delle quali discutere, conoscersi, confrontarsi per far nascere un sé collettivo. Ma anche qui non dovremmo aspettare che la Federazione decida come dovrebbe essere questo sé collettivo, ma dovremmo essere noi a proporci.

Dovremmo costruire il nostro sé convinto e poi proporlo. La costruzione del sé dovrebbe tenere conto della condizione in cui sia i medici che gli infermieri si trovano essendo lavoratori, retribuiti e ostacolati dagli stessi problemi. Questa consapevolezza dovrebbe portarci non tanto a litigare con i medici a contrapporsi, ma a cercare sempre una complementarità che nasce dalla "convenzione dei punti di vista" (Cavicchi, 2105).

Potremmo pertanto discutere su quali sono secondo noi i terreni contendibili (skill mix?) e quindi cercare un posizionamento strategico intenzionale nell'ambiente, cure vs care? Oppure dovremmo capire che il to care sta nel to cure e quindi specializzarsi sì, ma sulla presa in carico solidale piuttosto che su atti semplici medici. Capire di più la patient-experience e metterci a governare per esempio la cura mediante meta-servizi di accoglienza dove l'accoglienza non è accettazione, non è customer satisfaction, non è deontologia e neanche umanizzazione comunemente intesa, ma è un processo che inizia prima ancora della malattia, nella comunità dove attraverso infermieri tutor di comunità si rileva il bisogno sommerso, perché non percepito o percepito ma non espresso, il bisogno differenziato portato da identità differenziate, dove gli infermieri si pongono come interfaccia in un sistema di relazioni fra il comune, la comunità con le sue reti e i servizi sanitari indirizzando il bisogno su di un canale formale riducendo per esempio i codici bianchi nei pronto soccorso e rendendo più fruibili i servizi, per esempi; il processo di accoglienza prosegue in continuità nella fase liminare, il ricovero, dove si occupa delle dinamiche etnoassistenziali, dello

scarto fra le dinamiche del sistema e quella della persona malata e dove attraverso strumenti di tipo antropologico riesce a capire i modelli esplicativi di salute e di malattia delle persone e negozia le differenze; conosce e capisce i differenti linguaggi, le diverse modalità comunicative, i diversi e variegati fenomeni, di cura disarticola i livelli relazionali, conosce i diversi principi morali e le diverse rappresentazioni etiche, utilizza il diversity management per assicurare una medicina di genere. E' un processo, quello di accoglienza a direzione infermieristica che richiede il desiderio di cura negli operatori che si realizza come un'etica della cura appassionata (Pulcini, 2013) e che ha come obiettivo intellettuale professionale proprio, autonomo, quello di riconoscere e ascoltare l'umanità della persona, amare l'umano, godere dell'umano come ci suggeriva sapientemente Laura Candiotta nel suo contributo.

Il nuovo infermiere dovrebbe caratterizzarsi per il modo in cui non solo si avvicina alla complessità, ma anche per come la destruttura, la de-complessifica mediante un'etica della cura appassionata. Dovremmo diventare e proporci politicamente come coloro che nel loro operare sono mossi dalla necessità di cambiare i contesti nei quali gli individui si costituiscono e adottando un meccanismo decisionale che sia attento alla cura delle differenze più che agli standard assistenziali che sono spersonalizzanti. Siamo nel momento del fermento che porta ad un nuovo paradigma che dovremmo fortemente orientare verso non solo una visione ontologica-epistemologica dello statuto relazionale del soggetto, né solo con una determinazione emotiva della dimensione della cura, ma anche con una configurazione politica (Mackay, 2001, 130 dal contributo di Laura Candiotta) e ciò che può aiutare gli infermieri, sono d'accordo, è proprio l'amore insito nell'etica della cura il quale come dice Martha Nussbaum (Nussbaum, 2014) è una delle emozioni politiche più efficaci e aggiungo io è una delle motivazioni intrinseche più ricorrenti nei romanzi lavorativi degli infermieri giovani e vecchi.

Cari Amici, ho scritto moltissimo, quasi senza accorgermene. E' stato bello, rilassante e arricchente che sia così anche il 12 marzo quando tutti insieme parleremo di quello che ci preme di più in questo momento, capire chi siamo e chi saremo. Il futuro sarà un altro presente, pertanto dipende da noi e dalle nostre odierne riflessioni. Mi piacerebbe che dal 12 marzo uscisse un manifesto su quanto gli infermieri quel giorno, sostenuti da un sapere scientifico altro, quello filosofico, hanno discusso e prodotto.

Maurizio Barbon - Infermiere - Contributo

Leggendo il programma del convegno mi hanno colpito gli argomenti che verranno trattati e se non ho capito male al centro del dibattito ci sarà l'infermiere e la professione infermieristica... e ciò non è poco. Ma se ne parlerà credo, in un modo "diverso dal solito".

Questo sarà molto interessante. Mi auguro si discuta di come oggi l'infermiere deve assolutamente ritrovare la sua identità di professionista della salute e di come esercitare pienamente questa professione indispensabile per la salute dei cittadini.

Iris Scapinello – Infermiera - Contributo

Mi chiedo se partendo dalle università come sede elitaria della formazione, non si possa creare dei professionisti meno interessati a ricoprire cariche, bruciando anche delle tappe importanti della propria carriera professionale, ma trovare il tempo di formarsi e lasciarsi formare all'interno delle realtà lavorative, realizzando miglioramenti dei percorsi di cura che siano in primis basati sull'evidenza scientifica ed anche su una profonda esperienza professionale e culturale.

Ada Lelli – Infermiera - Contributo

Qual'è la cultura dell'infermiere nel 2016?

Michela Bordin – Infermiera - Contributo

Spesso mi pongo questa domanda: - oggi, quanti Infermieri credono nell'essere Infermiere con la I maiuscola? Per quanti prevale la mera esecuzione di un lavoro? Perché anni or sono l'Infermiere era una figura di una certa rilevanza e oggi la considerazione è minima? Perché rispetto ad altre figure l'Infermiere non "sa" farsi valere????

Amato Maria Josè - Insegnante - Contributo

Trovo che, visto le precarie condizioni economiche del paese, non ci si limita a parlare di tagli alla sanità, ma si stanno attuando in modo esponenziale. Auspico la riproposizione del concetto di dignità dell'uomo, dal neonato al "lungamente in vita", attraverso azioni umane, competenti, efficaci e non linguaggi apparentemente ultra specialistici che denotano la volontà di non assumersi alcuna responsabilità.

Lorenza Zullo – Infermiera - Contributo

Salvare la vita ad ogni costo per poi abbandonare.

Luiza Maria Serban – Infermiera - Contributo

Qual'è il metodo giusto per lavorare e "senza correre", ed avere la certezza di aver fatto tutto giusto, di aver trasmesso tutte le informazioni inerenti alla giornata, tenendo sempre conto che non possiamo tralasciare nessun familiare o paziente dalla nostra attenzione per poi poter giustificare l'ignoranza di qualche compito al nostro superiore?

Antonella Gallo – Infermiera - Contributo

Ho apprezzato il tema e la modalità di svolgimento della giornata. A me viene da proporre uno "spazio di cura" per il benessere dell'infermiere. In riferimento alle tematiche considerate mi pare interessante la partecipazione, la raccolta di quanto emergerà e dare avvio a qualcosa di concreto attraverso la condivisione in gruppo: progetti nuovi, ascolto dei bisogni.

Danilo Massai – Presidente Ipasvi Firenze – Contributo

Oggi proporre pensieri liberi, riflessioni sulle percezioni circa la Scienza Infermieristica è strada dura. Ma la costanza dimostrerà chi agisce in dignità e libertà e chi libero in una cella di pregiudizi.

CONTRIBUTI arrivati dopo il 12 marzo

Kairòs come tempo della cura - Il tempo della cura fra Kronos e Kairòs

Valentina Cosso - Infermiere

Importante è ricostruire, nell'esperienza della malattia, attraverso la relazione infermiere-paziente, un senso a ciò che il paziente vive. Ogni occasione di incontro può essere o non essere significativa in tale direzione e questo può fare la differenza nel processo di ristabilimento di quell'equilibrio perduto, cioè influire sugli esiti di salute desiderati. Vorremmo ora portare l'attenzione sull'importanza che può avere il modo di vivere la dimensione temporale nel processo di assistenza infermieristica.

L'esperienza del tempo di oggi appare pericolosamente prossima a come appariva ad Amleto: out of joint, cioè fuori asse rispetto alle domande di senso e alle finalità che investono le dimensioni della nostra esistenza singolare come del nostro essere in comune (Marramao, 1993). Trovo questa affermazione particolarmente interessante e vera se calata nel contesto della cura, della malattia, dell'assistenza. La domanda che muove la riflessione che andremo a fare è: quale tipo di tempo domina l'assistenza infermieristica? Il nostro modo di concepire e vivere l'assistenza è in grado di rispondere alle domande di senso e significato che emergono dall'esperienza della malattia? Andremo ad analizzare il concetto di tempo nelle sue accezioni di Kronos e Kairòs, provando a contestualizzare i significati di questi due termini nell'ambito dell'assistenza infermieristica per cercare di cogliere alcuni spunti di riflessione che possono essere interessanti per la nostra professione.

Il tempo nelle sue accezioni di Kronos e Kairòs

Kronos è il termine usato nell'antica Grecia per riferirsi al tempo oggettivo, lineare, sequenziale, scandito dal susseguirsi incessante di momenti che noi concettualizziamo come futuro, presente e passato, percepiamo con il tic-tac dell'orologio, misuriamo con il calendario, con il cronometro. Nel Kronos ci diamo appuntamento, timbriamo il cartellino, prendiamo l'aereo, per questo possiamo definirlo come tempo oggettivo, in un certo senso possiamo dire di appartenergli, di essere collocati, con la nostra vita, in questa linearità. Sappiamo che questa linea del tempo ha un inizio ben preciso ed una fine che, seppur sconosciuta, fa parte della nostra consapevolezza di esseri umani, limitati dal tempo, dal Kronos. Ci riferiamo al Kronos quando lo definiamo "tiranno", quando diciamo che non ce n'è abbastanza, quando tentiamo di "ammazzarlo" o quando sentiamo dire che il tempo è denaro, al Kronos si ispira il criterio di efficienza come valore da perseguire, la fretta, a volte l'ansia, sono risposte umane al Kronos. Il Kronos è dunque un tempo logico, quantificabile, cumulabile, si può guadagnare o perdere, ma è sempre lui, fuori di noi, indifferente ai sentimenti che suscita il suo fluire, il suo ricordarci che "il tempo vola" e vola inesorabilmente verso una fine, il "tempo scaduto".

Definire il Kairòs è complesso, esso è intimamente legato al contesto di vita in cui si inserisce, ai vissuti, ai significati e gli obiettivi propri della persona in una specifica situazione. Kairòs nel campo artistico è quell'impercettibile sfumatura, correzione, che favorisce il buon esito dell'opera; nella medicina è un tempo di crisi, di rottura nel quale si decide l'esito della malattia verso la cura o verso la morte, in questo tempo la decisione del medico diventa decisiva e definitiva. Nel campo militare è la scelta, da parte dello stratega, del momento dell'attacco che, indipendentemente dalla superiorità numerica dell'avversario, scatenerà in esso il panico per dare un esito di vittoria alla battaglia; così come nella retorica diviene il momento giusto in cui quella precisa parola espressa assume il potere di muovere l'anima, le emozioni, i pensieri ed i sentimenti dei soggetti a cui viene rivolta.

Se il Kronos ispira il valore dell'efficienza, il Kairòs ispira il valore dell'efficacia, cioè il buon esito, la vittoria, il raggiungimento di un obiettivo.

Kairòs vive ed irrompe nella coscienza soggettiva, nella scelta, nel discernimento e nell'azione, esso incontra Kronos nel soggetto e lo rende pregno di significato. Kairòs viene quindi definito come il momento opportuno, favorevole, un tempo di mezzo in cui la scelta del soggetto che integra razionalità, conoscenza, sentimenti, emozioni e realtà, diventa decisiva, capace di direzionalità intenzionale. Come ogni scelta e discernimento il Kairòs è caratterizzato da

un'elevata dose di incertezza, di rischio, di insicurezza, in cui la libertà e la responsabilità del soggetto è chiamata in causa come valore assoluto e decisivo.

In questo senso Kairòs è il tempo che appartiene al soggetto, ha una natura qualitativa che dipende dal soggetto stesso, mentre Kronos rimane fuori dal soggetto e gli si impone. Si può dire che Kairòs risulti perdente nella competizione con Kronos perché esso necessita dell'alleanza con il soggetto per essere. Kairòs è un appello, una chiamata che non pretende, ma si propone alla persona nella situazione particolare in cui si trova, Kairòs è caratterizzato infatti dall'essere intimamente unito al contesto in cui può esprimere la sua forza trasformatrice attraverso la scelta. Il sapere del Kairòs è, come abbiamo visto, un sapere del contesto e della situazione, attento alla singolarità dei casi, capace di riconoscere la complessità del reale e di interagire con essa con strumenti conoscitivi appropriati, moltiplicando e mettendo a confronto i punti di vista, illuminando aspetti di una situazione che erano invisibili.

Kairòs, sapere del contesto e arte della parola

L'arte della retorica, concepita come la capacità di mettersi in relazione con l'altro in modo appropriato valutando ciò che è più opportuno nelle diverse circostanze e verso le diverse persone, è legata al Kairòs inteso come opportunità da cogliere, ricercare e costruire.

Il tempo vissuto in maniera cairologica implica attenzione e vigilanza su se stessi, la persona che si ha di fronte ed il contesto in cui ci si trova. Una delle tradizioni a cui si fa risalire l'origine della retorica vuole che sia stato Pitagora l'iniziatore dell'arte di parlare. Un suo allievo, Gorgia da Lentini proponeva una retorica basata sulla forza psicagogica della parola, egli scrive: "La parola è una potente signora che, pur dotata di un corpo piccolissimo e invisibile, compie le opere più divine". (Gorgia, 1969).

Per poter sprigionare la sua forza, la parola ha la necessità di essere adattata alle circostanze, le quali comprendono le disposizioni d'animo dell'oratore, dell'uditore, il tempo ed il luogo, il contesto e le sue regole. La scelta della parola in tal senso necessita di entrare e partecipare al Kairòs come tempo della relazione, dell'incontro. L'efficacia della parola necessita dunque di attenzione e consapevolezza del contesto, della persona a cui è rivolta quanto del momento in cui viene espressa. Ciò è di particolare importanza nell'ambito dell'assistenza infermieristica per la rilevanza che hanno le parole in un contesto di fragilità, incertezza, ansia, paura che possono attanagliare il paziente in determinati momenti. Il paziente vive in un tempo soggettivo molto diverso dal tempo che caratterizza il lavoro dell'infermiere. Basti pensare a quanto possa essere interminabile l'attesa di una diagnosi, di un intervento, di un pomeriggio senza visite in una situazione di precarietà del proprio stato di salute.

Le parole possono essere pietre o avere il potere di ristabilire un equilibrio, un senso, possono dare una speranza, far percepire la propria presenza e solidarietà oppure lasciare l'altro ancora più solo nella sua vulnerabilità a seconda del tempo e del modo in cui vengono dette. Il tempo ed il modo vanno scelti in base alla persona per essere efficaci. Il tempo dell'infermiere deve incontrare il tempo del paziente, questo è il Kairòs che permette alla parola, ma anche ad un intervento di natura tecnica, di essere veicolo di relazione autentica, per costruire nuovi significati, muovere emozioni, pensieri e sentimenti in una direzione che investa e rivesta di senso il non senso che il paziente può vivere nel tempo della sua malattia.

Secondo Aristotele, la medicina è il campo d'azione più adatto per il Kairòs. C'è in questa osservazione il riconoscimento della singolarità e della differenza tra le persone e quindi tra i casi, ognuno dei quali richiede un trattamento particolare, riconoscimento che forse ancora oggi non è stato completamente recepito dalla scienza medica.

"[...]e ciò che riguarda le azioni e ciò che è utile nella vita non ha nulla di stabile, così come ciò che riguarda la salute. Ed essendo di tal sorta la nostra trattazione in generale, ancor minor precisione può avere la trattazione riguardante i casi particolari; essi infatti non rientrano in nessuna conoscenza tecnica e in nessuna regola fissa, ma bisogna sempre che proprio chi agisce esamini l'opportunità (kairos) delle circostanze, come si fa anche nella medicina e nella navigazione" (Aristotele, Etica a Nicomaco).

Partire dal presupposto che in ogni persona si trovino mischiate diverse qualità contrapposte, delle quali solo alcune emergono in quel determinato contesto, permette di non irrigidire il nostro modo di vedere l'altro, di comunicare, ci consentendo di erogare la famosa assistenza personalizzata, centrata

sul paziente, aumentando l'efficacia dei nostri interventi. Ogni cura è sempre una cura per qualcuno che si trova in determinate circostanze e porta in se stesso ciò che può aiutarlo o danneggiarlo, le possibilità di miglioramento e di peggioramento. Ciò mette in evidenza l'importanza che assume per i professionisti della salute la competenza comunicativa, attenta ed intimamente legata alla dimensione cairologica del tempo.

L'assistenza infermieristica fra Kronos e Kairòs

L'assistenza infermieristica vista unicamente da un punto di vista cronologico corre il rischio di riassumersi in una serie di tecniche, protocolli e procedure da attuare. Il tempo dell'infermiere sembra scandito dai prelievi, dal giro letti, dalla visita medica, dalla burocrazia, dai ricoveri, dal passaggio delle consegne e così via.

Anche la presa in carico, la raccolta dati, la relazione appare soprattutto finalizzata allo stretto necessario per individuare bisogni, ed i conseguenti interventi che spesso sono relativi al percorso diagnostico/terapeutico medico/chirurgico che il paziente si trova ad intraprendere.

L'attenzione sembra focalizzata soprattutto su quelli che sono i bisogni concernenti l'impatto della patologia sulle funzioni fisiologiche della persona e meno sui significati che ella dà o non dà all'esperienza della malattia. Alla narrazione, si preferiscono domande mirate e risposte pertinenti.

In un'ottica cronologica, ispiratrice del criterio di efficienza, di quantificazione, che non vogliamo certo demonizzare o criticare in toto, la tendenza è quella di cercare di uniformare il paziente alle diagnosi infermieristiche. Questa modalità ha indubbiamente i suoi vantaggi: permette di agire con un certo margine di sicurezza, permette di risparmiare energie, tempo, di rendere controllabili e quantificabili i propri interventi. Gli obiettivi che emergono dalle diagnosi infermieristiche, o dai bisogni identificati, soprattutto quelli che concernono le funzioni fisiologiche, sono molto più misurabili, di solito a breve termine e più standardizzabili in termini di interventi a differenza degli obiettivi che concernono la sfera soggettiva, ad esempio di ridefinizione del proprio ruolo e identità nel contesto soggettivo e relazionale dell'evento patologico.

È il tempo fisiologico, disinvestito dal suo significato soggettivo, soprattutto, quello che sembra essere preso in carico dall'infermiere, mentre il tempo soggettivo viene spesso lasciato al suo "corso naturale". Per fare un esempio banale un paziente che debba cominciare una nuova terapia perché il suo tempo fisiologico -soggetto alla legge del Kronos- lo richiede, non è detto che sia pronto ad accettarla e seguirla con costanza, se nel suo tempo soggettivo -Kairòs- non ha compiuto tutti quei passaggi per accordarsi interiormente con esso.

Per ottenere una buona compliance, o meglio una miglior aderenza terapeutica, tempo biologico e tempo soggettivo si devono accordare, attraverso l'elaborazione di nuovi significati che investano anche la terapia nell'economia dell'esistenza. Kronos e Kairòs hanno bisogno di incontrarsi.

Pensiamo ad esempio alla necessità da parte di una persona di intraprendere una terapia antiblastica, o al cambiamento dello stile di vita richiesto ad un paziente con insufficienza renale cronica, capiamo quanto possa essere incisivo per la persona e per gli esiti della terapia stessa e quindi per gli esiti di salute, che il suo tempo soggettivo, cioè il suo vissuto attuale, venga preso in carico dall'infermiere in un'ottica integrale ed integrata della persona.

Allo stesso modo, per instaurare una relazione significativa con il paziente, il tempo dell'infermiere si deve accordare con il tempo del paziente, per capire di cosa in quel momento egli ha bisogno, che cosa è disposto ad acquisire, cosa è disposto a dire di sé e a fare per sé, cosa crede, spera, teme e agire di conseguenza. Per acquisire queste informazioni ed avere dei dati sui quali pianificare davvero un'assistenza personalizzata, c'è bisogno di un tempo che non può essere quantificato preventivamente, perché caratterizzato da una forte variabilità ed incertezza dovuta al modo unico e particolare della persona di vivere la malattia. Il tempo della relazione per curare l'aspetto esistenziale della malattia, che investe il senso ed il significato della vita in una condizione di malattia, ma anche il significato degli interventi di natura tecnica o farmacologica, non viene considerato come tempo di cura. Oggi questo mi sembra un aspetto la cui rilevanza emerge anche dalla constatazione che sempre più abbiamo a che fare con patologie cronicodegenerative le quali spesso, per una scorretta gestione della patologia da parte del paziente nel suo ambiente fisico e relazionale, sono causa di un eccessivo numero di riacutizzazioni e quindi ospedalizzazioni. Se questo accade e presumibilmente potrebbe essere evitato, significa che ci sono aspetti del paziente che non vengono adeguatamente considerati, bisogni non

rilevati e dunque sui quali non si è potuto intervenire.

L'assistenza infermieristica vissuta in un'ottica cronologica mostra dunque, oltre a dei vantaggi, anche degli svantaggi: non considerando sufficientemente l'importanza dell'aspetto qualitativo del tempo, della relazione, dei significati, l'infermiere rischia di standardizzare l'assistenza e non prestare attenzione ad aspetti apparentemente secondari della patologia, ma che se non presi in carico, si possono rivelare deleteri per la salute del singolo che si trova a ricorrere all'ospedalizzazione molto più spesso di quanto farebbe con una buona "gestione della malattia". Questo ha anche delle ripercussioni economiche per l'Azienda Sanitaria.

L'aspetto della comunicazione, della relazione, per il fatto di non essere del tutto prevedibile, standardizzabile o misurabile da un punto di vista quantitativo rischia di essere trascurato o lasciato all'improvvisazione quando invece abbiamo visto essere una dimensione fondamentale della disciplina infermieristica. Curare tale dimensione significa salvaguardare l'identità stessa della disciplina infermieristica, evitando così di ridurla ad una mera prestazione di tipo tecnico. Per questo ritengo importante l'investimento in termini di formazione su aspetti che caratterizzano la professione infermieristica nella sua identità: la relazione, la comunicazione, l'uso consapevole del tempo inteso come opportunità da cogliere e da costruire, cioè in una prospettiva cairologica, a favore della persona e della sua salute. Il Kairòs è propriamente il tempo che l'infermiere è invitato a vivere cogliendo tutte quelle occasioni affinché il contatto con il paziente sia un autentico contatto umano, cioè un tempo in cui i significati soggettivi attuali possano essere espressi, condivisi, compresi ed elaborati per integrare l'esperienza della patologia all'esperienza di cura, il senso della patologia e della cura al senso della propria esistenza. Questo processo non può essere improvvisato e sarà difficile da porre in essere, fino a quando gli stessi infermieri non percepiranno l'importanza che i significati giocano all'interno dell'esperienza di malattia e quindi la necessità di realizzare interventi comunicativi e relazionali basati su una formazione specifica teorico-empirica, che abbia come centro del proprio interesse la relazione ed il vissuto del paziente. Non solo la relazione di aiuto è uno strumento valido per creare un clima che faciliti l'espressione dei vissuti della persona, ma ci sono altri strumenti validi che si potrebbero acquisire a tal fine. L'approccio narrativo, ad esempio, propone delle tecniche comunicative ed una visione dell'uomo e dell'assistenza che pone al centro la storia, i vissuti ed i significati dell'esperienza narrata dal paziente e l'uso competente delle domande e delle riformulazioni da parte dell'infermiere. Utilizzando questo approccio, l'infermiere entra in risonanza con la narrazione di chi gli sta di fronte, ne coglie i significati e le teorie ed ha la possibilità di modulare i propri interventi affinché portino il massimo risultato auspicabile. Il tempo della narrazione è un tempo cairologico perché offer l'opportunità, crea le condizioni per colpire nel segno. È mediante la narrazione che raccontiamo ed in un certo senso creiamo e ricreiamo noi stessi attraverso un processo di reciproco influenzamento, di co-costruzione e negoziazione dei significati e del senso che diamo a noi stessi e alla realtà. Ciò che rende fecondo il tempo vissuto o dedicato al paziente non è una questione di quantità, È il desiderio, l'intenzione, la consapevolezza, ma anche la formazione dell'infermiere che può rendere anche mezzo minuto un tempo cairologico, che costruisce, che lascia il segno, che porta un cambiamento in termini di salute per la persona assistita.

Marina da Ponte - Insegnante - Osservazioni

In un articolo su "Repubblica" del 29 marzo intitolato Oggi curiamo noi, la sfida ai medici dei nuovi infermieri nel quale la confusione delle competenze è sottolineata con chiarezza e la polemica che ne deriva finisce per tradursi in una specie di tiro alla fune senza vincitori. Bene quindi la tematica del convegno, pregevoli gli interventi la cui varietà consente di illuminare il problema.

Ora le mie osservazioni: se ho ben capito emerge per l'infermiere un compito preciso che, in questi tempi, può essere assolto dallo psicologo. Certo è molto bello che chi ti cura la ferita sappia parlarti come un amico che ti comprende ma forse è solo possibile come un'azione spontanea e come tale deve essere, non un protocollo da rispettare. Se diventa un modello fisso, appreso secondo regole, somiglia a certi interventi stereotipati tipici in ambienti per i quali è evidente che è stata fatta una formazione apposita: tutto allora diventa finto e irritante.

Mi riesce facile confrontare il vostro mestiere con il mio: io ho conosciuto moltissimi insegnanti di grande cultura che erano un guaio per gli studenti data la loro incapacità (direi umana, personale) di esercitare un atteggiamento educativo. L'unica risorsa degli studenti è nel fatto che molti insegnanti lavorano nella stessa classe e nel numero c'è la varietà dell'approccio umano ed educativo. Ma non esiste concorso per valutare le capacità umane di avvicinarsi all'altro nella dimensione heideggeriana della cura (sorge), né per gli infermieri né per gli insegnanti. Io sono persuasa che ogni umano propone qualcosa agli altri umani, quello che può, quello che sa, anche in senso negativo per insegnare a riflettere e a discriminare. Si può imporre la preparazione culturale e tecnica ma non l'amore per il prossimo. Non c'è niente di più volgare di un comportamento amorevole che non provenga dal cuore (o, chiamalo come vuoi, anima, psiche, coscienza), diventa ipocrisia. Kant mi suggerisce la parola bella ed efficace per esprimere l'atteggiamento che considero migliore per avvicinare una persona della quale non conosco le idee né la vita, so solo che è malato: il rispetto. Leggo la definizione del vocabolario Treccani: "Sentimento e atteggiamento di riguardo, di stima e di deferenza, devota e spesso affettuosa, verso una persona: per i genitori, i superiori, le persone anziane". Mi soddisfa questa definizione, è la sintesi del valore e dei limiti di ogni approccio professionale.

Parliamo del tempo: tutti nel lavoro vorrebbero più tempo, oggi si strozza ogni impulso, anche i migliori, per 'risparmiare tempo'. Ma qui il problema è cosmico: i malati nelle lettighe in corsia, le attese di 12 ore al Pronto Soccorso; gli arrivi in massa per 'incidenti' o peggio. Parliamo di tempo? Certo che se qualcuno, medico, infermiere o altro si trovasse nella eccezionale meravigliosa situazione di avere il tempo abbondante e non lo usasse per avvicinarsi al suo prossimo con umanità se ne è capace e con gentilezza se non sa far altro, questo si sarebbe una grave colpa. Ma succede di rado, lo sappiamo benissimo.

Nuovo sguardo di cura

Alberto Madricardo - Filosofo

L'infermiere è, si può dire, una figura archetipica della tradizione ospedaliera, che evolve insieme alla concezione del corpo umano, del medico e in generale della medicina. Nei tempi più antichi "tutta la medicina è infermieristica", attività rivolta ad alleviare il dolore e a risanare i corpi malati.

Come dice Foucault: *"agli albori dell'umanità, prima di ogni vana credenza, la medicina risiedeva in un rapporto immediato della sofferenza con ciò che la allevia. Era un rapporto di istinto e di sensibilità, più ancora che di esperienza; era stabilito dall'individuo tra sé e sé, prima di essere preso in una rete sociale"*¹. Medico ed infermiere erano in parte indistinguibili, almeno fino a che la medicina non si costituisce come sapere chiuso, di cui solo alcuni sono i depositari esclusivi.

Ciò accade mano a mano che muta la concezione del corpo umano e in corrispondenza con il crescente distacco "teorico" del medico dal paziente, ovvero con il costituirsi di quello che Foucault chiama "lo sguardo medico". Quel tipo di sguardo rivolto al paziente che lo vede come "oggetto d'indagine", materia su cui applicare ipotesi e di verifica di esse, "esempio" da esibire. Uno sguardo che cerca "sintomi" della "malattia" che "si nasconde" dentro il malato, e "non vede" la persona di lui.

*"Ma - si chiede Foucault - guardare per sapere, mostrare per insegnare, non significano forse muta violenza, tanto più abusiva in quanto tace, su un corpo di sofferenza che chiede di essere placato, non manifestato? Può il dolore essere spettacolo?"*².

La visione distaccata è considerata a lungo necessaria all'intervento efficace di cura (il medico deve rimanere lucido, evitare le emozioni). Il corpo del malato, sottoposto ad esame, deve rivelare la malattia. Questa viene individuata e "nominata" grazie alla "diagnosi", il discernimento che la porta in luce dallo stato di nascondimento in cui si trova. Quando la malattia è stata individuata, diviene un caso esemplare. La sua descrizione e il suo decorso vengono inseriti nella casistica su cui la teoria che la definisce e la interpreta si fonda.

Tutto l'apparato sanitario è organizzato e finalizzato a questo scopo teoretico. La cura del malato certo è importante, ma soprattutto in quanto giustifica socialmente, con la sua utilità, l'attività scientifica su di esso. Il ben noto aforisma: "l'operazione è perfettamente riuscita, il paziente è morto" sintetizza pienamente questa mentalità, per la quale il "servizio all'umanità" viene prima del "servizio agli uomini".

Il momento diagnostico e quello prescrittivo della cura sono di competenza del medico. Nella cronologia della malattia il momento culminante anche scenograficamente è quello della visita. Il protagonista sulla scena è il medico, l'organizzazione del tempo dell'ospedale è incentrata interamente sulla sua figura e sulla sua attività. Il medico "visita" (in senso letterale: "lo guarda ripetutamente", lo esamina) il paziente. Durante la visita il paziente può avere l'impressione di essere diventato trasparente, perché il medico "gli guarda attraverso", dialoga non con lui, ma con qualcosa dentro di lui che gli è estraneo.

La continuità della pratica quotidiana della cura è considerata una semplice conseguenza, intermezzo tra una visita e l'altra, fatto di orari, rilevazione, somministrazioni, ecc. Automatismi esecutivi che, se un tempo erano affidati per lo più alla famiglia, le istituzioni religiose di carità, ecc. più tardi vengono svolti da infermieri professionisti: a partire dall'età dell'Illuminismo, quando si cominciano a creare strutture salubri e razionali di cura, si pensa alla professionalizzazione e alla creazione di organizzazioni infermieristiche permanenti.

L'infermiere è l'intermediario del medico, *esecutore e filtro* tra la teoria incarnata da lui e la "singolarità" dolente del corpo del paziente. Il medico in genere si mantiene distaccato con atteggiamenti quasi teatralmente ieratici.

Il distacco del medico è giustificato dal suo essere depositario e gestore della teoria, ma anche ad assumerlo lo spinge la possibilità che esso gli offre di non esporsi fuori da una rassicurante

¹ "Nascita della clinica", Einaudi, Torino 1069, p. 69.

² Cit. p.103.

icona identitaria, protetta da un linguaggio esoterico incomprensibile ai più.

L'addolcimento di questo distacco va di pari passo con i grandi progressi della scienza medica, segno che proprio per il fatto che sta diventando più efficace, e dunque è più sicura di sé, essa è più disposta a mettersi in discussione e a riconoscere i propri limiti.

Questo lento, ma deciso cambiamento in atto ha i caratteri di una inversione di una vera e propria "rivoluzione". Di un mutamento radicale di orientamento della scienza medica, che sposta la sua meta ideale nella piena "individualizzazione" della cura. Finalizzato ormai più che a "vincere la malattia", a "guarire il paziente".

Il riconoscimento, la riqualificazione e la valorizzazione dell'attività infermieristica hanno il loro potenziale motore in questo mutamento di paradigma - e di mentalità - che va, sia pur faticosamente, prendendo corpo: le strategie di individualizzazione terapeutica hanno bisogno sempre più, per attuarsi, di quel "sapere di prossimità" di cui proprio l'infermiere è da sempre depositario.

Il suo ruolo è essenziale nel trasformare la cronologia della cura da "tempo del medico" a "tempo del paziente", della sua individualità umana concreta, con la ricchezza e molteplicità dei suoi aspetti e bisogni.

Messa questa al centro, diventa necessario elaborare strategie di cura nelle quali convergono e interagiscono elementi fisiologici, psicologici, affettivi, culturali, ecc. I soggetti che vi partecipano sono gli organizzatori sanitari, i medici, gli infermieri, i familiari, ma, anche - e in primo luogo - il paziente stesso.

Le strategie di cura richiedono forme di organizzazione e professionalità sempre più specifiche, ma allo stesso tempo un'alta qualità d'informazione, di relazione e di dialogo tra loro.

A questa "rivoluzione" partecipa con un ruolo sempre più rilevante sia la ricerca farmaceutica, sia più in generale una ricerca scientifica infinitamente potenziata dalle nuove tecnologie. Da quella informatica in particolare, che favorisce in modo straordinario la raccolta dei dati e la diffusione capillare delle esperienze e dei risultati di avanguardia, o dalla robotica, che avrà un ruolo crescente nelle pratiche della cura.

Ma lo "sguardo medico" non può essere sostituito dallo "sguardo tecnico", ancora più asettico, di un computer o di un robot. Perché sia uno sguardo che riconosce davvero l'individualità del paziente, deve essere uno sguardo empatico, cioè umano.

Per questo è necessaria una figura di infermiere che sia non solo in grado di gestire in modo qualificato gli strumenti che la ricerca scientifica e tecnologica mette oggi a disposizione delle complesse strategie di cura, ma anche capace di elaborare e di comunicare la sua esperienza e il suo "sapere di prossimità", di una figura che sia partecipe alla realizzazione di quella centralità del malato la cui attuazione può rendere più efficace la pratica terapeutica e ricondurla pienamente entro la sfera delle pratiche di umanità.

Manifesto Slow Nursing

Slow nursing è un movimento di libera cultura e libera riflessione sulla professione infermieristica e la società, luogo di libertà di pensiero, palestra della parola libera da condizionamenti o interessi. Strumento culturale di analisi disincantata della realtà, per disvelare ipocrisie, menzogne e inganni che alterano fino ad impedire una formazione e un'assistenza di qualità ed efficacia.

Incontro di idee per rivendicare una formazione autentica e per un aggiornamento delle conoscenze e l'acquisizione di competenze corrispondenti alla mission, al profilo e alla deontologia della professione infermieristica.

Slow nursing come strumento per affermare con dedizione, impegno ed onestà la realizzazione sinergica di una buona politica della salute: infermieri che curano e cittadini che si prendono cura dei curatori.

Slow nursing è agire in modo trasparente, etico e deontologico nell'evidenza scientifica, l'adeguatezza e la competenza

Slow nursing: principi dell'agire infermieristico

Il tempo è lo strumento fondamentale dell'infermiere
Il tempo è necessario alla prest-azione infermieristica
Il tempo è necessario per la comuni-azione trasversale a tutte le azioni infermieristiche
L'azione infermieristica (atto) è comunicativa, e si esplica nel tempo
La comunicazione (parola) ha un significato pragmatico e semantico
Il fine non giustifica i mezzi ed è fondamentale il valore etico di come si raggiunge l'obiettivo
Il successo ad ogni costo non viene considerato
La conoscenza (cultura) è l'essenziale condivisione di vita della società
La volontà di promuovere l'emancipazione e la crescita culturale della Professione Infermieristica
La conoscenza serve per comprendere, per infine scegliere per essere

Genesi del documento

Slow Nursing ha coinvolto nella discussione professionisti, cittadini e rappresentanti della società civile e del mondo della cultura, di vari settori. Lo scopo è stato quello di individuare comportamenti etici e culturali fondamentali per lo svolgimento della professione infermieristica secondo le suggestioni fornite dal progetto stesso e assumendo come valori guida: "Il fine non giustifica i mezzi" e "Scegliere per essere". Alla fine si è arrivati ad individuare e quindi condividere alcuni principi ispiratori dell'agire professionale e deontologico dell'infermiere in risposta ai bisogni specifici di salute della società.

Riferimenti su www.slownursing.it

Tavola Rotonda: Infermiere e cultura "slow" - Candelo (Biella) 12-04-2014
Convegno: Slow nursing: Il tempo per l'assistenza - l'infermiere è malato? - Vasto (Chieti) 31-01-2015
Convegno: Slow nursing: Il tempo per l'assistenza - la cura della salute - Zelarino (Venezia) 12-03-2016

Cos'è Slow Nursing

Un contenitore, un luogo di scambio di contributi diversi orientati alla riflessione autentica che permettano di disegnare percorsi ed obiettivi condivisi.

Luogo d'incontro unico, quale occasione di pratica di pensiero, di appetito culturale, di approfondimento e di esercizio concettuale che permetta di intravedere spiragli di azione per migliorare il presente e progettare il futuro.

Un movimento, che non rimane nel limbo dell'indistinto e dell'opportunismo ma si distingue per la qualità dell'impegno e si identifica in: "conoscere per comprendere, e coerentemente, scegliere per essere".

Fucina di idee, crogiuolo di energie e motivazioni, palestra di riflessione. Una risposta possibile alla necessità di modificare la situazione attuale della professione infermieristica e la qualità dell'assistenza.

Adesione al movimento Slow Nursing

Per aderire è sufficiente accedere all'area riservata di **www.slownursing.it** digitando le seguenti credenziali:

utente: **slownursing** password: **adesione** (tutto minuscolo)

- attenzione, in particolare se si accede con il cellulare, alla correzione automatica.

Inserire i dati per adesione indicando la qualifica: infermiere, cittadino, studente, ecc. (la mail e il cellulare sono utili per comunicazioni relative alle attività e comunicazioni del Movimento)

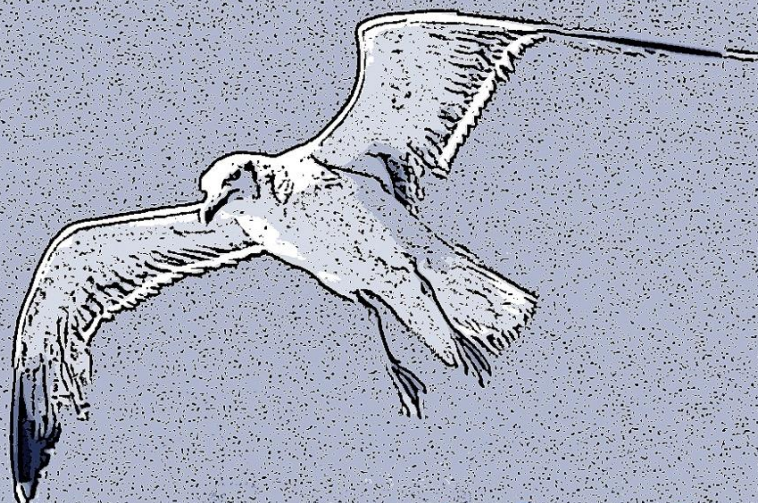
Si invita inoltre a lasciare commenti - proposte - idee - suggerimenti – quesiti nell'apposito box per il testo.

Al termine, dopo aver confermato l'adesione e il trattamento dei dati e dato l'invio, si riceverà una mail di conferma dell'adesione.

Ricordiamo che l'adesione è gratuita e non comporta obblighi se non quello morale di promuovere i principi del movimento e che è possibile recedere in qualsiasi momento con lo stesso modulo, selezionando l'opzione rinuncia all'adesione.

Primo annuncio per il prossimo convegno di marzo 2017

Slow nursing - il tempo per l'assistenza
momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



essere infermiere

un nuovo sguardo per la cultura della cura

**tutto è necessario perché il ciclo dello spirito si compia,
si arrivi ad una nuova sintesi, un nuovo equilibrio - Hegel**