

INFERMIERE, SALUTE E CULTURA

(Nursing, health care and culture)

***Valter Fascio**

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

Relazione. Convegno “Slow nursing. Il tempo per l’assistenza. L’infermiere è malato?” - Vasto (Ch) 31 gennaio 2015.

Keywords. Culture, image, profession, health care, ethical care, nursing education, slow movement, reflective practice

Introduzione

Oggi la cultura ed i rapporti con la scienza sono in crisi, proprio in un momento storico dove scarsi sono gli orientamenti servirebbe un pensiero olistico, una visione complessiva d’insieme di matrice “umanistica” e una capacità di mediare e comunicare con le persone.

L’aspetto dell’autonomia professionale, che caratterizza ogni professione riconosciuta, è presente nella coscienza degli infermieri e nella cultura generale che essi esprimono. Questi concetti fanno assolutamente parte dello “specifico infermieristico”. Tuttavia l’impatto della partecipazione culturale degli infermieri, oltretutto in direzione dell’autonomia, nella sua accezione più ampia, anche sul benessere psicologico degli stessi (salute), in un’ottica complessiva secondo cui la cultura contribuisce anche al miglioramento della qualità della vita professionale, oggi è scarsamente rilevante.

Culture background

Quando parliamo di cultura ci si riferisce a quel patrimonio astratto di cognizioni non solo scientifiche, tradizioni, norme, rappresentazioni, procedimenti tecnici, modi strutturati di pensare, interpretazioni e agiti, comportamenti trasmessi e usati sistematicamente, caratteristico di un gruppo sociale. Uno stesso insieme/gruppo di

individui dipende simultaneamente da più sistemi di cultura: universale, provinciale, locale, familiare, professionale, confessionale, politico (C. Levi-Strauss, 1971).

In ambito professionale, se non c'è una competenza infermieristica riconosciuta, ne deriva l'impossibilità di giocare un ruolo "autonomo" per descrivere se stessi nella società e regolare i propri confini con gli altri. La cultura professionale è un insieme di competenze e reti, conoscenze, capacità, abilità proprie della ragione scientifica, ma che si sostanziano unicamente nella "autocollocazione" in reti umane relazionali e sociali luogo delle dinamiche di controllo dei processi e di apprendimento organizzativo. La cultura professionale si declina con le LG linee guida culturali senza che per questo esse diventino delle vere dicotomie normative economico-aziendaliste (G. Tognoni, 2014). Fondamentale importanza riveste la letteratura grigia di esperti-cultori indipendenti di "storie di vita", con le loro sfumature, che possono essere anche i pazienti che vogliono soprattutto essere ascoltati-accolti all'interno di un ethical care setting (A. Gallagher, 2005).

Cultura, infatti, dal latino "valere", significa essere "in salute" e "forza-energia". Cultura come "saggezza" di base, non come conoscenza elitaria o avanzata: il termine ha la stessa etimologia di "culto". Il culto letteralmente era la "cura" dovuta a Dio. Il termine deriva dal latino *cultus*, che significa cura, "coltivazione di ciò che è bene", participio passato di "coltivare". Tra le osservanze nel culto c'è il linguaggio simbolico specifico condiviso da tutti coloro che "professano" un credo, cultura, conoscenza specifica.

Profession and vocation: ethical care

Il termine professione deriva dal registro aulico-religioso latino *professus* cioè "che ha dichiarato apertamente", da *profiteri*, composto di *pro* davanti e *fateri* parlare. Ma nel parlare comune, che da circa sei secoli vuole la professione sinonimo di lavoro, questa può affondare radici importanti nella vita, può essere quel fare che è "esempio", quel fare che "dichiara", ed innalzare la professione dell'infermiere

all'identitaria vocazione del "come stare al mondo". Perciò è tanto più tragico, quando il lavoro dell'infermiere non esprime, non è, libertà.

L'infermiere, dunque, ha cultura? In una prospettiva esclusivamente "etica" l'infermiere vede riconosciuto il codice deontologico quale atto regolatore che "professa" (dichiara) chiaramente i valori, la *vocation* in cui crede la professione. La risposta, tuttavia, al di là del singolo, come gruppo professionale, è affermativa in una prospettiva sociologica solamente se la cultura dell'infermiere è riconosciuta pubblicamente, ed esercitata liberamente. Gli infermieri hanno un grande problema di demansionamento ma il codice deontologico anziché opporsi a questo problema gli ha spianato la strada (art 49). Se vi fosse stata una vera barriera deontologica contro il demansionamento oggi sarebbero più coperti nelle loro battaglie culturali e i cittadini più garantiti. Occorre, dunque, ripensare al più presto una nuova deontologia professionale.

L'infermieristica è una professione, oltreché un mestiere, se oltre a possedere proprie riconosciute specifiche competenze è in grado di esprimere, nel foro della società in cui si vive, la "pubblica dichiarazione" del ruolo specifico e scelta di vita al fine di concorrere al progresso materiale e spirituale: dunque, se essa è capace di sostenere, pienamente, nient'altro che la "propria vocazione culturale". Una cultura scientifica che deriva anche dalla possibilità di fare "ricerca di base" e "analisi critica", non soltanto ricerca accademica e che non sia storicamente succube di quella anglosassone (che è diventata la norma). Una cultura infermieristica "tecnica" deve sapersi integrare con quella "umanistica", deve essere libera, non infiltrata, non condizionata, una cultura "professa" apertamente che si contraddistingue per il grande "valore etico" (ethical care) fornito all'evoluzione della comunità: comunità civile e comunità professionale.

How's the nurse today?

Come sta l'infermiere oggi? Prima di affrontare questo particolare quesito occorre premettere alcune considerazioni. Negli ultimi anni ci sono state grandi innovazioni

normative e professionali ma anche il sopraggiungere della “crisi della professione”. I pazienti oggi hanno un “professionista” con competenze tecniche sempre più avanzate: pur tuttavia ci si domanda se hanno davvero ancora un “buon” infermiere. Il bravo professionista oggi è chi va “più veloce” o chi “dedica un po’ di tempo” alla relazione con il paziente? Ma, davvero, come si può pensare di stabilire a priori il tempo di una relazione comunicativa con il paziente? (A. Speranza, 1996).

Prima le “quattro aree” incompiute previste dalla L.43/2006 (art.6), poi il proliferare dei master, ed ecco dal 1° gennaio 2015 le “nuove aree” per lo sviluppo delle competenze specialistiche degli infermieri (comma 566 della legge di stabilità 2015). Per intanto, in corsia, negli ultimi dieci anni, sempre lo stesso infermiere tuttologo-factotum, senza alcun riconoscimento.

Manca anche la cultura delle “competenze”, certo. Prima ancora, manca la cultura della “dignità” e l’onestà intellettuale per ammettere tutto ciò. Human nursing? Expert nursing? Più probabile, di questi tempi, la deriva efficientista di un e-nurse “a cronometro”... L’ultima delibera 2014 sfornata in tema di sanità dalla Giunta regionale del Veneto, presieduta dal Governatore Luca Zaia, ripristina i vecchi minuti di assistenza per ogni posto letto. La determinazione nel Patto per la Salute degli standard assistenziali per le degenze ospedaliere (meno tempo per la relazione) con il combinato disposto del blocco del turn over rischiano di provocare nel SSN squilibri nella garanzia di un’assistenza infermieristica continuativa, sicura, giusta e di qualità. Nel DDL di attuazione dell’art. 22 (gestione delle risorse umane) la cosa che colpisce di più è la totale assenza di riferimenti alla professione infermieristica: se lo scopo è la promozione della salute, come si può ottenere la nuova organizzazione se si va a ri-disciplinare solo la dirigenza del SSN disattendendo la L. n. 43/2006, lasciando “fuori” il 90% degli infermieri? (I. Cavicchi, 2014). Contemporaneamente, in una recente intervista rilasciata al quotidiano torinese La Stampa, il prof. Veronesi rammenta a tutti i professionisti della salute che *“occorre tornare a dedicare più tempo per ascoltare i bisogni dei pazienti, non solo le malattie. Una medicina narrativa”*. Dunque, gli infermieri devono riflettere attentamente per poter trovare la

strada più giusta, perché la storia di ognuno di noi, la vita di tutti i giorni e il nostro ben-essere, con il giusto sguardo verso il futuro, sono ancorati alle nostre radici.

Nursing crunch and crisis of the society

Tra queste tante evidenti dicotomie, richiediamoci oggi: è in crisi l'infermiere o la professione? È in crisi l'infermiere perché è in crisi la professione o viceversa? Godono entrambi di buona salute? Forse è in crisi la società... W. Passerini scrive quanto segue: *“non dobbiamo sbrigarcela... Dobbiamo leggere con la lente di ingrandimento che cosa c'è dentro la deriva assistenziale della deprivazione del senso, la visione burocratica e puramente produttiva. Una buona assistenza non può essere la fucina dell'uniformità ridotta al solo homo oeconomicus, confonderla con un reparto di azienda. Essa deve suscitare saperi e sapori”*. Una medicina dell'ascolto può aiutare gli infermieri, le famiglie, la società a ritrovare “senso”.

Sono le medesime parole usate da Papa Francesco nel suo discorso del 22 dicembre 2014: *“oggi (nel mondo) c'è la malattia dell'eccesso di pianificazione e di efficientismo, di chi crede che così «le cose effettivamente progrediscono», ma che trasforma l'Uomo in un contabile o un burocrate che rischia di voler rinchiudere la libertà...”*.

Vivendo una stagione di crisi perenne che sembra fatta apposta per rafforzare i contrasti, sembrerebbe l'uniformità possa rendere meno conflittuali le pretese, ma non si può non avvertire che la convergenza silenziosa non deve avvenire sulle linee di tendenza di “decadenza” rispetto alle radici culturali e civili, il primato dell'avere sull'essere, del profitto rispetto la dignità e l'*ethos*. La “città” giusta, di tutti, possiede “tutti i valori” di socialità, il bene comune, le ragioni dei più deboli e meno rappresentati, non le forme del pensare e dell'agire libertarie oppure liberistiche, entrambe derivate mascherate individualiste di una cultura dai baricentri omologati, la quale non ha rispetto nei confronti di chi è senza merci di scambio. La ricerca di senso, promozione dei valori, equità e convivialità ci proteggono, invece, dalla

sensazione di sentirsi “servi inutili”. Questo può vincere i fatti anormali, l’aggressività degli esclusi e le paure della società (C.M. Martini, 1992).

Mobbing, straining, under-job

Mobbing, straining e under-job, la situazione di stress forzato e demansionamento sul posto di lavoro, sono diventati una triste regola. Come guarire, se non vi è neppure una “diagnosi accurata”, la voglia di leggere i dati, il coraggio di guardarli in faccia. E se forse la crisi culturale-professionale riguardasse lo “specifico infermieristico”? Il chi fa che cosa come dove quando, in certi contesti, va oggi ritrovato alla luce del modello più funzionale per creare e garantire le condizioni per risolvere i problemi, prendere in carico, garantire informazione, continuità e *compliance*. Gli infermieri devono sapere che lo “specifico” dell’assistenza infermieristica sta da sempre in queste funzioni, e non nelle attività, nelle job-descriptions. Il lavoro del singolo infermiere può essere a contenuto prevalentemente organizzativo o tecnico ma deve essere sempre relazionale: non è mai il singolo, è l’insieme della cultura professionale che deve prima indicare, e poi garantire questo “specifico”.

Nel momento in cui si deve presidiare queste funzioni, esistono spazi molto ampi di flessibilità: non è determinante quale professionista esegua o meno alcune attività, se si ha tutte le competenze per farlo: ma la specificità dell’assistenza sta nel garantire tempo per l’ascolto, la continuità e presa in carico. Ed è soltanto questo che fa star meglio il paziente e, parimenti, realizza pienamente il “mandato dell’infermiere” evitandone lo stress forzato, il demansionamento (in alto e in basso), lo straining e il burnout (F. Burla, Università Sapienza, 2013). Se da circa quarant’anni la definizione di spazi e confini della professione infermieristica, di una competenza “core” e di una “specificità” continuano a rimanere un problema non risolto, forse la risposta va cercata nella difficoltà di questa definizione e nelle divergenze culturali presenti tra gli stessi infermieri (P. Di Giulio, 2002).

Oggi, anche la visione medica gerarchico-monoprofessionale stride con la comune volontà di mettere al centro dell’attenzione del SSN i bisogni del cittadino,

organizzando i servizi in modo da definire per ciascuno di essi i percorsi e i professionisti responsabili della risposta più appropriata e giusta nel rispetto reciproco delle autonomie professionali collaborando nell'ottica multidisciplinare e paritaria al fine del miglioramento.

Image (bild) and culture (bildung). The risk of halbildung

Affrontando il tema delicato dei rapporti tra “immagine” *bild* e “cultura” *bildung*, l'esempio di Adriano Olivetti non fu semplicemente una novità in ambito tecnologico, ma soprattutto culturale e sociale, ponendo al centro uno credo gestionale fondato sulla “socializzazione” e sulla relazione tra persona e azienda: “*la nostra società crede perciò nei valori spirituali, nei valori della scienza, crede nei valori della cultura (...). Crede soprattutto nell’Uomo, nella sua fiamma divina, nella sua possibilità di elevazione e di riscatto*” (Alle Spille d’oro, Ivrea, 19 dicembre 1954 in Adriano Olivetti, Il mondo che nasce).

Il rapporto esistente tra immagine e cultura infermieristica trova un substrato epistemologico importante dall'analisi della psicologia del lavoro. Il lavoro è attività della coscienza e forma (*bildet*). Ed è lo stesso filosofo Hegel ad insegnarci che i contenuti culturali permettono l'autotrasformazione della *bildung* che permette di trovare l'immagine di sé stessi *bild*. Non ha cultura (*bildung*), in senso antropologico, colui a cui è impedito/non può influire con la sua attività in un qualsiasi processo, lavorativo o meno. Occorre perciò “ricapitalizzare” professionalmente tutto il valore culturale del lavoro in sé (M. Folador).

La crisi moderna della “relazionalità” ha creato la degenerazione della *bildung* in *halbildung* (mezzacultura), la formazione culturale attuale è banale, debole, mediocre; essa è “conformata” perché la società di massa odierna è dominata dallo strapotere mediatico e dai condizionamenti. Secondo il grande sociologo Theodor Adorno, l'uomo moderno è stato ridotto a individuo inconsapevole di se stesso e consumatore, la povertà culturale è dovuta alla spaventosa riduzione di relazionalità, oseremo dire anche spiritualità. “*Il mondo è sempre più complesso e gli strumenti*

sempre più poveri per capirlo mentre l'innovazione richiederebbe intelligenze flessibili, aperte e creative” (Martha Nussbaum).

Health prevention, identity and burnout

Prevenzione della salute, identità professionale e *burnout* sono gli ultimi due temi di questa breve trattazione. Non saprei dire se l'identità infermieristica odierna deve essere forte e univoca o va ridefinendosi continuamente. Certo cambiamento significa “evoluzione”. Ma non significa cedere alle pressioni esterne o “rinuncia” alla propria identità. Identità che è “articolata”, appartenenza alla professione ma anche disagio: gli aspetti coesistono insieme nella figura dell'infermiere. Identità anche “molteplice”, poiché gli infermieri non si riconoscono in un'unica “categoria” (giovani/anziani, privati/pubblici, laureati/diplomati, dirigenti/comparto, ecc.). È altresì presente uno “spread” fra identità, da un lato, e, dall'altro, la fiducia; “spread” che abbiamo dimostrato essere inserito anche tra il possesso di competenze tecniche rispetto quelle relazionali e nei conflitti più o meno latenti “intraruolo”. E ancora, gli infermieri vivono in una casa comune, ma si fidano in generale della sua “struttura” e “governance”? Nelle aree critiche dell'assistenza ospedaliera, pur in presenza di alti fattori scatenanti (sovraccarico, conflitti etici ed emotivi, imprevedibilità delle situazioni) la chiave della buona “soddisfazione” personale e dell'identificazione con il proprio ruolo fa sentire gli infermieri comunque gratificati: nonostante le responsabilità sanno di avere in mano il controllo. I risultati emersi da un recente studio dell'università La Sapienza ci hanno sorprendentemente dimostrato come l'identificazione con il ruolo e con il paziente preservi gli infermieri delle aree critiche dal rischio “depersonalizzazione” e quindi dal *burnout*: e ciò li fa sentire realizzati, psicologicamente in uno stato di *ben-essere*, non *emarginati sociali* come nei restanti reparti ospedalieri (Burla F, Murgano A, Bruschini M, Cinti ME, 2013).

Slow education and reflective practice

Certamente altre questioni importanti, oggi ancora irrisolte, si trovano sul tavolo del dibattito culturale. Nella crisi della società moderna “complessa” e “liquida”, gli

infermieri si sentono stressati come se fossero su un ottovolante senza fine (L. Goldbaum, 2009). Mi riferisco anche al loro rapporto con il tempo. Un “rapporto malato”, basta vedere quante diavolerie si sono inventati per farci fare tutto più in fretta (M. Introvigne, 2014). Può rivelarsi utile passare da una pratica culturale infermieristica passiva, “re-attiva”, l’efficientismo di impronta manageriale che cerca solamente di difendersi da una crisi culturale e, quindi, sociale, ad una attiva, o “pro-attiva” dove la cultura infermieristica non privilegi formalismi tecnici, bensì il patrimonio derivante dalle “esperienze riflessive” di ognuno (D. Schon, Reflective practice 1983). L’appello all’uso di una pratica riflessiva per i professionisti è che, siccome l’educazione, la relazione e apprendimento sono complesse, e non c’è un giusto approccio, riflettendo sulle diverse versioni di insegnamento, rimodellando le esperienze passate e attuali delle persone vi è una ricaduta positiva nelle pratiche medesime. Il tempo per la “riflessione” nel corso della stessa “azione” di Schön, aiuta gli infermieri a rendere concrete le conoscenze professionali che guadagnano dalla loro esperienza quotidiana come parte esplicita del loro processo decisionale.

L’infermieristica è da sempre un processo di ricerca scientifica ma anche di riflessione, costruzione umana di “senso”, attraverso la dinamica relazionale, infermiere-utente, infermiere-istituzioni, infermiere-comunità: sono i “vissuti”, “storie” quotidiane e “talenti” di tutti gli uomini ad avere nella pratica un significato fondante. Occorre, dunque, una riscrittura dei propri “orizzonti” mentali o serve, piuttosto, solamente la rincorsa veloce alle “nuove” competenze avanzate? A quelle altrui?

Conclusioni

Questa relazione non ha la velleità di essere esaustiva. Penso di aver offerto dei semplici stimoli, e sono sicuro che si possa elaborare più particolarmente quanto ho detto tenendo conto dei bisogni specifici delle persone, continuando con coraggio e con fiducia la professione. L’esercizio del libero pensiero e l’onestà intellettuale hanno poi ricadute sul ben-essere psicologico e spirituale molto più di altre cose.

Insieme alla frammentazione ad unirsi ad un progetto comune, la malattia odierna forse più grave resta *l'alzheimer professionale*, facendo troppo cose si rischia di perdere anche la memoria, il motivo nobile, il core stesso della professione. Eppure il sapore “slow” del nursing passa da sempre attraverso questa antica, semplice, definizione dal Royal College of Nursing: “[Nursing è] *l'uso del giudizio clinico nella fornitura di assistenza per consentire alle persone di migliorare, mantenere o recuperare la salute, per far fronte con la salute ai problemi, e per ottenere la migliore qualità di vita possibile, qualunque sia la loro malattia o disabilità, fino alla morte*”.

L'infermiere in salute è una tutela per il cittadino. Se parafrasiamo la collega Ann Gallagher - allora l'invito è per un nuovo comune “Arengo” culturale (ed etico): “*Slow culture for nursing and public education...*”

Bibliografia essenziale

V. Fascio, *Il rischio burnout: indagine sugli infermieri e progetto di miglioramento del benessere organizzativo*. Tesi master in Infermieristica forense. Università Sapienza-Telma, Roma 2009.

V. Fascio, *L'importanza dell'aspetto culturale nel miglioramento dell'immagine dell'infermiere*. II° Congresso nazionale AIOL, Alcamo (Tp), 25 settembre 2009.

V. Fascio, *Cultura, identità e rappresentanza nella professione*, in <http://www.inferweb.net> Tavola rotonda AIOL, Candelo (Bi), 29 aprile 2014.

V. Fascio, *Guglielmo da Volpiano. Abate ed «architetto» dell'Anno Mille, nella civiltà della terra olivettiana*. Conferenza Ordine di Santa Maria di Ivrea. Ivrea (To), 29 aprile 2014.

M. Baldacci, A. De Simone, *La formazione dell'umano. Bildung e giovani*. 8° Giornata di studi pedagogici. Scuola di Alta Formazione, Fossombrone (PU). Quaderni del Consiglio Regionale delle Marche, Anno XVII - N.115, Fossombrone, 2012.

F. Burla, A. Murgano, M. Bruschini, Cinti ME, *Il burnout e le sue componenti: confronto tra infermieri di area critica e di reparto*. Dipartimento di Psichiatria Università, Sapienza Università di Roma, Journal of Prevention & Research in Medicine, Vol. 3, N.2,2013.

F. Jullien, *Le trasformazioni silenziose*. Raffaello Cortina, Milano, 2010.

T.W. Adorno, *Teoria della Halbbildung*. Milano, 1983 e Id., *La crisi dell'individuo*. Diabasis, Reggio Emilia, 2010.

G. La Greca, *Lo specifico Infermieristico. Lineamenti di filosofia del Nursing*. CeSPI, Torino, 1993.

A. Gallagher, *Slow ethics: A sustainable approach to ethical care practices?* Journal of Medical Ethics January 1, 41:60-63, 2005.

C.M. Martini, *Società malata*. Discorso a Milano, 1997.

D. Schön, *The Reflective Practitioner, How Professionals Think In Action*. Basic Books, 1983.

D. Sellman, *Does the Slow movement have anything to offer nursing education?* Nurse Education Today Vol.34, Issue 12, pages 1414-1416, 2014.