

IX CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA

AREA CRITICA DALL'IPOTESI ALLA REALTÀ

RIVA DEL GARDA, 14-17 NOVEMBRE 1990

RELAZIONE INTRODUTTIVA

ELIO DRIGO

IPAFD - Presidente ANIARTI - UDINE

«Area Critica: dall'ipotesi alla realtà, dall'idea all'opera».

Una pacifica rivoluzione che gli infermieri propongono alla sanità ed alla società e intendono che il loro messaggio passi.

Non è comunque un messaggio soltanto loro. Area critica è un'idea degli infermieri in quanto individui solidali con i malati in condizioni critiche, in quanto piccola ma significativa porzione di un'esperienza umana globale che si trasforma, e interagendo, progredisce; una idea degli infermieri in quanto soggetti capaci di leggere gli orientamenti delle esigenze in fatto di salute delle persone e decisi a dare risposte a tali esigenze; un'idea degli infermieri, in una parola, in quanto cittadini del mondo.

In questi ultimissimi tempi ci siamo dovuti abituare a rivolgimenti epocali che solo fino a pochi anni fa sembravano dover richiedere il passaggio di intere generazioni.

La fine dei regimi totalitari nei paesi dell'Est Europa indica l'affermarsi incontenibile della idea di libertà.

Le trasmigrazioni di cittadini dei paesi più poveri della Terra verso i paesi più ricchi evidenziano l'aspirazione a veder rispettato il proprio diritto di esistere, di sopravvivere, di vivere. Come tutti.

La comunicazione, la rete di relazioni, si è tessuta fittissima in tutto il mondo. Forse per la prima volta l'umanità intera vive, documentata di ora in ora dai mass-media, una nuova esperienza, rapidissima, di una universale tendenza alla sintesi di osmosi planetaria.

Le situazioni di cui può esprimersi una maggiore libertà stimolano e catalizzano situazioni in cui la libertà è più compressa.

Situazioni di maggiore ricchezza, a volte sfacciatamente esagerata a fronte di condizioni di morte per fame, provocano ed esercitano un'irresistibile attrattiva verso quelle situazioni in cui difficile o impossibile è anche solo sopravvivere.

Entrambi i fenomeni manifestano delle analogie che si esprimono in una comune tendenza: ad una pressante richiesta di condividere libertà e benessere, viene opposta una considerevole resistenza. Rinunciare ai privilegi acquisiti con la nascita entro un certo confine, anziché entro un altro, risulta piuttosto sgradevole.

Ma, già si prospetta la soluzione naturale del problema che è percepita come inevitabile: la logica deve essere sempre quella del ripensamento dei propri assunti, delle proprie certezze, per allargare sempre di più l'ottica e ricollocarsi in un quadro di globalità. Le due diverse realtà devono imparare a convivere, ad integrarsi. Se vogliono progredire e costruire una novità, de-

E. Drigo

vono decidere di accogliersi e rispondere alle reciproche esigenze fondamentali. L'alternativa è solo il regresso o l'autodistruzione.

Assistiamo dunque a nuove relazioni fra paesi e cittadini dell'Est e dell'Ovest europeo, a nuove forme di inserimento sociale dei cittadini immigrati provenienti dai paesi più poveri del nostro.

È però importante osservare che il processo di integrazione si manifesta ed avanza comunque anche attraverso quelle forme nuove di dominanza dei più forti sui deboli (es. l'imposizione di mercati più forti, il lasciare liberi gli spazi di lavoro, di abitazione, meno graditi o rifiutati proprio...).

La lettura di questi fenomeni così ampi e così complessi oltre che far luce sul cammino dell'uomo di oggi, può aiutare ad analizzare ed a dare un'interpretazione anche ad altre situazioni.

Gli infermieri manifestano in questi anni la loro esigenza di sopravvivere, la loro voglia di libertà. La necessità impellente nasce certo dalla percezione della propria importanza oggettiva, però disconosciuta, nella organizzazione della società, ma anche dalla consapevolezza profonda di essere interpreti dei bisogni dei cittadini che usufruiscono delle strutture sanitarie e dell'assistenza degli operatori.

La mancanza di infermieri e il calo delle iscrizioni alle scuole negli anni scorsi, manifestano l'insopportabilità dell'attuale situazione vissuta dagli infermieri.

La richiesta è naturalmente di condividere con la società, soprattutto istituzionale, la «ricchezza» che questa pure manifesta di detenere in altre occasioni; «ricchezza», in questo caso significa sì riconoscimenti economici, ma significa anche elevazione culturale, significa libertà di espressione ed indipendenza da altre professioni, quella medica *in primis*.

La richiesta degli infermieri alla società non è un ricatto. È semplicemente la manifestazione di una ovvietà. Tanto più che l'aver volutamente negato questa ovvietà nelle scelte politiche fin qui operate ha già dato i suoi frutti disastrosi.

Anche in questo caso la soluzione potrà essere ancora solo la sintesi e la composizione; la società istituzionalmente dovrà dare dignità alla professione infermieristica; gli infermieri accetteranno di rendere alla società un servizio e questo sarà qualitativamente migliore.

Come gli infermieri per strutturare la filosofia della loro professione hanno posto attenzione ai bisogni espressi dalle persone e dalla società, così ci permettiamo di affermare che devono essere gli infermieri ora a dire alla società istituzionale quello di cui hanno bisogno. Affermiamo che non è corretto metodologicamente che avvenga l'inverso, cioè che siano le istituzioni senza contatti con la realtà infermieristica a decidere la sostanza e la forma della nostra professione. In questa logica affermiamo anche la nostra totale disapprovazione per come i politici stanno procedendo per risolvere il problema degli infermieri. La professione dell'assistenza viene ancora pensata e strutturata nelle varie riforme proposte come una variabile tutto sommato non

determinante per la qualità del Servizio Sanitario. Per la formazione dell'infermiere del 2000 viene proposto un DDL approvato dal Consiglio dei Ministri che riteniamo non possa essere preso in considerazione tanto è assurdo e che noi riteniamo anche una specie di contratto di spartizione di fette di potere sulla testa degli infermieri e soprattutto, della gente che ancora non sarà assistita come avrebbe diritto di essere.

Sulla scena della sintesi compositiva tra società istituzionale ed esigenze degli infermieri dobbiamo quindi registrare ancora delle forti resistenze che speriamo si attenuino presto, anche perché in gioco, come si diceva, sono le esigenze di qualità dell'assistenza richieste dai cittadini, e non ci pare di se-

condaria importanza!

Gli infermieri comunque stanno lavorando, stanno elaborando idee e proposte come quella di «Area Critica» con i suoi risvolti organizzativi per le

strutture e formativi per gli infermieri.

L'idea di Area Critica è nata da una lettura della centralità e della complessità della persona e della società e dalla convinzione che la concezione attualmente vigente dell'organizzazione sanitaria divisa rigidamente in settori e superspecializzazioni, tecniche, ecc., non rispetta un'evoluzione che nella gente è intervenuta e ne ha cambiato l'autopercezione.

Area Critica significa far ruotare l'assistenza sanitaria attorno alle esigenze delle persona in condizioni critiche. Significa rinunciare a catalogare l'indi-

viduo secondo l'organo che manifesta la patologia principale.

Queste giornate rappresentano probabilmente il punto di arrivo più significativo della vita dell'ANIARTI; e allo stesso tempo un nuovo punto di partenza.

Riesamineremo assieme nelle motivazioni più profonde il senso di una scelta fatta.

Presenteremo e discuteremo le proposte organizzative e per la formazione che abbiamo tutti con il nostro quotidiano contribuito a costruire.

Parleremo e ci confronteremo sui più importanti e coinvolgenti problemi che ogni giorno viviamo nel nostro lavoro e sui quali siamo impegnati nella comune ricerca delle migliori soluzioni.

Infine ci metteremo in discussione. Noi stessi, le nostre scelte sanitarie, la nostra Medicina, il nostro concetto di salute, di eticità, di benessere.

Sarà un interrogarci per confermare alcune scelte e per correggere la direzione di altre allo scopo di essere aderenti a quelli che sono gli obiettivi che come professinisti ci poniamo nei confronti delle persone in condizioni di vita critiche.

L'augurio è che questi giorni che vivremo insieme scambiandoci conoscenze e fatti di vita vissuta costruiscano nel nostro gruppo e, attraverso noi, nella professione tutta la certezza che gli infermieri sono un insostituibile elemento di analisi critica e propositiva per una società che intenda orientare le proprie strutture organizzative soprattutto, ma non solo, in materia sanitaria, verso il reale servizio alla gente.

È tempo che diventiamo nei fatti protagonisti del vivere sociale, senza

demandare, senza più essere assenti. Anche in questi giorni avremo spunti per una sufficiente motivazione ad uscire, a proporci ed a presentare un nuovo modello di assistenza sanitaria.

Non tolleriamo più la nostra situazione attuale.

Vogliamo cambiare.

Abbiamo idee, fatti, proposte pronte da realizzare fondate su modelli concettuali molto precisi e rispettosi della persona.

Non ci resta che agire!

Buon lavoro!

LE RADICI DELL'AREA CRITICA

ASPETTI SOCIOLOGICI DI EVOLUZIONE

RAFFAELE PASTORE CENSIS

Il titolo del mio contributo a questo congresso rende subito l'idea dell'ampio angolo visuale da cui prendono le mosse le riflessioni che in questi quattro giorni andranno a riversarsi sul concetto di «area critica», nella sua ideale traiettoria da *ipotesi forte* al raggiungimento di uno *status di realtà* operativa.

Una prospettiva ampia, quindi, macroscopica e di taglio sociologico, per tracciare le direttrici evolutive della società nel suo complesso: all'interno delle quali possono essere situati opportunamente lo sviluppo e l'elaborazione culturale dell'ANIARTI. Come associazione professionale e, quindi, come microcosmo in cui risuonano, nel piccolo, tendenze di carattere ben più generale.

L'approccio macro-sociologico è quello che caratterizza tradizionalmente gli sforzi interpretativi delle fenomenologie italiane da parte del Censis. Premetto quindi che è a tale immenso serbatoio di idee che attingerò per tratteggiare quegli aspetti sociologici di evoluzione da cui intendono partire queste giornate congressuali.

A voler usare una metafora organicistica, un po' scherzosamente, si può affermare che il Censis, nei molteplici orizzonti delle sue attività, per certi versi è assimilabile ad una persona che vive costantemente con due idee fisse, pertanto con una sorta di nevrosi, benefica e vitale, che lo spinge a tradurre e a riportare tutto ciò che si muove sotto i suoi occhi a due «chiodi» fissi, dei quali difficilmente riesce a fare a meno.

Due idee dicevamo, l'una di ordine concettuale e l'altra dimensionale; la prima è l'idea dello «sviluppo», in tutte le sue declinazioni: economico, politico, culturale, sociale, civile; l'altra idea-guida è quella secondo cui tale sviluppo non può avere un senso compiuto se non in una dimensione «nazionale».

Lo sviluppo del paese è quindi, in termini sintetici, ad un tempo la motivazione e l'obiettivo di tutta l'elaborazione concettuale e culturale promossa o portata avanti in prima persona dalla Fondazione.

Per chi ha seguito da vicino la produzione di ricerche e i rapporti annuali sulla situazione sociale del Paese, quanto detto potrà apparire per certi versi contraddittorio: il Censis, infatti, per anni è stato ben più noto per la sua «scoperta» del sommerso, ovvero del lavorio vitale che fecondava dal basso un'economia nazionale di cui tutti deprecavano l'inconsistenza e sentenziavano l'inevitabile naufragio; oppure per la sua rivalutazione, documentata, del localismo economico e culturale come sottosistema tanto microscopico quanto promettente in termini di potenzialità di sviluppo.

Si tratta di una tendenza di analisi che sembra privilegiare il piccolo più

che il grande, il particolare più che il generale. Ma si è trattato solo di una fase di un cruciale approfondimento nelle maglie sottili del sociale, che tuttavia è sempre rimasta inserita nel più ampio contesto di riflessioni intorno alle modalità con cui l'intero Paese andava sviluppandosi, in una traiettoria del tutto particolare, di cui andavano comprese le ragioni e le finalità.

Tale approfondimento si è protratto fino alla prima metà degli anni '80 ed ha prodotto un'immagine del Paese a dimensione quasi esclusivamente locale. Le tante Italie: dell'economia, della politica, della cultura, del sociale.

Una fase, si diceva, e uno spezzettamento dell'oggetto di analisi («lo sviluppo e la modernizzazione del Paese») che, tuttavia, nel prevalere delle spinte e dei problemi localistici, ha finito per portare con sé la sensazione opposta di un bisogno diffuso di avere una dimensione più ampia, «ricomposta», nazionale, intorno alla quale potersi riconoscere facendo nuova identità collettiva.

Non che in Italia non vi sia una «valenza nazionale», solo che quella vigente prende forza soltanto da elementi di carattere negativo. Infatti si tratta più del mettersi al passo, spesso affannosamente, con gli altri Paesi, che della capacità o la sola volontà di sfidare in avanti le altre realtà nazionali. Ciò che fa la dimensione nazionale sono solo le cosiddette aree-problema: le grida sui disservizi, il dibattito sulla spesa pubblica e sul suo controllo, la difesa dell'ambiente, la diffusione della criminalità, ecc.

Del resto tali aspetti molto spesso appaiono più che essere degli *item* di vissuto comune. Infatti:

- per i disservizi gli utenti tendono ad organizzarsi (arrangiarsi) individualmente, con tecniche personalizzate di bricolage di autotutela che comprendono anche il ricorso al privato;
- la spesa pubblica finisce quasi sempre per essere un argomento astratto e fin troppo «romano», che capta l'attenzione pubblica per il breve periodo di discussione parlamentare, risolvendosi in fenomeni di tipo lobbistico;
- l'emergenza ambientale si riduce ad essere declinata in tante operazioni a carattere locale: il permesso di attracco per una nave, la chiusura di una certa fabbrica, il perseguimento giudiziario dei singoli inquinatori ... come se il problema non fosse più complesso e riferito piuttosto ad una rete di soggetti;
- la criminalità infine, ricondotta a ristretti ambiti territoriali eludendo la effettiva estensione e complessità del fenomeno.

Forse questi temi, scelti tra i più emblematici, possono dare un'idea di quello che è il nostro Paese, fatto di tante Italie diverse e poco comunicanti, e pertanto, dell'ottica parcellizzata sulle direttrici dello sviluppo che deriva dalla esasperazione del localismo. A fungere da forte elemento di contrasto vi è poi la contemporanea presenza di spinte all'internazionalizzazione i cui effetti in alcuni ambiti appaiono tanto evidenti quanto apprezzabili.

Da un lato il circolo chiuso del localismo territoriale, dall'altro le sfere alte dell'internazionalizzazione. Questo stato di cose ha portato alcuni a parlare di una certa presmiopia del modello di sviluppo italiano, a causa della dimensione funzionale intermedia di tipo nazionale piuttosto sfuocata.

Tale dimensione sembra invece richiamare più attenzione su di sé, e richiedere un riconoscimento ed un utilizzo attivo secondo logiche di Paese cresciuto che non può essere compreso soltanto attraverso la somma delle singole molecole. È forte in sostanza la sensazione di una domanda inespressa di una dimensione ricomposta che superi la semplice somma dei frammenti locali caratterizzata dalla logica dell'indistinto e del molteplice.

Da qui parte l'esigenza di fare ricomposizione, non solo per ciò che riguarda gli aspetti materiali e strumentali, ma anche per gli aspetti immateriali e simbolici dell'identità collettiva. E ciò essenzialmente significa condurre ad unità le tendenze centrifughe verso la modernizzazione che persistono in uno stato di inconcludente frammentazione e contraddizione:

- spinte all'accesso allargato all'impresa, ai consumi, ai servizi, e tendenza ai comportamenti selettivi con norme di regolazione degli accessi;
- spinte verso l'immaterialità terziaria degli scambi e tendenze a ritrovare la concretezza del risultato e del prodotto;
- spinta al protezionismo economico (locale e nazionale), e tendenza verso l'apertura e la globalizzazione dei mercati;
- spinte verso la velocità degli scambi, contemporaneamente alla voglia di ritrovare una calcolata lentezza (affinché la meta diventi una cosa ben fatta e non fatta comunque);
- infine, spinte verso una ulteriore frammentazione dei comportamenti e dei soggetti, e la tendenza opposta verso la semplificazione e il consolidamento.

Qualcuno potrebbe chiedersi il motivo per cui bisognerebbe uscire dalla logica della frammentazione e della contraddizione particolaristica, e questo consiste principalmente nel fatto che se ne potrebbe uscire fuori sopraffatti. Oltretutto l'eccessiva frammentazione implica una certa dose di perdita di senso. A tale riguardo hanno un certo peso anche i media: nel loro parlare sempre più di se stessi, nella rincorsa spasmodica all'istantaneità della notizia e all'esclusività, nell'incessante flusso informativo, spesso non riescono a cogliere il bisogno di uscire dall'indistinto.

Bisogna giungere alla consapevolezza che la segmentazione ha dato tutto ciò che poteva dare, ed ora si può passare ad un nuovo ciclo di ricompattazione.

Come? Si possono intravvedere due linee guida attraverso cui affrontare questo nuovo processo: nell'orizzonte economico e in quello sociale.

Per quanto riguarda il primo si tratterebbe di ritornare al peso dell'economia reale ... dopo tanta «paper economy», e quindi ad una fase di implosione, di ritorno alla centralità del produrre, attuando meccanismi spontanei di filtraggio dentro il tessuto della nostra crescita.

Nell'orizzonte sociale invece bisognerebbe dar spazio al bisogno generalizzato di reciprocità, con la piena consapevolezza delle difficoltà che questa 14 R. Pastore

comporta nei termini della capacità di accettare in modo maturo e moderno i costi del proprio benessere. L'esigenza della reciprocità deriva dalla constatazione che un paese ormai cresciuto economicamente non può vivere soltanto di spirito acquisitivo. La ricomposizione del corpo sociale deve quindi avvenire nell'economico, nel sociale, nella rappresentazione e nella identità. Perché una somma di frammenti locali non fa un Paese e una somma di piccole aziende non fa automaticamente tessuto connettivo nazionale.

Resta inteso che la ricomposizione della proliferazione dei comportamenti, degli interessi e delle strategie è sia un aggiustamento spontaneo in corso

che una possibile ottica di governo.

La frammentazione dello sviluppo sociale ed economico del Paese tende ormai ad una sintesi di ricomposizione degli elementi che hanno portato a maturazione la nostra collettività. E tale tendenza alla ricomposizione dovrà toccare tutti gli ambiti sociali ed in primo luogo l'universo delle competenze professionali.

LE MODIFICAZIONI DELLA MEDICINA Di alcune aporie del pensiero medico contemporaneo

GRAZIANO MARTIGNONI (1)

(1) Medico psichiatra e psicoterapeuta FMH, psicoanalista, ha tenuto corsi presso la Facoltà di Psicologia dell'Università di Friborgo; consulente presso il centro di Cure Intense dell'Ospedale San Giovanni di Bellinzona (Svizzera) e presso l'Organizzazione sociopsichiatrica del Canton Ticino, docente presso la Scuola di specializzazione di cure intense e delle urgenze.

«Per comprendere il vivente, bisogna anzitutto prendere parte alla vita» «... una riforma della medicina presuppone una riflessione sui suoi fondamenti antropologici ...»

Viktor Von Weizsäcker (1964) (2)

1. Una «stagione declinante»

La stagione della «gaia medicina» sembra oramai al tramonto. I segni di un disagio e i nodi di alcune aporie del suo pensiero e della sua pratica si moltiplicano sia sul piano del dispositivo epistemico, sia dentro le sue procedure tecnico-terapeutiche, sia infine dentro l'«immaginario sociale» che la alimenta e la legittima dall'esterno. La medicina contemporanea appare dunque come una sorta di «vincitore assoluto» dentro la crisi più generale della razionalità del «moderno», prigioniero al suo interno dai percorsi ritualizzati e stereotipati di una parte della sua ricerca e dei suoi programmi di formazione e all'esterno dell'aumento di domande che la società e il pubblico le pone pressantemente. È in questo iato che l'attesa fideistica in un suo «illimitato» potere si coniuga spesso con la aggressività pubblica nei confronti del suo apparato organizzativo e dei suoi operatori.

Il «pensiero medico» sembra dunque attraversare questo crepuscolo della modernità e paradossalmente questo quasi-compimento della civiltà della «tecnica» con un sentimento di afasia o almeno di povertà narrativa e conoscitiva rispetto alla complessità del soggetto, che ha forse la sua ineludibile radice nel progetto di «separatezza» di un «sapere pratico», che si accompagna alla caduta di una sorta di implicita autolegittimazione teorica e tecnica, alla rinascita di domande radicali, che il mondo della tecnica non ha potuto certo esaurire e alla crescita conseguente di una nuova «sensibilità» e di una diversa «cultura» generale che si fonda e genera una crisi epistemica e strategica complessiva. Dentro di essa trovano posto *nuove esperienze* (le medicine naturali, la crescita di «saperi» e di «credenze» diverse e nello stesso tempo anti-

16 G. Martignoni

chissime rispetto alla salute e alla malattia, che rieccheggiano in un certo senso un mondo pre-scientifico ...) e *categorie rifondative*, di cui l'«area critica» rappresenta sicuramente un orizzonte teorico e clinico privilegiato.

Un'area, quella «critica» che rappresenta una sorta di frontiera teorica e clinica situata spesso tra la vita e la morte, tra la coscienza e la non-coscienza sino ai territori misteriosi del coma, tra psiche e soma, tra natura e artificio, tra la «voce» che rimanda ad un «altrui» e alla dimensione dell'attesa e dell'incontro e la «macchina» (3) che diviene supporto tra integrità-identità del corpo ferito ..., e ancora tra crisi e catastrofe, tra acuto e cronico, costituendo un «regno intermediario» per una fenomenologia dell'«evento», in cui certo il «sapere» e il ruolo infermieristico assumono spesso in modo ancora inconsapevole una posizione centrale ...

... Così nel momento di maggiore splendore tecnologico della medicina, nel momento in cui ci si appella alla sua «potenza» per riempire i vuoti sulle domande ultime, che altri apparati ideologici-religiosi non riescono più ad assumere, nel momento stesso che la «salute-integrità» come nuova categoria politico-ideologica diviene un principio di appartenenza all *polis* e di identità per l'uomo sovrapponendosi spesso al tema della felicità e della salvezza, nel momento in cui il progresso tecnico si coniuga e nutre una nuova sensibilità e una nuova «cultura», proprio qui il «pensiero medico», il suo orizzonte pragmatico, mostra il suo più grande disagio, le sue aporie e la sua crisi di conoscenza del reale ... (...).

È dello scenario di questo disagio e di questa crisi della razionalità del pensiero medico che desidero mostrare alcuni quadri, sullo sfondo di due fondamentali scollamenti di cui anche la medicina contemporanea è vittima; l'uno riguardante il concetto stesso di realtà clinica che risulta di fronte alle nuove patologie dilatata, dispersa nella complessità macro e microfenomenica (che pone anche nell'atto di curare il corpo malato la domanda che cosa significa veramente «curare»? a quale soggetto faccio così riferimento?), dentro il rapporto non più semplice tra mente, corpo e ambiente sociale, attraverso quello che chiamo la funzione e l'efficacia ermeneutica data dal concetto di «triangolo terapeutico» (4); l'altro prodotto dalle procedure e dalla «potenza» stessa della medicina, in una sorta di crisi messa in luce dalle nuove domande e dai nuovi settori, che le sue grandi capacità di risposta tecnica hanno suscitato e aperto. Come se paradossalmente i problemi e i percorsi aporetici del pensiero medico contemporaneo nascessero proprio dalla sua potenza (...).

... Come rispondere infatti alle questioni poste dalle nuove frontiere della trapiantologia, dalla ingegneria genetica, dal mutamento di orizzonte dato da una ricerca epidemiologica che si è spostata dall'individuale al piccolo gruppo sino al collettivo multicentrico (cfr. le ricerche internazionali su grandi popolazioni sulla streptochinasi nell'infarto o quelle sui fattori di rischio cardiocircolatori, ecc.), dalla standardizzazione delle terapie in ambito nazionale o internazionale a seguito di tali studi sulle grandi popolazioni o ancora dal-

l'uso quotidiano del tomografo computerizzato o della risonanza magnetica nucleare (con i suoi effetti di quasi totale «visibilità» ...), dalle cure palliative, in cui la centralità del malato e la esperienza della morte e dei suoi enigmi è riportata dentro lo stesso atto del conoscere e dell'agire medico, dalla medicina preospedaliera e postospedaliera (le cure a domicilio), dalla clinica psicotraumatologica e di psicosomatica, dalle nuove malattie psico-sociali della dipendenza, dalle strategie politico-sanitarie-massmediali della prevenzione (sospesa tra etica della responsabilità e della solidarietà e etica «dirigistica igienico-autoritaria») e infine dalla presenza inquietante dei nuovi «spettri della morte» come nella SIDA ...

Sullo sfondo di tutto ciò una crescente e necessaria domanda etica, che penetra profondamente nel lavoro epistemico, ermeneutico e effettuale del «discorso medico» stesso (dalla ricerca alla terapia, sino alla prevenzione ...) e che ne mette in crisi la sua auto-legittimazione dentro il progetto e illusorio «paradiso scientifico-tecnologico», svelandone, come già diceva Eschilo nel suo «Prometeo incatenato», le «cieche speranze», le illusioni, che fondano e costituiscono le aporie e inadeguatezze radicali, che essa porta con sé.

Aporie dunque legate ad alcuni «estremi compiti», al percorrimento di alcuni orizzonti che, in modo diverso a seconda delle epoche dell'Occidente, hanno spesso invisibilmente attraversato, catturato e legittimato il pensiero e la pratica della medicina, come ad esempio:

- a) quelle della ricerca e del bisogno di perfezione, dall'Homunculus del goethiano Faust alla clinica della metamorfosi contemporanea;
- b) quelle legate al sogno di immortalità, di controllo e di negazione della morte nella sua banalizzazione tecnologica;
 - c) quelle delle illusioni di «salvezza» offerte dal tempo della tecnica;
 - d) quelle della ricerca di una «vita indolore»;
- e) della ricerca dell'*artificio* che garantisce il controllo e soprattutto la scambiabilità;
- f) quelle di una apparente estrema autonomizzazione, che cancella il «destino creaturale» (come soggetto-oggetto della trasmissione transgenerazionale, oltre che come indizio di un mistero nel rapporto con una possibile trascendenza) dell'uomo e lo concepisce come macchina e come funzione (una medicina non fondata o a partire dal sacro come nella tradizione greca ma totalmente «al posto» del sacro con attorno a sé tutte le domande ineludibili, che il sacro veicolava ...);
- g) quella della totale visibilità come garanzia della verità, nel mito della correlazione anatomo-clinica, in linea teorica e storica con quanto Bichat affermava a metà del secolo scorso nel periodo d'oro della anatomia patologica, ... «Una serie di autopsie farà più luce di vent'anni di osservazioni dei sintomi ...».

2. La «ragnatela» spezzata

Se, per usare una metafora che fu di Francesco Bacone, la medicina contemporanea non s'arresta di raccogliere materiali e dati come le *formiche*, è il lavoro dei *ragni* (5), del discorso medico nel suo insieme che produce oramai buchi e vuoti nella ragnatela ... Le cause di questi vuoti, che fanno l'ipotenza dei ragni e la frenesia delle formiche, sono racchiuse in alcuni fenomeni di origine e dimensioni diverse (sociali, culturali, epistemici, di esperienza e di sensibilità), su cui proviamo a lavorare con strumenti transdisciplinari ancora incerti e forse inadatti, per dirla con Edgar Morin, al necessario «trasloco» ...

Quali dunque, in breve, questi elementi di rottura e di inquietudine, che sembrano inerenti e a volte prodotti dallo stesso progresso e sviluppo di questa «età della tecnica» da cui la medicina è allo stesso tempo madre e figlia ...:

1) innanzitutto il *progresso tecnologico* stesso sia sul piano della capacità strumentale e di quello della durata della vita e il superamento delle malattie monocausali a eziologia esterna; ciò trasforma radicalmente il monito di Eschilo quando affermava che «la tecnica è di gran lunga più debole della necessità» «ora, scrive Galimberti (6), è la tecnica ad aver guadagnato la sfida con Ananké che regolava la natura, le sue scansioni, i suoi ritmi biologici e generazionali ... la natura così non è più norma (nomos) e gli uomini su quella norma non possono più edificare le loro leggi ... è la tecnica ad essere ora orizzonte, non vi è più limite alla progettazione umana. Chi si attarda non abita la storia, la cui scansione epocale offre l'età della tecnica non più in successione con le altre età che l'hanno preceduta, perché la trasformazione non ha inciso solo sulle cose, ma sul rapporto che l'umanità ha sempre conosciuto come impotenza del suo progettare rispetto all'invalicabilità del limite».

Tutto si fa più incerto. Tuttavia credo abbia pienamente ragione Heidegger, quando scriveva che ciò che è «veramente inquietante non è che il mondo si trasformi in un completo dominio della tecnica. Di gran lunga più è che l'uomo non è affatto preparato a questo mutamento del mondo. Di gran lunga più inquietante è che non siamo ancora capaci di raggiungere, attraverso un pensiero meditante, un confronto adeguato con ciò che sta realmente emergendo nella nostra epoca».

Una incapacità data da una errata scelta di campo della medicina, dimentica di una parte almeno della sua tradizione più antica? La medicina, ricorda Vegetti in un saggio sulle origini della medicina greca, alterna da sempre momenti «forti» in cui prevale il paradigma della di dissezione a momenti a pensiero «debole» (7) in cui «l'analogia tra le forme viventi, la teleologia e la dimensione mitico-simbolica prendono il sopravvento. Una oscillazione, come ricorda ancora Vegetti, che ricorda da una parte il pensiero medico rinascimentale di Cardano e Paracelso, che rifiutando la dominanza della anatomia

e della chirurgia si fonda sulla ricerca delle analogie cosmiche e si ispira alla natura, alla agricoltura (come non ricordare la modernissima attrazione verso la medicina e i prodotti biologici e naturali ...) per fondare un «sapere» delle «corrispondenze» tra natura e movimento astrale e dall'altra per esempio la profonda rivoluzione anatomica post-vesaliana e quella fisiologica di Harvey. È forse al senso e al movimento di questo «pendolo» del pensiero che non può escludere nessuno dei suoi poli per continuare a vivere, che ne-

cessita ripensare.

2) in secondo luogo la «scelta di campo»: ovvero l'appartenenza e l'autocomprensione spesso acritica, come già suggeriva von Wiezsäcker della medicina contemporanea (ora gli orientamenti sembrano anche velocemente mutare sotto la spinta non tanto della comunità scientifica, spesso ancora prigioniera dei suoi dogmi metodologici e epistemici oltre che di potere, quanto dal pubblico e dalle nuove domande legate alla salute che «la medicina, suo malgrado, portata nelle piazze» è costretta ad assumere ...) al campo delle «scienze naturali», al dominio «totalitario» di un «pensiero calcolante» spesso troppo sicuro delle sue procedure e dei suoi esiti. Una scelta di campo che elude almeno ad una delle funzioni del «sapere» medico (un «polo» del pendolo in oscillazione) che, come dicevo, attraverso un ripensamento di alcuni filoni della sua tradizione, che si configura quella di essere una sorta di «scienzaponte», capace di applicare conoscenze mutuate dalle discipline biologiche e fisiopatologiche all'aoggetto-uomo» visto come realtà naturale, culturale, psicologica e spirituale insieme.

Uno sguardo, che assume come limite necessario ma del tutto insufficiente, il troppo rigido versante di una presunta «verità» misurabile, per penetrare nel campo relazionale e esperenziale della soggettività e dei suoi «sentieri di senso» sino alle «reti» della intersoggettività, che «si appoggia» sulla figura dell'«Altro»; qui la malattia non è più un fatto estraneo al soggetto e alla storia complessiva del malato, della sua famiglia e della sua comunità, ma parte integrante delle interazioni complesse tra influssi esterni, campi di significazione affettiva e rappresentativa, predisposizioni biologiche e eventi e

dinamismi fisiopatologici.

Scrive Viktor Von Weizsäcker in una conferenza del 1947:

«Il fatto che la medicina odierna non possegga una propria dottrina sull'uomo malato è sorprendente ma innegabile. Essa evidenzia manifestazioni dell'essere malati, differenze tra cause, conseguenze rimedi delle malattie

(...) ...» (8).

3) Appaiono dunque qui come decisivi l'assunzione dentro la teoria di una serie di «elementi anti-calcolanti» come nuovi «operatori di costruzioni epistemiche». La scelta di campo dentro le scienze naturali si scontra con l'aumento di percezione della complessità del fenomeno salute e di quello «malattia», determinandone la sua inesorabile parzialità.

«Mentre gli oggetti inanimati, scrive ancora Von Weizsäcker, sono sempre da qualche parte e in qualche modo vi si trattengono, degli esseri viventi

si deve invece dire li incontriamo ... ».

È il movimento che diviene fondante anche nel campo biologico e non più l'invarianza, non è più il «cadavere» ad essere referente categoriale ma «l'organismo vivente e relazionale».

L'incontro, l'evento e il divenire divengono così costruttori di una complessità vivente e dinamica in cui lo sguardo medico deve mutare di angola-

zione per non smarrire nel suo sguardo il soggetto dell'incontro...

4) la medicina delle grandi collettività: il ruolo crescente della epidemiologia delle grandi collettività che si presenta come disciplina a metà strada tra scienze naturali (che isola relazioni causali semplificate) e scienze umane, in cui si realizza sul piano di una causalità probabilistica e di una causalità differita l'impossibilità di sperimentare e misurare la complessità delle reti causali stesse); vi è qui sul piano epistemico un passaggio da una idea di causa probabile. In questo mutamento lo stesso concetto di rischio e di fattore eziopatologico tende a mutare profondamente.

5) Le possibilità della metamorfosi (9): attraverso le tecniche della trapiantologia e quelle della riproduzione umana viene data la possibilità di passare da una medicina riparativa a duna medicina della metamorfosi, in cui il soggetto può divenire con artificio tecnico un «altro» in una continuità tecnico-funzionale, che può interferire nel senso della differenza e della tra-

smissione tra le generazioni.

6) Vengono così poste nuove radicali domande etiche (spesso al di là di una «etica minima» o solamente funzionalistica ...): un'area che non si pone solo come classificazione di ciò che si può o non si può fare, ma che investe questioni più radicali, come quella stessa del destino, in questa tarda-modernità, dell'idea di salvezza e della dimensione tragica della esistenza, che sappia sopportare e vivere nella contraddizione ed evitare l'illusione di una soluzione conciliatoria (sociale, psicologica o cellulare (10) con la vita. Il percorso è allora quello di una sorta di riappropriazione di una necesaria coscienza tragica della esistenza umana, che la tecnica tende a neutralizzare o ad anestetizzare, perdendo la sua dimensione di «fondo a disposizione» per la progettualità umana e divenendo invece fine e tragitto di un orizzonte etico e epistemico funzionalistico e/o consolatorio ...

Centrale a questo proposito è dunque l'idea di salvezza stessa, che fa parte, con esiti diversi, del percorso del pensiero occidentale nelle sue due tradizioni principali quella greca e quella ebraico-cristiana; un percorso sospeso tra due abissi di invisibilità, quello del prima della nascita e soprattutto quello della morte. Tra questi due abissi ha trovato necessità il «tempo della tecnica» come tentativo estremo di neutralizzare l'ansia di queste due invisibilità radicali. Al culmine del suo dispiegamento la tecnica e dunque anche la medicina scopre che la sua «felicità» riparativa e/o metamorfica è spesso una felicità senza verità, piena di altre domande a cui il suo «paradiso» non può rispondere ... così il culmine della felicità «igienico-sanitaria» può divenire orizzonte di angoscia e frenesia.

La questione posta è allora quella del rapporto tra idea di salvezza e pro-

getto tecnico in questa tarda-modernità di fronte al declinare delle grandi tradizioni religiose-ideologiche. Margaret Somerville (11) in un recente contributo sul rapporto etica-politica, affermava, a ragione, come sulla medicina si sono riversati i bisogni di sicurezza e di salvezza o di redenzione profana di larghissimi strati di popolazione nel vuoto delle ideologie religiose, proprio perché la medicina sta a contatto più di altre discipline con le questioni cruciali dell'uomo, quali la nascita, la morte, la malattia ... e in fondo l'idea stessa di uomo e le sue prospettive-strategie di sopravvivenza in una sorta di moderna oeconomia salutis, incapace da sola di colmare lo iato tra esiti del progresso tecnologico e i resti di dolore, di angoscia, di solitudine, ma anche di malattia del corpo (cfr. AIDS), che abbisognano di nuove parole e di nuove categorie in grado di rappresentarli e di affrontarli concretamente (...).

7) Tutto ciò comporta e obbliga almeno ad una sorta di «instabilità epistemica», forse preludio di una vera e propria «coupure» epistemica, determinato da nuove categorie come, tra l'altro sul piano generale, quella di «limite», di omeostasi, di complessità, di costruzione (che muta il rapporto tra presunta verità anatomo-fisiologica e evento di malattia), di intersoggettività, di

triangolo terapeutico, ecc.

Un cambiamento che non potrà, come segnala opportunamente Vineis (12), che nutrirsi di nuovi elementi concettuali quali:

a) la metafora, riscattata dal suo esilio dentro una razionalità marginale, messa al bando «dal retto potere del discorso vero», ridotta, come scrive ancora Vegetti, al rango dell'imbroglio meschino, della furbizia del trickster»; che sostituisce la verifica sull'organo e sul cadavere e ridà valore all'analogia, che ha la sua origine nella medicina ippocratica. La metafora dunque, che crea relazioni altrimenti inapparenti tra i fenomeni ...;

b) la funzione di «anastilosi» (il concetto è preso dalle ricerce archeologiche), che combina dati della misurazione quantitativa con elementi dell'ordine di quelli che abbiamo chiamato i parametri «soft» (13) e della presenza della morte e del morente come categoria epistemica e patica, riproposta dagli

approcci palliativi, come dato dall'area delle cure palliative;

c) il passaggio da una teoria troppo «parsimoniosa» ad una ipotesi metodologica di tipo più «dissipativo», capace di integrare i dati della relazione «patica» e della «fantasia» interpretativa ... (cfr. come ci suggerisce Vineis, nell'esempio della teoria rifiutata dagli anticorpi selettivi di Ehrlich nel 1895, ecc. ...):

d) superamento della teoria della localizzazione strutturale rigida legata alla funzione o eventualmente agli organi, per una teoria della assenza di luogo, della molteplicità variabile dei luoghi a struttura e a logica di funzionamento diverse e della trasmissione leggera dei fluidi (i neurotrasmettitori, le possibilità sinaptiche ...), come se si potesse passare da un episteme fondato sul cristallo, per usare una metafora di Altan, ad uno fondato sul fumo e le

sue costruzioni precarie e effimere, che passi da una medicina del corpo ad una dell'organismo ...

Come non ricordare dentro una sorta di episteme del «fumo» la bella immagine di Nusil nel suo «Uomo senza qualità», quando scrive:

«Il cammino della storia, non è quello di una palla da biliardo che una volta partita segue una certa traiettoria, ma somiglia al cammino di una nuvola, a quello di chi va bighellonando per le strade e qui è sviato da un'ombra, là da un gruppo di persone o da uno strano taglio di facciate e giunge infine in un luogo che non conosceva e dove non desiderava andare».

e) Il cambiamento di contesto ove esercitare lo sguardo clinico, dall'ospedale alla casa del paziente (Spitin versus Spitex), dall'isolamento del corpoorgano al corpo individuale in relazione dinamica e conflittuale con il corpo sociale e familiare; dall'organo malato al soggetto che soffre e sente un corpo non più ovvio e naturale ma ostacolo, ferita e segno della finitezza ..., in questo diverso contesto non muta solo lo sguardo e l'oggetto, il concetto stesso di rischio, ma pure l'identità professionale di chi guarda e di chi è chiamato dentro lo spazio della scena (...).

3. Il tragitto aporetico

In questo contesto dunque, per concludere, di profonda mutazione (sul piano epistemico, clinico e organizzativo), che le nuove frontiere della medicina stessa ha in parte prodotto e che il processo di «secolarizzazione» ha accentuato, la *ragnatela* non poteva che lacerarsi.

Qui si sono venuti a creare i vuoti portatori di nuove domande e di nuove possibilità ... una transizione che non può che corrispondere però ad un disagio a più dimensioni, che inizia a farsi strada sul piano dell'identità professionale, dei percorsi formativi e infine delle scelte etiche. Scelte che vanno da quelle di un ritorno, soprattutto nel mondo tedesco, come forma di etica difensiva, ad una euristica del timore e del rispetto, al sospetto metodico come in Hans Jonas nel suo Prinzip Veranwortung del 1988, sino alle proposte di una etica più offensiva, come in Saas, che parla dell'assunzione di una sorta di «Risikomündigkeit», cioè di una capacità adulta di assumere i necessari e inevitabili rischi del progresso ... Nuovi rapporti dunque si stanno profilando tra medicina e società, tra salute e economia ... come se attraverso la medicina si potesse leggere anche in parte le questioni del destino e delle forme dell'uomo nelle società del futuro ...

Di fronte a questa complessità, alla sua mutevolezza veloce, alla difficoltà di vivere nella precarietà, a cui nemmeno quella sorta di illusoria «ingegneria della salvezza» rappresentata almeno in parte dalla medicina moderna può definitivamente trovare rimedio, il rischio rimane quello di una sempre più grande separatezza «razoide», come la chiamava Musil, del pensiero medico, in una sorta di suo progressivo «analfabetismo di ritorno», ripetitivo e stereo-

tipato, incapace di dialogare con gli altri campi epistemici e di lavorare dentro e attraverso le nuove complessità del soggetto e del suo rapporto con il mondo. Complessità fatte dunque dalle dinamiche delle frontiere, di metafore, di causalità probabilistica, di «teorie non troppo parsimoniose», di irruzione degli affetti e dei fantasmi, di disperazione e di sofferenza oltre che di dolore del corpo, dentro la neutralità presunta del diagnosticare e del curare ... o ancora di dover scegliere tra un ritorno nostalgico e a volte fideistico all'armonia illusoria della natura (attraverso una «medicina» di naturalismo conciliatorio) e un destino di salvezza attraverso la progressiva artificializzazione dell'uomo o una soluzione di dirigismo etico-igienico, che annulli per sempre il fondamento tragico e conflittuale dell'uomo nel suo «Dasein» heideggerianamente come «essere-per-la-morte».

Dove dunque trovare una strategia all'altezza delle aporie aperte dalla

esiti della modernità in medicina?

Come superare lo iato tra la forza tecnologica e debolezza ermeneutica? Tra la grande visibilità microscopica e le tenebre che questa stessa visibilità apre dentro la comprensione dell'uomo? Come superare la spaccatura tra sguardo medico e sguardo socio-culturale sull'uomo impedendo così l'indebolimento progressivo del discorso medico nel suo tecnicismo «razoide» e nella sua progressiva «parcellizzazione» specialistica?

Come dunque affrontare le aporie del pensiero e del discorso medico contemporaneo? ... da quelle «epistemiche», a quelle «tecniche», a quelle «organizzative», a quelle «culturali» (il tema della salvezza), e infine a quelle «etiche» (da una etica puramente deontologica ad una etica teleologica sino all'ipotesi di una etica «civile»), che impediscono di partecipare ad una rifondazione della azione medica, basata allo stesso tempo su una rifondazione antropologica della medicina stessa, poiché, scriveva con ragione Von Weiszäcker, «una riforma della medicina presuppone una riflessione sui suoi fondamenti antropologici» ...

In questo lavoro di rifondazione partecipa pure a pieno titolo e spesso come «battistrada» inconsapevole e ostacolato l'esperienza e le categorie dell'«area critica» e in essa in particolare del «sapere infermieristico», in quella sorta di «Zwischenraum» tra la vita e la morte, tra la crisi e la catastrofe, tra la coscienza e il coma, in cui «curare» è anche «un prendersi cura», in cui funziona la panoplia dei «parametri soft» della relazione terapeutica, in cui la «macchina» si coniuga con la funzione vitale e vitalizzante della «voce» ...

Uno spazio in cui un «sapere infermieristico» autonomo e non più «colonizzato» dal discorso medico «a pensiero solamente forte» possa crescere e divenire consapevole della sua importanza nel lavoro di rinnovamento e di arricchimento dei concetti e delle pratiche diagnostiche e terapeutiche e infine «partner» necessario di quella stessa rifondazione, così da evitare, che le aporie di oggi divengano le «cieche speranze» di domani ...

Note

- (2) VIKTOR VON WEIZSÄCKER: Anonimi. Il concetto di vita (1946), trad. it. in Filosofia della medicina, Guerini e Ass., Milano, 1990.
- (3) Cfr. il mio testo La voce e la macchina; riflessione sulla scena 2 terapeutica in cure intense e sul ruolo del gruppo curante, relazione al Convegno del Gruppo di interesse per i quadri di cure intense, Bellinzona, 8-9 novembre 1990.
- (4) Su questo tema rinvio al mio testo Il triangolo terapeutico in AA.VV. La stagione degli addii. Sfide e orizzonti delle cure palliative, a cura di Roberto Malacrida e Graziano Martignoni, Edizioni Alice, Comano (Svizzera), 1991.
- (5) A questo proposito cfr. il volume di Paolo Rossi: I ragni e le formiche. Un'apologia della storia della scienza. Il Mulino, Bologna 1986.
 - (6) Umberto Galimberti, Il gioco delle opinioni, Feltrinelli, Milano, 1989.
- (7) Su questo tema cfr. Mario Vegetti, *Il coltello e lo stilo*, Il Saggiatore Mondadori, Milano, 1987.
 - (8) Op. cit.
- (9) Cfr. il mio testo: *Metamorfosi e mostri necessari*, relazione al seminario sul mostruoso del Centro Uomo-Natura (Acquacalda Svizzera), 1988 (di prossima pubblicazione); inoltre la mia relazione al Convegno «Etica e Trapianti», Lugano, 24-25 aprile 1991 dal titolo *Se fosse/i mio padre? Per un'etica della testimonianza*.
- (10) Sul tema del bisogno «cellulare» rinvio al mio testo Andiamo verso i drug-rooms?, in Argomenti, Edizioni Giornale del Popolo, LXIX, 1, 1991, pag. 30-36.
- (11) Il riferimento è alla relazione tenuta da Margaret Somerville al convegno Al crepuscolo delle possibilità, Locarno (Svizzera), settembre 1990 (non pubblicato); sul tema del bisogno «cellulare» rinvio al mio testo Andiamo verso i drug-rooms? in Argomenti, Edizioni Giornale del Popolo, LXIX, 1, 1991, pag. 30-36.
- (12) Cfr. il volume, a cui sono molto debitore a questo punto della mia riflessione, di Paolo Vineis: *Modelli di rischio. Epidemiologia e causalità*, Einaudi, Torino 1990.
- (13) Sui «parametri soft» in medicina critica rinvio alla mia relazione (con Roberto Malacrida) al VIII Convegno nazionale «La terapia intensiva negli anni '90», Bologna, 1990 dal titolo *La respirazione invisibile*, (cfr. gli Atti del Convegno).

APERTURA SESSIONE POMERIDIANA: NOTE METODOLOGICHE

.

NOTE METODOLOGICHE SULLE SESSIONI POMERIDIANE DEL 9° CONGRESSO NAZIONALE ANIARTI

LUISA ANNA RIGON (relatore)

IID - Infermiere insegnante presso la Scuola infermieri Professionali ULSS 21 - PADOVA Membro del Consiglio Direttivo e responsabile del Settore Studi ed Esperienze Infermieristiche dell'ANIARTI

È con alcune note metodologiche che apriamo le Sessioni pomeridiane del 9° Congresso Nazionale.

Queste Sessioni rappresentano il realizzarsi di un desiderio a lungo colti-

vato dall'Associazione.

Desiderio non solo di vedere protagonisti e relatori gli infermieri, in ANIAR-TI questa è ormai una consolidata tradizione, ma anche di porre gli infermieri quali soggetti attivi nello studio del Nursing e nella Ricerca Infermieristica.

La convinzione che senza Ricerca non vi è sviluppo della Professione, non vi è cambiamento e non vi è Scienza Infermieristica, ha condotto l'ANIARTI nella sua fase di riorganizzazione interna a volere, in questo biennio, tra gli altri il settore «Studi ed Esperienze Infermieristiche» affidandomene la responsabilità.

Gli obiettivi di questo settore, dati dall'inizio come mandato del Presiden-

te e del Consiglio Direttivo ANIARTI erano:

- acquisire, da parte di gruppi selezionati di soci ANIARTI, elementi di metodologia della ricerca che consentano di studiare in modo sistematico l'assistenza infermieristica in Area Critica;
- diffondere sistematicamente la ricerca infermieristica attraverso i gruppi selezionati;
- individuare i temi di maggiore importanza sui quali investire risorse in ricerca:
- costituire collegamenti multicentrici per la definizione di standards assistenziali di sempre migliore qualità;
- costituire un centro di documentazione sulle ricerche infermieristiche in Area Critica cui possono accedere i soci.

Criteri per la valutazione erano:

- costituzione dei gruppi di lavoro;
- inizio dell'attività con i consulenti;
- definizione di standards assistenziali conseguenti alle ricerche condotte;
- diffusione e frequenze dei lavori di ricerca tra gli infermieri dell'Area Critica;
- definizione dei temi ed impostazione di lavori di ricerca sui temi scelti.

Rispetto a questi obiettivi il percorso effettuato è stato quello di impostare un piano di lavoro biennale partendo dalla *Analisi della Situazione* che ha evidenziato come la Ricerca Infermieristica in Italia è considerata per certi aspetti un «mito» o un «lusso» che raramente ci si può permettere.

Alcune variabili stanno alla base di questa considerazione.

1) Innanzitutto una concezione ancora diffusa che l'attività infermieristica sia legata unicamente all'assistenza al malato inteso in senso stretto, condiziona la possibilità di concepire e attuare la ricerca.

2) Anche l'impegno costante in attività lavorative di assistenza che assorbono tutte le energie del numero di infermieri solitamente troppo limitato rispetto ai bisogni dell'utenza, demotiva gli infermieri a dedicare tempo e spazio alla ricerca.

3) Inoltre vi è una non adeguata conoscenza o esperienza applicata del metodo Scientifico di Indagine e ciò ha un effetto disincentivante sulla realizzazione o sulla partecipazione alla ricerca degli infermieri.

4) Anche la scarsità di risorse per la ricerca Infermieristica o la non conoscenza delle modalità per accedervi rappresentano un ostacolo non secondario.

5) E da ultimo, non va sottovalutato che l'attuale curriculum formativo dell'infermiere non è previsto in ambito Istituzionale Universitario nei suoi diversi gradi (Diploma-Laurea-Dottorato di Ricerca). Solo questa possibilità può fornirci quelle conoscenze, e quelle competenze, consolidate nella Comunità Scientifica, tali per cui è possibile concepire e attuare un Processo Sistematico di Indagine sulla realtà esistente e produrre conoscenze nuove e generalizzabili sui fenomeni.

Nonostante questa situazione, si è cercato di cogliere comunque la sensibilità dei soci ANIARTI nei confronti della Ricerca e si è impostato un progetto per giungere entro un biennio ad avere un gruppo di persone che avesse acquisito degli elementi di metodologia della Ricerca e potesse contribuire a quel miglioramento culturale e professionale che è un obiettivo peculiare dell'Associazione.

In questo senso sono state raccolte le adesioni di Infermieri Professionali di Area Critica interessati alla Ricerca, sono stati condotti dei consulenti esperti in materia, e sono stati effettuati 2 Corsi, uno nel 1989 e uno nel 1990 di Introduzione alle Metodologia della Ricerca Infermieristica a cui hanno partecipato complessivamente 44 infermieri.

Di questi ben 30 si alternano nelle sessioni pomeridiane del congresso, onorando così l'impegno preso durante il Corso, di lavorare insieme per l'A-NIARTI e per la Professione Infermieristica.

Nel momento di impostare il programma del Congresso il Consiglio Direttivo ha voluto infatti utilizzare le conoscenze acquisite da ciascuno dei partecipanti affidando dei lavori di studio e di indagine.

L'individuazione dei lavori è stata fatta tenendo conto di una indagine

effettuata dall'AACN riguardante «Argomenti Prioritari per la Ricerca sull'Assistenza Infermieristica in Terapia Intensiva».

Dall'indagine sono emersi temi di rilevante importanza per il paziente non tenuti in debito conto nel momento assistenziale.

Argomenti che, mi preme dire, sono rilevanti indipendentemente dal settore al quale si appartenga, anzi sono trasversali all'Area Critica.

Gli argomenti scelti dal Comitato Direttivo ANIARTI sono stati:

- 1) assistenza infermieristica e incidenti critici in Area Critica;
- 2) ritmo sonno-veglia nei pazienti in Area Critica;
- 3) familiari e approccio alla morte dei pazienti in Area Critica;

e come detto sono stati affidati al gruppo di Infermieri Professionali che avevano effettuato il corso dando loro il mandato di approfondirli e dibatterli in questo 9° Congresso.

Tale mandato è stato fatto proprio dal Settore Studi ed Esperienze Infermieristiche il quale ha dato avvio a un progetto che ha avuto le seguenti fasi:

- 1) 19 Marzo 1990 invio a tutti i partecipanti dei 2 Corsi di Introduzione alla Metodologia della Ricerca di:
- una lettera di invito a partecipare ai gruppi di studio con l'indicazione dei tre temi scelti;
- una scheda di partecipazione ai gruppi di studio con l'indicazione di preferenza del tema;
 - una scheda con alcune indicazioni bibliografiche sui temi scelti.
 - 2) 5 Giugno 1990 invio lettera di convocazione al 1° incontro di Studio.
- 3) 7 Luglio 1990 1° incontro in cui si è effettuata la presentazione dei temi di ricerca:
- presentazione dei 30 partecipanti provenienti da tutto il territorio italiano;
 - formazione dei sottogruppi (n. 3) specifici per tema;
- presentazione del titolo generale per i singoli sottogruppi e rielaborazione da parte degli stessi. Dalla rielaborazione sono emersi seguenti titoli definitivi:
- L'INCIDENTE CRITICO COME INDICATORE DI QUALITÀ DEL PROCES-SO ASSISTENZIALE
- NELLA REALTÀ DEL MORIRE: L'INFERMIERE NEL RUOLO DI MEDIA-ZIONE TRA VISSUTO ED ASSOLUTO
- IL SONNO E RIPOSO: BISOGNO E RISPOSTA INFERMIERISTICA PER UN'ASSISTENZA DI OUALITÀ
 - analisi della bibliografia esistente e a disposizione di ogni sottogruppo;
- stesura provvisoria dei titoli delle singole relazioni e nominativi dei relatori;

- proposte di uno schema-guida per i lavori nei mesi estivi;
- nomina dei coordinatori e loro ruolo nei sottogruppi;
- consegna di una traccia sulla Metodologia da seguire per la stesura di una relazione scritta e per l'espressione orale;
 - definizione del successivo incontro.

Durante il periodo estivo i sottogruppi si sono incontrati più volte e hanno elaborato le relazioni.

6 Ottobre 1990 incontro per:

- valutare lo stato attuale dei lavori dei tre gruppi;
- individuare ed elaborare ulteriori modalità per la stesura definitiva della relazione.

In questo ambito è stata fatta l'analisi dei punti di forza e di debolezza riscontrati nelle relazioni e sono stati ripresi alcuni aspetti sul metodo e sui contenuti delle stesse.

Nell'ultimo mese i relatori hanno proceduto alla elaborazione definitiva ed ora, con voi, verificheremo la bontà del lavoro svolto.

Un'ultima doverosa annotazione.

Ricercatori non si diventa *tout-court*, ma lentamente, con molta fatica, con vaste basi conoscitive teorico e con una rigorosa Metodologia Scientifica.

Se è vero che le vie della Ricerca sono pressoché infinite, è altrettanto vero che sono anche irte di difficoltà e richiedono molta umiltà.

Tutti noi siamo coscienti di essere, in questo momento, solo all'inizio. Ed ecco perché chiamare «Gruppo di Ricerca ANIARTI» quelli delle sessioni pomeridiane, è per noi un auspicio, una realtà, che il tempo potrà consolidare.

L'importante, oggi, è che si sia aperta la strada.

Ci auguriamo, che oltre i relatori di questi giorni, che accoglieremo con calore e simpatia, molti altri tra di voi possono nel futuro percorrere, arricchendo, questo cammino.

GRUPPO DI RICERCA ANIARTI SUL TEMA: L'INCIDENTE CRITICO COME INDICATORE DI QUALITÀ DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

DEFINIZIONE DI INCIDENTE CRITICO, INDICATORE DI QUALITÀ, QUALITÀ DELL'ASSISTENZA

E. CAPUZZO (relatore) (1), M. GIACOMAZZO (2), A. PARPAIOLA (3), A. PACCA-GNELLA (4)

(1)IP - Monselice - PADOVA

(2) IP - Vigonza - PADOVA

(3) IP - Cadoneghe - PADOVA

(4) IP - PADOVA

Un famoso proverbio latino dice: «Sbagliare è umano, perseverare nell'errore è diabolico».

Ebbene noi riteniamo che, per evitare che la nostra professione di infermieri diventi più diabolica che umana, sia venuto il momento di interrogarci sui nostri errori e, conseguentemente, sulla qualità del nostro operato.

Già Ippocrate, nel suo giuramento, presta attenzione alla facile possibilità di sbagliare nell'esercizio della professione medica, quando dice: «... In quante case io entri mai, vi giungerò per il giovamento dei pazienti tenendomi fuori da ogni ingiustizia e da ogni guasto».

E, procedendo poi nella storia, fino ad arrivare a colei che idealmente possiamo definire una nostra capostipite, ovvero Florence Nightingale ritroviamo, anche nel suo Giuramento, un concetto simile al precedente quando dichiara: «Mi impegno ad astenermi da qualsiasi pratica dannosa e malvagia, e di non somministrare scientemente medicamenti nocivi ...».

Ebbene se, come si è detto, l'uomo non è perfetto ed è umano l'errore, questo non deve indurci a credere che nulla si possa fare per migliorare o almeno cercare di ridurre al minimo le possibilità di sbagliare.

In particolare noi crediamo che se la qualità media del nostro operato è buona, la possibilità di commettere errori diminuisce.

E ancora, riteniamo che, già di per sé, il tentare di valutare la qualità del nostro agire ci pone nell'ottica di verificare mezzi e metodi di lavoro, per poter apportare dei miglioramenti nella assistenza, evitando così il ripetersi degli errori.

Partendo dal presupposto che la medicina in generale, e l'assistenza infermieristica, nel nostro caso, mirano alla prevenzione, cura e riabilitazione dagli stati morbosi che affliggono l'uomo, può essere interessante puntare l'attenzione su tutti quei casi in cui noi stessi, operatori sanitari, ci rendiamo responsabili di danno o malattia per il paziente, anche se in modo involontario o accidentale, incidendo in modo determinante sulla condizione già critica in cui i pazienti della nostra area si trovano.

Dunque, come sopra accennato, riteniamo che se si arriva a questo danno

è perché la qualità dell'assistenza non è ottimale. Il fatto che non ci sia una buona qualità dell'assistenza è qualcosa di difficilmente valutabile e quantificabile.

Non è ammissibile, comunque che si attenda di giungere ad eventi gravi, come ad es. l'incidente critico, prima di riconoscere i rischi e quindi capire e prevenire le conseguenze possibili.

Rivedremo ora in dettaglio le fasi di questa nostra riflessione, cercando di esporre quello che dovrebbe essere il concetto di qualità dell'assistenza.

Nel vocabolario leggiamo: «Qualità: nozione alla quale sono riconducibili gli aspetti della realtà suscettibili di classificazione e di giudizio».

Immediatamente ci si rende conto che è difficile definire un concetto universalmente valido di buona qualità, ed ancor più di buona qualità dell'assistenza infermieristica, perché gli obiettivi a cui si tende e le teorie a cui ci si rifà, sono diversi e contrastanti, ed ognuno si ispira ad un ideale e valore umano o religioso diverso.

Abbiamo comunque trovato interessante e provocatorio, il tentativo di confronto con altri ambiti organizzativi, come quello della produzione industriale, evidenziando alcuni obiettivi che possono essere considerati comuni alla nostra professione.

A livello organizzativo aziendale il concetto di qualità viene inteso come il rapporto costi-benefici. La qualità indica il valore di un prodotto in rapporto al prezzo, servizio, prestazioni, idoneità allo scopo.

La qualità:

- collega l'azienda al cliente;
- si manifesta in ogni momento dell'impiego del prodotto, e per tutta la sua durata;
 - è un fatto strategico;
 - non deve essere un risultato casuale;
 - è il risultato di un processo interfunzionale-informativo-operativo.

Riportando il concetto alla nostra realtà, la qualità:

- collega il servizio sanitario al cliente;
- si manifesta in ogni momento dell'assistenza infermieristica e per tutta la sua durata;
- è frutto di studio e pianificazione di un progetto che deve portare a un determinato risultato (es. la guarigione).

Questo implica che la qualità dell'assistenza non è un fatto causale;

- è il risultato di un processo interfunzionale di informazione e di operatività.

Questo concetto dunque si rifà, come avevamo promesso, ad un'idea di

qualità che si basa sul valore costo-beneficio, valore che raramente viene considerato, spesso a torto, nelle nostre pianificazioni, scelte dei materiali, procedure, e che comunque non è sufficiente a definire completamente il concetto di qualità dell'assistenza.

Fondamentale sarà quindi concordare un sistema di valori, cioè chiarire quale sia la nostra idea dell'assistenza da erogare al paziente e quali gli obiettivi che, a livello di gruppo, reparto od ospedale, e più in generale di profes-

sione ci prefiggiamo.

Nessuna meraviglia quindi che non esista una definizione di qualità onnicomprensiva, né che nessuno dei sistemi utilizzati per valutare la qualità del-

l'assistenza riesce a darne un quadro complessivo ed esauriente.

Ma se gli infermieri accettano come modello di pratica professionale di essere responsabili dell'assistenza che erogano, l'analisi dell'attuale situazione è il punto di partenza per cambiare, senza dimenticare che la qualità dell'assistenza che riceve il cliente dipende dall'attività di ogni operatore sanitario e quindi la revisione che attueremo sarà multidisciplinare.

Valutare quindi, per migliorare e prevenire, perché se è difficile definire la qualità dell'assistenza, d'altra parte esistono degli indicatori di qualità, cioè

strumenti di valutazione.

Gli standards per la cura dei pazienti in condizioni critiche, ad esempio, sono delle definizioni di qualità che hanno la funzione di modello, per rendere più facile e valutabile la prestazione di un'assistenza ottimale ai pazienti in condizioni critiche.

Gli standards dunque sono dei documenti scritti e codificati che portano ad una uniformità di comportamento di fronte ad un determinato evento, e che una volta applicati danno una certa garanzia sul prodotto.

Esistono standards di struttura, processo e risultati, intendendo rispetti-

vamente:

— per struttura l'ambiente entro il quale viene fornita l'assistenza comprese le caratteristiche organizzative e manageriali, le qualifiche dei professionisti sanitari, la qualità del personale, i servizi e l'attrezzatura;

- per processo intendiamo invece una serie di azioni, cambiamenti o fun-

zioni che conducono ad un fine o risultato;

— per standards dei risultati si intende semplicemente l'obiettivo da raggiungere.

Ma per meglio capirci faremo alcuni esempi:

- Standard generale relativo alla struttura:
- * l'Unità di Terapia Intensiva deve essere progettata in modo tale da garantire un ambiente sicuro ed accogliente per i pazienti in condizioni critiche e per il personale che si prenda cura di loro;
- * l'Unità di Terapia Intensiva deve essere gestita in modo tale da proteggere i pazienti, i loro visitatori ed il personale dai pericoli di origine elettrica.

Altro standard realtivo alla struttura può essere: l'Unità di Terapia Intensiva deve avere attrezzatura e materiale immediatamente disponibili in qualsiasi momento.

Inoltre riguardante la struttura vi saranno standards che puntualizzano la qualità e quantità di personale, in base alle esigenze, necessità e patologie del paziente e conseguentemente ai tempi di cui abbisogna la sua assistenza.

Altro standards di struttura è quello che riguarda l'aggiornamento continuo del personale. In proposito vorremmo riflettere sull'importanza di frequenti riunioni infermieristiche di reparto o gruppo di lavoro, per lo scambio culturale e l'aggiornamento continuo e come momento privilegiato per la scelta corale di strategie di miglioramento dell'assistenza.

Tra gli standards di struttura che l'AACN (American Association Care Nurses) ad esempio ha elaborato ve n'è poi uno ed esattamente il XII che fa al caso nostro. Vi si legge: «l'infermiere di Terapia Intensiva deve garantire la fornitura di un nursing sicuro ai pazienti, poiché deve essere cosciente delle varie possibili conseguenze delle sue azioni per le quali può essere perseguito».

E qui giunge spontaneo chiedersi; ma quando e in che misura siamo realmente coscienti delle possibili conseguenze delle nostre azioni? Sempre o solamente nel momento tragico in cui con mano constatiamo le conseguenze dei nostri errori?

Procedendo nell'analisi degli standards riguardanti il processo assistenziale vediamo che necessariamente esigono una corretta applicazione del Piano di assistenza con le sue varie fasi: individuazione dei problemi, bisogni e loro priorità, formulazione del piano di assistenza, valutazione e verifica dei risultati con possibile rivalutazione e aggiornamento del piano stesso.

Fanno inoltre parte degli standards di processo la codificazione di protocolli e procedure che assicurano importante omogeneità e uniformità di assistenza ed una conseguente più facile valutazione sulla qualità delle prestazioni e delle tecniche applicate.

In tutto questo l'adozione di una cartella infermieristica ha un peso rilevante. Essa infatti rappresenta la colonna portante di tutta la pianificazione possibile. Senza di essa è impensabile garantire un minimo di qualità ed è impossibile valutare il nostro operato e quindi migliorarlo.

Gli standards dei risultati infine possono essere desunti determinando lo scopo o gli intendimenti degli standards relativi al processo o alla struttura.

L'integrazione di tutti e tre i tipi di standards potrà fornire quel genere di programma globale di valutazione che si richiede in un reparto di Terapia Intensiva e che mira a garantire la qualità di assistenza andando a limitare il numero degli incidenti critici.

L'incidente critico dunque, che più volte abbiamo citato fino ad ora viene inteso come la conseguenza di uno stato di qualità precaria dell'assistenza.

Per incidente critico si intende anche un evento non previsto che può dare un rischio di varia entità al paziente e che avviene con una frequenza maggiore di quella probabilistica o casuale. Ad esempio, evento probabilistico sarà l'insorgere di piaghe da decubito

in un paziente defedato, magro, paretico, afflitto da iperpiressia.

Ma si tratterà sicuramente di un evento causale l'insorgenza di piaghe da decubito in un paziente che non presenta problemi circolatori, di stato nutrizionale, che però è costretto per qualche motivo a rimanere immobile in un letto rigido con un materasso duro e magari anche delle lenzuola non ben tese o bagnate.

Questo è un evento sicuramente evitabile se vengono attuati standards

di processo e di struttura.

Una elevata incidenza di questi casi indica appunto mancanza di standards adeguati.

È strano constatare comunque che in Italia gli standards sembrano non servire: infatti nella nostra nazione, a differenza di altri Paesi, non esistano incidenti critici documentati, eventi causali insomma che facciano pensare alla necessità di applicare gli standards di assistenza.

A prima vista sembra dunque che la nostra assistenza sia perfetta così

com'è, sembra che da noi non si sbagli mai!

In realtà, se sotto la voce «Incidente critico», nulla o quasi nulla compare nella letteratura e nelle documentazioni, forse bisognerà cercare sotto la voce «complicanza».

Infatti crediamo che spesso la realtà dell'inciente critico venga celata sotto le false spoglie di normale complicanza o episodio concatenato al normale

decorso patologico.

Ad esempio, il fatto che in U.S.A. nelle Terapie Intensive negli anni '80 ci fosse un'incidenza del 4% di infezioni urinarie sul totale delle infezioni ospedaliere, mentre in Italia nello stesso periodo l'incidenza era del 42% (dati CNR), lo possiamo interpretare come uno squilibrio legato alla mancanza di programmazione, e alla poca attenzione nel considerare il problema come una situazione in cui si può incidere. Questo è un chiaro esempio di problema causale considerato erroneamente probabilistico; stratagemmi dialettici ai quali si ricorre per il quieto vivere di tutti, una sorte di omertà professionale.

Probabilmente l'omertà ha in Italia origini culturali profonde. È legata in un certo senso all'istinto di sopravvivenza che sfocia poi in un esagerato spirito individualistico, favorita, nel nostro caso, dal fatto che le Rianimazioni sono spesso chiuse permettendo agli addetti ai lavori di detenere tutto il sapere e il potere, con pazienti e parenti che nulla sanno o nulla possono.

È proprio questo spirito che ci spinge, quando riusciamo a raggiungere determinati livelli di conoscenza e competenza nel lavoro, a non fare nessuno partecipe del nostro sapere, quasi fosse un bene da tenere stretto, come una

corona o uno scetto capaci di dare potere.

Così si impara continuando a sbagliare, perché non vi è scambio, né passaggio di nozioni e per non fare la figura degli ignoranti, tutti si guardano bene dal fare domande e si tace sugli errori commessi per paura di venire incolpati.

Se invece di colpevolizzare il singolo, ultimo responsabile di una catena di azioni che portano all'incidente critico, cercassimo di attuare una revisione corale, sfruttando l'evento, per quanto negativo, in positivo, come spunto per una verifica o per un miglioramento, almeno salveremo qualcosa da un'esperienza negativa in tutto o per tutto.

La strada suggerita è sicuramente la più difficile, quella che richiede grande impegno e perseveranza da parte di tutti.

Per prima cosa infatti, se decidessimo, in base al problema considerato, di eseguire una valutazione retrospettiva o prospettica, avremmo bisogno di registrazioni scritte che non potremmo avere se non utilizziamo la cartella infermieristica.

Sarà necessario a questo punto, per la buona riuscita, che la valutazione sia volontaria cioè realmente voluta dal personale, partecipata e non imposta. L'approvazione accresce le motivazioni del personale; solo sviluppando insieme modalità e criteri di attuazione del progetto, si genererà un ambiente non punitivo.

Mancando la buona volontà e perseveranza, resterà il pericolo che, se non regolarmente sostenuta dalla direzione del gruppo, alla lunga la verifica si fiacchi; e se i metodi verranno considerato poi dalla maggioranza come una caccia all'uomo piuttosto che una caccia all'errore, essi diventeranno rilevanti strumenti di demotivazione.

Resta comunque il fatto che tentando nuove strade, una soluzione la dobbiamo trovare, perché è la nostra professionalità ad essere coinvolta.

Ribadendo il concetto, che riteniamo sia importante per il miglioramento della nostra professione, la comprensione dell'importanza di applicare degli standards, tramite i quali uniformare il nostro modo di lavorare, per poter meglio valutare la qualità dell'assistenza che eroghiamo, affinché si possano prevenire tutte quelle situazioni critiche che causano spesso incidenti ai nostri pazienti.

Le idee, non ci mancano, prima fra tutti quella della cartella infermieristica, come continua fonte di scambio e raccolta di informazioni e dati sul paziente.

Poi gli scambi culturali e di opinione che, come questo congresso, sono il momento principe per una revisione, approfondimento e progressione della nostra professionalità.

Concludendo potremmo dare la massima: «Valutare per migliorare e non sbagliare».

Bibliografia

C. Cortese, A. Fedrigotti: Etica Infermieristica - Sviluppo morale e professionalità, Milano, Edizioni didattiche Sorbona 1985.

AACN (American Association of Critical care Nurses): Standards per la cura infermieri

- stica dei pazienti in condizioni critiche, 1981, Edizione italiana a cura dell'ANIARTI. P. Di Giulio: Nursing e D.R.G. quali prospettive in Italia?, da Nursing Q.A., 1° febbraio 1989, pag. 55-57.
- A. JAQUERYS: Significato e metodologia della verifica a revisione di qualità nell'assistenza infermieristica, Parte II, da Nursing Q.A., 1° febbraio 1989, pag. 58-60.
- Servizio Sanitario Nazionale-Regione Emilia Romanga ULSS n. 28 Bologna Nord, Ospedale Policlino S. Orsola Malpighi, V. Cortecchia, G. Finzi, P. Taddia, A. Bondini: La prevenzione delle infezioni ospedaliere associata al cateterismo vescicale, Bologna 1988, pag. 32.
- Piani nursing e procedure, CHOP (Children Hospital of Philadelphia), documenti interni, 1990.
- A. Marriner: I teorici dell'infermieristica e le loro teorie, Casa Ed. Ambrosiana, Milano 1989.

.

DESCRIZIONE DI TRE INCIDENTI CRITICI

G. RISALITI (relatore) (1), M. BARONI (2).

(1) IP Servizio Accettazione/Emergenza Medico-Chirurgica USL 10/D - FIRENZE

(2) IP - Terapia Intensiva Cardiochirurgica USL 10/D - FIRENZE

DESCRIZIONE INCIDENTE CRITICO N. 1

Il tipo d'incidente di cui andremo a parlare nel seguente elaborato è stato scelto per la sua possibilità di riscontro in qualsiasi reparto ospedaliero, ha nel nostro caso, come scenario una T.I. di vecchia istituzione, il personale che vi opera ha un'anzianità di servizio decennale ed è composto da: 15 unità turniste, 2 unità giornaliere (1 AFD più la C.S.), tutti inf. professionali.

L'unico corso di specializzazione risale al periodo in cui fu aperto il reparto di rianimazione, da allora non ne sono stati organizzati altri.

La struttura è ad ambiente unico con 5 letti allineati divisi da paraventi. Il rapporto Inf. Malato 1:2 (1:1,75).

L'organizzazione dell'assistenza è per mansioni. Inoltre, non vengono seguiti protocolli specifici e tutto il lavoro viene svolto sulla base dell'esperienza dei singoli operatori.

L'organizzazione del lavoro all'interno di ogni turno è la seguente: un IP addetto alla terapia, un IP addetto ai bilanci e ai parametri vitali, un IP alle varie e di supporto per tutte le attività extra routine.

Il fatto

Durante la visita ad un politraumatizzato con edema cerebrale, in coma, degente da circa dieci giorni il medico e l'inf. addetto alle «varie» decidono di togliere il catetere vescicale; che viene sostituito con il metodo di raccolta delle urine non invasivo Conveen, è inoltre mantenuto l'urometro. La terapia non varia e si mantiene il Mannitolo (125 ml. ogni 2 ore).

Elemento importante da sottolineare è che la prassi prevede, che ai pazienti con il catetere vescicale sia alternata la chiusura e l'apertura del catetere, per mantenere l'elasticità vescicale.

Al momento del cambio di turno l'infermiere addetto alle «varie» da le consegne al turno montante, queste però non sono accurate e mancano di chiarezza, non sottolinea, con la dovuta rilevanza l'avvenuta rimozione del catetere e la sua sostituzione con il Conveen, che in questa T.I. è un presidio di recente introduzione (n.d.r. siamo nel 1982) e non è ancora nella routine.

Il problema sorge verso le 15 quando si scopre che il letto del paziente è bagnato e alzando il lenzuolo ci si accorge che il paziente non ha il catetere, ma un Conveen, che si è rotto dopo essersi riempito di urine. Infatti verso le 14 era stato chiuso il drenaggio delle urine, ma l'I.P. addetto ai parametri vitali del turno di pomeriggio non ha controllato, prima di chiudere l'urometro, se il paziente avesse il catetere e se avesse fatto dei diuretici.

Analisi

L'incidente preso in esame è un classico esempio degli inconvenienti dovuti all'organizzazione dell'assistenza «per mansioni», alla mancanza di un diario assistenziale, ed al vecchio metodo tradizionale di dare le consegne.

Nell'unità operativa in discussione, da alcuni mesi si è passati a un tipo di organizzazione dell'assistenza «per obiettivi», personalizzando il piano assistenziale, affidando ad un infermiere uno o due pazienti in base ai carichi di lavoro valutati sui bisogni specifici del paz. Adottando inoltre la cartella infermieristica ed il diario assistenziale; ebbene, dall'inizio della sperimentazione ad oggi c'è stato un netto miglioramento della qualità dell'assistenza e non si sono ancora verificati incidenti del tipo appena descritto. Questo però può essere dovuto anche ad una maggiore responsabilizzazione dei singoli operatori che sono portati a valutare costantemente il paziente da un punto di vista più globale, infatti con il diario si ha una visione costante dei problemi e dei risultati dell'assistenza erogata, questo produce sul singolo un maggior stimolo alla responsabilizzazione e propone degli obiettivi progressivi da raggiungere.

Senza dubbio questo caso è uno dei tanti (micro-incidenti) dovuti a carenze organizzative e di formazione al lavoro di equipe.

L'attribuire le colpe alla disattenzione, alla non curanza o alla impreparazione del singolo o dei pochi coinvolti è semplicistico e denota quanto si tenda a superficializzare e isolare le anomalie senza voler appurare le ragioni che hanno portato ad esse, quasi come a voler isolare il problema piuttosto che affrontarlo con una seria ed accorta analisi generale della situazione.

Nella relazione del caso abbiamo sentito che il metodo di raccolta delle urine Conveen è di recente introduzione e non è stato ancora assimilato nella routine da tutto il personale, questo è uno dei motivi per cui l'IP del pomeriggio non pensa a controllare il metodo di raccolta.

Se in un reparto esiste un ausilio che non viene utilizzato ci possono essere due motivi: non si sono mai presentate le esigenze per il suo utilizzo o non sono stati sufficientemente illustrate al personale le finalità e i vantaggi di tale presidio. Si dovrà allora rivedere la casistica del reparto e individuare tutte quelle situazioni, che invece avevano un'indicazione a tale presidio e se ci sono stati casi che ne avrebbero tratto vantaggio.

L'altro punto di caduta di questo caso è la prassi delle consegne, che è un punto su cui soffermare la nostra attenzione, infatti se l'infermiere del pomeriggio non ha recepito la variazione catetere-Conveen significa che il messaggio non è stato ben trasmesso e quindi si dovrà rivedere il libro delle consegne e magari sostituirlo con il diario infermieristico.

Se riuscissimo a identificare e segnalare gli incidenti forse potremmo, analizzandoli correttamente, trovarne le cause e prevenirli, se si appronta un sistema di autocontrollo e di codifica delle prestazioni, come la stesura di protocolli, piani di assistenza, sistemi di verifica continua e costante delle prestazioni, presidi del tutto inesistenti nel nostro caso.

Infatti l'operatore dovrebbe essere sempre in condizione di rendersi conto di quando sta per compiere un errore e perché ciò sia possibile deve applicare un protocollo che sia a prova di errore e che eluda le eventuali cadute di attenzione dovute alla situazione di lavoro, che spesso si genera nelle tera-

pie intensive.

Ciò richiede formazione e metodo, ma soprattutto organizzazione, una organizzazione che preveda le probabilità di errore e quindi in grado di creare le condizioni di sicurezza necessarie a far si che non si verifichino i presupposti perché ciò accada.

Questo è possibile appunto, producendo protocolli a prova di errore e programmi di lavoro adeguati alle caratteristiche della struttura e delle potenzialità sia umane che strumentali e prevedendo una verifica continua della

qualità dell'assistenza, delle prestazioni e dei risultati ottenuti.

Inoltre è necessario un confronto continuo e un aggiornamento costante del personale, non solo per mantenere un alto livello di professionalità, ma anche e soprattutto per mantenere l'entusiasmo e la motivazione, il cui affievolimento spesso è concausa della diminuzione della qualità.

DESCRIZIONE INCIDENTE CRITICO N. 2

F. BRANCHETTI (relatore) *, B. GONFIANTINI *

* IP Centro di Rianimazione Spedali Riuniti Pistoia - USL 8

Il caso

Mancata riapertura del lume prossimale di un catetere venoso centrale dopo sostituzione di una infusione con relativo deflussore.

Il Contesto

Il fatto è accaduto in una Rianimazione polivalente di 3 posti letto. Per valutare in maniera più completa l'accaduto è necessario specificare quanto segue:

1) Organico infermistico:

- 1 Capo Sala;

— 12 Infermieri professionali.

I turni di servizio sono composti da 2 infermieri nell'arco delle 24 ore. La Capo Sala è presente dalle ore 7 alle ore 13.30.

Negli ultimi 12 mesi si è avuto un tasso di turn-over pari al 50%.

2) Organizzazione delle attività infermistiche:

- assistenza personalizzata (rapporto I.P./Pazienti = 1/1,50); negli ultimi 4 mesi il tasso di occupazione posti letto è aumentato dal 93% al 110% con conseguente rapporto I.P./Pazienti = 1/2;
- applicazione di procedure assistenziali messe a punto dall'equipe infermieristica;
- pianificazione degli interventi infermieristici nel cambio del turno delle ore 13 (con accavallamento orario di 30');
- riunioni periodiche ogni 15 giorni dell'equipe infermieristica per discutere i casi e per definire nuove procedure organizzative;

Per poter partecipare alle riunioni gli infermieri sono obbligati ad effettuare orario straordinario.

 La partecipazione a Congressi, Convegni, Corsi di aggiornamento viene distribuita equamente nel gruppo, provocando temporanee carenze di organico. Molto spesso le spese sono a carico degli Infermieri.

3) Metodo di inserimento nuovi infermieri:

— l'ufficio infermieristico, generalmente, provvede alla sostituzione dell'unità che lascia il Reparto, ad allontanamento già avvenuto;

— l'intera equipe infermieristica ha scelto un piano di inserimento della durata di 15 giorni che prevede l'affiancamento del nuovo operatore alla Capo Sala ed agli Infermieri presenti la mattina;

 durante questo periodo il personale restante, numericamente ridotto, sopperisce all'assenza del collega turnista effettuando lavoro straordinario;

— la scelta è motivata dalle effettive difficoltà che un infermiere proveniente da altre realtà incontra nell'apprendere nuove tematiche organizzative ed assistenziali legate all'Area Critica.

Descrizione del caso

La mattina del giorno X erano presenti in reparto 4 pazienti:

- n. 1 post operato emorragico grave in seconda giornata;
- n. 2 politraumatizzati di cui uno in ventilazione meccanica;

- n. 1 traumatizzato cranico in via di svezzamento dal ventilatore.

La presenza di un quarto paziente è resa possibile con l'utilizzo della barella destinata ai trasporti assistiti, uno dei due Defibrillatori completi di monitor in dotazione al Reparto ed un Ventilatore di riserva.

Lo staff infermieristico presente era composto da due infermiere e la Capo Sala. Una delle due infermiere lavorava in Rianimazione da soli 45 giorni

in sostituzione di personale in gravidanza.

Alla infermiera meno esperta erano stati assegnatii due pazienti meno critici.

Quella mattina in reparto era venuto un noto Specialista da un Centro Universitario vicino ad effettuare una visita di consulenza. Questa presenza aveva sconvolto la normale organizzazione giornaliera, distogliendo l'equipe medica da tutte quelle attività legate all'assistenza infermieristica (es. visita medica) facendone slittare i tempi; inoltre, questo Specialista, dopo avere espletato la consulenza, rimase altro tempo per soddisfare la propria curiosità circa la struttura del reparto e le apparecchiature presenti.

Contemporaneamente, a tale evento, un medico e la Capo Sala dell'U.O. Igiene delle Strutture Sanitarie, si presentarono, senza preavviso, per effettuare i rilievi batteriologici sulle mani degli operatori e sulle superfici am-

bientali.

Anche questa presenza ha contribuito a distogliere il personale dalle proprie attività.

Per rimediare agli evidenti ritardi e carenze rispetto al piano di lavoro giornaliero, l'atteggiamento tenuto dai colleghi nei confronti della nuova infermiera, fu quello di accorrere in suo aiuto nell'espletamento delle sue attività.

In particolare, richiamata dall'allarme di una pompa, la collega ha effettuato la sostituzione di una intera linea infusiva ad un paziente assegnato

all'infermiera nuova.

Tale soluzione infondeva, tramite una doppia via, nel lume prossimale di un catetere venoso centrale.

Per effettuare ciò ha preventivamente chiuso il lume interessato. Al termine dell'operazione ha riattivato la pompa infusiva, ha effettuato le registrazioni del caso in grafica.

Da tenere presente che l'altra soluzione infusa in doppia via, era sistema-

ta a caduta libera in quanto terapia antibiotica ad orario.

Dopo qualche minuto, la nuova infermiera, ha richiamato l'attenzione della collega su un cattivo funzionamento della via infusiva.

La terapia antibiotica refluiva, la camera di gocciolamento del deflussore si riempiva di liquido sino a lasciarlo uscire dal sistema filtro. Ella non trovava spiegazione a tutto ciò tanto più che la pompa infusiva, regolante la velocità della soluzione infusa in tandem, non segnalava allarmi di occlusione.

La collega chiamata, autrice della precedente sostituzione, ha subito individuato il problema e posto rimedio.

ANALISI DEI POSSIBILI PUNTI DI CADUTA DELL'INCIDENTE N. 2

Il gruppo di lavoro ha scelto questo caso che, per quanto semplice possa sembrare, descrive in maniera significativa un evento che può definirsi «incidente critico».

Nell'analisi del caso abbiamo cercato punti di caduta rispetto:

- all'organizzazione;
- alla formazione;
- alla professionalità;
- personali.

In realtà non esiste una divisione netta dei quattro aspetti sopra citati poiché essi sono comunque in relazione tra loro.

a) ORGANIZZAZIONE

A.1 - Gestione del personale:

- Inserimento precoce del nuovo elemento rispetto alle conoscenze acquisite circa le specifiche tematiche assistenziali.
- Il periodo previsto per l'inserimento del nuovo infermiere è insufficiente.
- Il piano di inserimento è inefficace in quanto non è prevista una pianificazione personalizzata dell'apprendimento con possibilità di verifica.

A.2 - Organizzazione del lavoro:

- Mancanza di regole per l'accesso degli estranei.
- Manca una pianificazione delle modifiche da apportare al piano di lavoro in occasione di aumento di carico di lavoro (presenza di quarto paziente).

b) FORMAZIONE

B.1 - Formazione di base (Diploma IP)

Carente nel trasmettere un bagaglio culturale proprio infermieristico che favorisca presa di coscienza del proprio ruolo professionale, individuazione di spazi operativi e applicazione di metodologie scientifiche.

B.2 - Formazione post base (Corso di specializzazione)

Gli infermieri della realtà descritta non hanno frequentato Corsi di specializzazione.

B.3 - Formazione permanente (Attivita di aggiornamento)

Dalla descrizione del caso emerge uno spazio definito per l'aggiornamento permanente finalizzato alla discussione dei casi. Il punto di caduta può essere l'insufficiente riconoscimento di questo spazio e scarsa incentivazione. L'aggiornamento obbligatorio dovrebbe essere previsto nelle ore lavorative

(orario contrattuale) altrimenti può essere fonte di demotivazione, frustrazione e vissuto come opzional o come fonte di maggiore carico di lavoro.

c) PROFESSIONALI

Considerato che questi aspetti sono strettamente legati alla formazione di base, abbiamo comunque rilevato un atteggiamento poco professionale nella mancata segnalazione della situazione critica, sia da parte dell'infermiere professionale che della Capo Sala.

Tenuto conto che «professionalità» è il prodotto di conoscenze, competenze ed atteggiamenti, gli infermieri verso la Capo Sala e la Capo Sala verso i suoi superiori, avrebbero dovuto segnalare la situazione critica venutasi a creare quella mattina (sovrammissione temporale di visita di consulenza più rilevamenti batteriologici) al fine di porvi immediatamente rimedio.

d) PERSONALI

Questi aspetti si collocano nella sfera del vissuto personale. Quindi sono rappresentati dalle immagini di se e degli altri di tutti gli operatori. Si possono quindi evidenziare atteggiamenti iperprotettivi, tendenzialmente accentratori negli operatori che affiancano i nuovi infermieri, e per contro atteggiamenti di delega e di rinuncia negli operatori che si vengono a trovare in un ambiente nuovo.

DESCRIZIONE INCIDENTE CRITICO N. 3

B. GONFIANTINI (relatore) (1), R. BARAIOLO (2), M. COVOLO (3)

(1) IP Centro Rianimazione Spedali Riuniti USL 8 - Pistoia

(2) IP - Fatebene Fratelli - Milano

(3) IP AFD - Centro Rianimazione Spedali Riuniti USL 8 - Pistoia.

Il caso

Conflitto creatosi durante l'intera degenza di un paziente tra infermieri verso il paziente stesso e la sua famiglia.

Il Contesto

Reparto di Rianimazione polivalente con la degenza di 4 posti letto, (i posti letto sono potenzialmente 6, ma ridotti a 4 per carenza di personale infermieristico).

Organico infermistico:

Ufficio infermieristico: CSSA. Solitamente non entra in merito alle specifiche problematiche assistenziali dei reparti di degenza.

1 Capo Sala;

10 infermieri professionali (nessuno ha acquisito specializzazioni);

4 infermieri generici.

Organizzazione delle attività infermistiche:

Ad ogni infermiere vengono assegnati 2 pazienti, dei quali è responsabile del soddisfacimento dei bisogni assistenziali, supportato per specifiche prestazioni tecniche da un infermiere aggiunto presente in reparto.

Il reclutamento avviene raramente su richiesta degli infermieri, più spesso casualmente. L'età media è 25 anni con una anzianità di servizio in Rianimazione di circa 2 anni ad eccezione degli infermieri generici presenti in reparto da almeno 15 anni e che presentano un'età media intorno ai 40 anni.

Il gruppo ha avuto modo di conoscere le attività dell'ANIARTI e motivare la propria professionalità a favore di un'assistenza globale e non solo tecnicista.

Gli infermieri hanno adottato un foglio di lavoro giornaliero personalizzato per ogni paziente, mentre non hanno una vera e propria cartella infermieristica.

Al momento del ricovero ai familiari viene consegnato un foglio esplicativo delle regole del reparto tra cui l'orario di visita ai pazienti previsto per mezz'ora al giorno (18. - 18.30) e i due momenti di informazione sulle condizioni cliniche (11 e 18.30).

I contatti con i familiari sono tenuti, come deciso già da alcuni anni, per quanto riguarda l'aggiornamento sulle condizioni cliniche del malato dai Medici durante i due momenti previsti nella giornata per tale scopo, e a cura della Caposala per quanto riguarda problemi di carattere assistenziale e in caso di particolari esigenze segnalate dagli infermieri.

Si sono svolti alcuni incontri estemporanei tra infermieri finalizzate all'apprendimento di nuove metodiche o procedure tecniche. Solitamente non vengono ridiscussi i casi, nè tra infermieri, nè con l'equipe medica.

In Reparto predominano norme di comportamento di carattere consuetudinario.

Carico di lavoro

La sostituzione delle assenze viene effettuata solo dagli infermieri del reparto, a volte con un surplus d'orario. Onde poter godere delle ferie estive si è reso necessario adottare una turnazione tale da portare a circa 42 le ore settimanali di lavoro, in quanto la cronica carenza di infermieri non consentiva altre alternative per non scendere al di sotto del rapporto infermieri-pazienti di 1:2.

Nei tre mesi in cui fu presente il paziente preso in esame l'indice di occupazione dei posti letto è risultato del 102%.

Descrizione del caso

Paziente di 60 anni circa, obeso, da 20 anni sofferente di artrite reumatoide, trasferito da un reparto medico in rianimazione per insufficienza respiratoria e shock settico qui trattato con ventilazione meccanica, farmaci emodinamici, trasfusioni, nutrizione artificiale, fisioterapia respiratoria, farmaci immunomodulanti e antibiotici.

La degenza si è prolungata per tre mesi.

Il principale problema infermieristico rilevato è risultato l'estrema difficoltà ad intraprendere un favorevole rapporto terapeutico con questo paziente. Lo stato di malessere era aggravato dalle lesioni dovute all'artrite reumatoide, che arrecavano intensissimo dolore durante le normali procedure di cura della persona e di mobilizzazione.

Gli infermieri hanno vissuto in modo conflittuale questa situazione divisi tra la necessità di mettere in atto le manovre di nursing e la consapevolezza di arrecare inevitabilmente disagio al paziente. È stata richiesta e ottenuta la dotazione di un letto a micro sfere con flusso continuo di aria.

Il paziente veniva costantemente sollecitato ad esprimere i propri bisogni e informato circa le manovre assistenziali, ma non sempre era possibile istaurare una valida comunicazione. Infatti questo signore si irritava spesso, scontento di quanto veniva fatto.

La famiglia da parte sua non favoriva la creazione di clima di collaborazione in quanto manteneva una posizione critica e di controllo delle prestazioni fornite al proprio congiunto. Spesso i familiari utilizzavano il tempo dedicato alla visita per richiedere interventi infermieristici considerati carenti (broncoaspirazione, allarmi in funzione, ecc.) osservando attentamente il comportamento degli infermieri.

Il fatto poi che un figlio del paziente fosse laureato in Medicina contribuì a derogare alle regole di reparto e a modificare alcuni attegiamenti di una parte dell'equipe medica, che lasciò più spazio del solito per visite e scambi di informazioni.

I rapporti si mantennero relativemente tesi per tutta la degenza con uno stato conflittuale latente. Tutti i tentativi per appianare le divergenze fallirono e gli infermieri si sentirono in un certo senso responsabili di non essere riusciti a dimostrare la validità del proprio lavoro. Le frustrazioni accumulate portarono così ad una forma di reazione di difesa nei confronti dell'«ingerenza» della famiglia. Tuttavia si evidenziò l'esistenza di errori nella gestione delle relazioni con i parenti. Questi errori possono considerarsi veri e propri incidenti critici rispetto a quella parte della professionalità infermieristica che si rivolge alle relazioni interumane e quindi meritevoli di attento esame.

Più specificatamente ci si accorse che alcuni comportamenti degli infermieri si basavano sui sentimenti di simpatia/antipatia avvertiti nei confronti di queste persone. Si mostrò di temere il giudizio sul proprio lavoro di fronte alle critiche della famiglia, che tuttavia furono rispettate come un «diritto dell'utente». Il gruppo non fu omogeneo, anzi contradditorio a volte, nel rapportarsi con il paziente, e tutti gli infermieri provarono reale disagio ad occuparsi dei suoi bisogni. In definitiva rimase un forte senso di perplessità che andava oltre la prima superficiale reazione di antipatia.

ANALISI DEI PROBABILI PUNTI DI CADUTA DELL'INCIDENTE N. 3

Premessa

Si ritiene fondamentale mettere in evidenza due aspetti che differenziano questo incidente dai due esposti in precedenza:

- 1) questo è un incidente di tipo relazionale;
- 2) questo incidente non coinvolge un solo operatore ma un intero staff assistenziale.

Leggendo attentamente la descrizione del caso, abbiamo avvertito un forte disagio di tutta l'equipe infermieristica rispetto alla difficoltà di instaurare un valido rapporto di fiducia nei confronti del paziente e della sua famiglia; rapporto che, come sappiamo, è presupposto fondamentale per impostare un efficace piano di assistenza.

Abbiamo quindi ricercato i punti di caduta rispetto ai seguenti aspetti:

- A Organizzazione;
- B Formazione:
- C Professionalità;
- D Vissuto personale.

A - ASPETTI ORGANIZZATIVI

Il capitolo «Aspetti Organizzativi» può essere ulteriormente suddiviso in:

- organizzazione del lavoro:
- organizzazione dell'assistenza infermieristica.

A.1. - Organizzazione del lavoro (punti di caduta)

A.1.1. Assenza di regole scritte in merito ai comportamenti da adottare in occasione di «visita dei familiari» e mancato rispetto di quelle esistenti.

Nella realtà descritta esistono delle «consuetudini» cioè atteggiamenti non formalizzati, quindi soggetti a deroghe.

- A.1.2. Mancata previsione, nel piano di lavoro giornaliero, dando per scontata la sua esistenza, di spazi/momenti finalizzati allo sviluppo delle relazioni interpersonali, tra l'equipe infermieristica ed i familiari degli assistiti: occasione questa importante per poter instaurare un rapporto di fiducia e di stima ma soprattutto per poter creare un ambiente terapeutico.
- A.2. Organizzazione dell'assistenza infermieristica (punti di caduta)
- A.2.1. Assenza di figure professionali di riferimento (Infermieri Dirigenti) con le quali lo staff infermieristico potrebbe confrontarsi su problemi di tipo professionale (preoblemi relazionali, organizzativi, valutazione della qualità delle cure infermieristiche).
- A.2.2. Mancanza di metodologie assistenziali personalizzate, anche se, emerge dalla descrizione del caso, che l'equipe si sta muovendo in questa direzione. Questa tesi è avvalorata dai seguenti dati:
 - mancata personalizzazione delle cure erogate;
 - mancata discussione dei casi;
 - strumenti informativi insufficienti (cartella infermieristica, protocolli).

B - ASPETTI FORMATIVI

Per una maggiore chiarezza abbia suddiviso questo capitolo in tre sottogruppi:

- B.1. formazione di base (Diploma Abilitante alla Professione);
- B.2. formazione post base (Corsi di specializzazione in Area Critica);
- B.3. formazione permanente (Aggiornamento permanente che può avere luogo nell'ambito lavorativo o frequentando corsi di aggiornamento obbligatori o facoltativi).

B.1. Formazione di base (punti di caduta)

A nostro parere l'incidente descritto mette in evidenza una formazione di base carente rispetto ai temi della comunicazione e della pianificazione degli interventi assistenziali.

Emergono infatti carenze formative comuni a tante altre realtà lavorative

quali:

scarsa conoscenza di metodologie della comunicazione;

 mancata applicazione pratica degli insegnamenti teorici in materia di metodi di pianificazione dell'assistenza.

B.2. - Formazione post base (punti di caduta)

Nell'organico infermieristico della realtà descritta, non presenti infermieri specializzati, cioè formati ad hoc per rilevare e risolvere i problemi/bisogni dei pazienti curati in Area Critica e delle loro famiglie. Questa figura dovrebbe possedere importanti elementi conoscitivi atti a favorire una buona relazione interpersonale.

B.3. Formazione permanente (punti di caduta)

Dagli elementi in nostro possesso riteniamo essere insufficente per quantità e per qualità in quanto:

- non è prevista una programmazione di corsi o incontri di aggiornamento;
- gli incontri di aggiornamento mirano solo ad aumentare le conoscenze tecnologiche, anziché sviluppare nuove metodologie di nursing.

C - ASPETTI PROFESSIONALI

Rispetto alla professionalità degli operatori abbiamo rilevato i seguenti punti di caduta:

- C.1. Mancata rivendicazione di spazi finalizzati allo sviluppo della professione. Un professionista deve essere in grado di rivendicare gli strumenti e gli spazi operativi che gli consentono l'esercizio della propria professione entro standard accettabili.
- C.2. Mancata applicazione del metodo scientifico. Qualsiasi attività professionale basa le sue fondamenta sulla pianificazione, progettazione, verifica dei risultati rispetto agli obiettivi iniziali. Fornire risposte estemporanee a sintomi di disagio frutto di una carente pianificazione non significa dare risposte con contenuti professionali.
- C.3. Gli infermieri non si sono riconosciuti sufficientemente nel Gruppo. Un piano di assistenza è frutto di contributi conoscitivi, competenze ed esperienze di un Gruppo di professionisti, nel quale il singolo si identifica. La scarsa omogeneità delle risposte fornite, sia al paziente che alla sua famiglia hanno, probabilmente, favorito l'insorgere del bisogno di sicurezza in entrambi ed ha conseguentemente aggravato i rapporti con lo staff.

Riconoscersi nelle scelte del gruppo consente oltretutto di non vivere individualmente i fallimenti o i dubbi professionali bensì di rapportarsi al Gruppo per trovare le soluzioni.

D - ASPETTI PERSONALI (punti di caduta)

A proposito dei punti di caduta della sfera personale degli operatori, dobbiamo ammettere che è stato estremmente difficile identificarli. La causa di questa difficoltà l'attribuiamo alla scarsa competenza sull'argomento. Ci siamo quindi affidati alle nostre esperienze di vita in Area Critica. Sappiamo quanto il vissuto di ogni operatore giochi un ruolo fondamentale nel suo modo di porsi nei confronti del paziente e della sua famiglia.

Abbiamo quindi individuato i seguenti punti di caduta:

 mancata previsione di momenti organizzativi che favoriscono la comprensione dei disagi vissuti dagli operatori al fine di individuarli e neutralizzarli nella vita professionale;

— il disagio ed il senso di inadeguatezza è stato vissuto individualmente, a livello personale, anziché dal grupppo nel suo insieme. Questo atteggiamento ha generato sensi di colpa, di frustrazione, sentimenti di «antipatia», nonché atteggiamenti di fuga/rimozione. AND CONTRACTOR OF THE CONTRACT

in de la companya de la co

TRANSPORTER OF THE SECOND OF T

n egit e e be de Al. Part e gant e egit e E de egit e ganget e

ANALISI: PUNTI DI CADUTA SOTTO L'ASPETTO PROFESSIONALE. ORGANIZZATIVO E FORMATIVO

FRANCESCO TONTINI (relatore) IPSAFD - C. Rianimazione USL RM 10 - Osp. S. Camillo - ROMA

I casi presi in considerazione non sono altro che alcuni esempi di incidenti, realmente accaduti, nelle realtà operative di alcuni colleghi; altri episodi simili potrebbero trovarci protagonisti di situazioni che immediatamente poi cercano delle motivazioni e delle risposte all'evento stesso.

L'obiettivo fondamentale di questo lavoro, oltre a quello di evidenziare i problemi ed esaminare le cause che portano a questi incidenti, è quello di far fronte a quelle esigenze professionali che vedono (o possono vedere) come protagonista proprio gli infermieri di Area Critica.

È appunto dagli incidenti critici che siamo partiti, per fare di questi ulti-

mi uno strumento di misura della qualità del processo assistenziale.

Generalmente i metodi di valutazione della qualità delle cure infermieristiche sono formulati dalla Direzione dei Servizi Infermieristici, oppure dai gruppi di lavoro operanti nell'ambito assistenziale (equipe di assistenza): entrambi fanno in modo di creare degli strumenti specifici per le proprie esigenze operative.

Difficilmente infatti si arriva ad un metodo unico e globale di valutazione

delle cure infermieristiche, adattabile alle varie esigenze.

I metodi che valutano la qualità dell'assistenza, vanno sempre più sviluppandosi, tanto che si è arrivati ad una distinzione basata proprio sull'ampiezza di valutazione, sono stati quindi suddivisi in: metodi parziali e metodi globali. I metodi parziali, sono quei metodi la cui ampiezza di valutazione è limitata ad un solo tema o ad un solo intervento per volta; metodo adottato inoltre in questo lavoro, nel quale abbiamo esaminato unicamente gli incidenti critici.

Questi possono essere considerati in base ad altri parametri fondamentali

che sono: l'incidenza, la qualità ed i costi.

In base ai 3 casi esposti in precedenza, ed altri esaminati in sede di lavoro, abbiano formulato una prima classificazione delle cause e/o motivazioni d'incidente critico che spesso si combinano tra di loro sinergicamente; possiamo quindi raggruppare le cause più frequenti e comuni d'incidente critico nel seguente modo:

- 1) Cause professionali
- 2) Cause organizzative
- 3) Cause formative

In queste cause si possono individuare, inoltre, dei punti di forza e di caduta, i quali a loro volta danno origine ad un vicendevole antagonismo tanto da non poter attribuire ad una sola causa il verificarsi di un incidente.

PUNTO DI CADUTA PROFESSIONALE ORGANIZZAZIONE FORMAZIONE

PUNTO DI FORZA

Si possono verificare, quindi, delle situazioni nelle quali l'aspetto professionale in un certo senso non è responsabile, o per lo meno non direttamente, di un incidente, mentre il punto di caduta lo troviamo nell'ambito organizzativo (e viceversa); lo stesso discorso ovviamente, vale considerando l'aspetto formativo.

Nell'ambito di questi 3 casi sono stati evidenziati solamente alcuni punti di caduta per ogni tipo di causa ed abbiamo cercato di raggrupparli:

— per quanto riguarda le cause professionali abbiano sentito recriminare la mancanza di un metodo scientifico nelle attività assistenziali; la mancanza di un riconoscimento nel gruppo; un certo tipo di comportamento in presenza di altre figure.

Considerando le variabili che caratterizzano la professione, come la competenza, le conoscenze e il comportamento, tutte potenzialmente possono avere dei punti di caduta come dei punti di forza.

— Nelle cause organizzative sono stati evidenziati altri punti di caduta quali: la mancanza di strumenti di lavoro (come procedure, protocolli, cartella infermieristica); la mancanza di regole ben definite in merito alla visita dei familiari (es. caso 3); la non chiara suddivisione delle proprie attività; l'inserimento di nuovi infermieri; la mancanza di momenti di incontro per discutere i casi e sviluppare relazioni interpersonali.

Questi sono solamente alcuni dei punti di caduta, ma ne possiamo trovare altri che allo stesso tempo possono essere dei punti di forza, ad es. le diverse modalità operative (assistenza per mansioni o per bisogni); le risorse umane e materiali non sempre proporzionate al carico di lavoro, oppure una loro gestione non ottimale; la scarsa pianificazione delle attività lavorative, ed altre.

Infine sono stati evidenziati dei punti di caduta nell'ambito della formazione: anche tra queste cause ci possono essere delle variabili come, la carente pianificazione degli interventi assistenziali; si è anche accennato alla carenza nella metodologia della comunicazione; la mancanza di infermieri specializzati e preparati in modo particolare per i rapporti interpersonali e comunicativi con il paziente di Area Critica ed i suoi familiari, con l'incapacità di porsi di fronte alla famiglia del paziente come professionista, e distinguere i bisogni reali da quelli immaginari.

Anche in questo caso abbiamo evidenziato solo determinati aspetti riguardanti alcune variabili, ma possiamo trovare dei punti di caduta nell'ambito della formazione di base, della formazione post-base o permanente, come per contro possiamo trovare in questi parametri i relativi punti di forza.

Alla luce della nostra esperienza, possiamo affermare con ragionevole certezza che le motivazioni quasi mai si trovano unicamente in una sola di queste cause, ma gli incidenti critici non sono altro che la sommatoria di carenze in vari settori (da quello organizzativo e professionale a quello personale e formativo): i punti di caduta e di forza quindi, sono presenti contemporaneamente in più ambiti.

Di conseguenza, il volere attribuire le responsabilità alle singole cause od ai singoli individui è un modo superficiale di voler affrontare determinate problematiche, se non addirittura il modo di evitare il problema; è invece più opportuno esaminare profondamente la situazione ed il contesto in cui

si è verificato l'incidente stesso.

L'ideale sarebbe identificare le varie tipologie degli incidenti critici ed il relativo contesto organizzativo-professionale in cui questi si sono verificati, con l'obiettivo di prevenire l'insorgenza di questi eventi accidentali e di stabilire se si tratti realmente di incidenti o di complicanze; in tal modo si cercherebbe di migliorare la qualità del processo assistenziale.

Molto probabilmente dei punti di forza potremmo trovarli nell'organizzazione dei gruppi di lavoro multidisciplinari (o interdisciplinari), dove si avrebbe la possibilità di affrontare le stesse problematiche con strategie diverse, più o meno specifiche, (possiamo pensare ad esempio a dei circoli di qualità).

Si potrebbe creare uno strumento di rilevazione degli incidenti critici, ad esempio in base alla frequenza, costo e gravità mettendo in evidenza, inoltre, il contesto in cui si sono verificati; tale strumento ci permetterebbe, poi, di far conoscere e valutare le varie situazioni operative e le relative esigenze agli organi competenti.

Ad esempio, si potrebbe evidenziare il turn over del personale infermieristico nell'ambito dell'unità operativa; la necessità di corsi di addestramento per l'uso delle nuove tecnologie oppure farne solamente un documento sta-

tistico.

Qualunque sia l'uso di questo strumento di rilevazione dei dati, non è oggetto di questo lavoro ma potrebbe esserlo per uno prossimo; è importante ora cercare di formulare un documento che ci permetta di evidenziare l'entità di tale problema, da cui creare dei protocolli di sicurezza.

Auspicabile sarebbe poter valutare incidenti simili a quelli descritti e confrontarli con due campioni di popolazioni statistiche ognuna con un metodo di lavoro diverso (per mansioni e per obiettivi) onde poter valutare con precisione i risultati e la qualità dell'assistenza prodotta dai due metodi.

L'ideale sarebbe inoltre avere una costante comunicazione con la Direzione dei Servizi Infermistici ed il settore dirigenziale o decisionale della struttura in cui si opera, con i quali poter programmare degli incontri periodici sotto forma di corsi di aggiornamento; tavole rotonde e gruppi di studio; invitando inoltre degli esperti dell'organizzazione del lavoro, della ricerca, esperti

in scienze umanistiche, etica e del settore giuridico.

Abbiamo accennato a gruppi di lavoro quindi è importante conoscere le regole di conduzione dei gruppi e d'interazione dell'ambito del gruppo stesso.

Cerchiamo di capire il perché si fà sempre più necessaria la presenza della valutazione della Q.A.I.: in questo lavoro abbiamo preso spunto da un aspetto molto importante, ossia siamo partiti da un normale e regolare svolgimento di una situazione la quale viene interrotta da un evento grave e pericoloso verificatosi improvvisamente (incidente critico).

Come si è accennato all'inizio i parametri per una valutazione globale del processo assistenziale non sono univoci e confrontabili tra di loro invece spesso i parametri presi in considerazione sono specifici del settore operativo nel quale poi vengono adottati.

Occupandoci, quindi, in questa sede di Area Critica i parametri devono essere specifici per il paziente critico ed è soprattutto in questo settore che l'esigenza di avere una sempre maggiore qualità è particolarmente sentita, specie quando in una situazione critica si viene a concretare un evento improvviso e non previsto anch'esso critico, si verifica un incremento quantitativo e qualitativo delle cure infermieristiche; ciò comporta un maggiore impiego di risorse umame e materiali tanto da incidere non poco sul bilancio assistenziale e curativo ... e dove si trova proprio l'infermiere di A.C. a dover dare delle risposte professionali e organizzative che devono continuamente adattarsi alle diverse situazioni individuali.

Concludendo, possiamo dire che questa esperienza ha rappresentato un importante momento di crescita personale e professionale per tutto il gruppo.

Essa ci ha consentito di capire che l'incidente critico nasconde dei difetti o carenze che non possono essere addebitate unicamente al protagonista dell'incidente stesso.

Purtroppo le conoscenze acquisite nel corso di questi mesi, altro non hanno fatto che aprire nuovi interrogativi:

- le attività degli infermieri di terapia intensiva sono davvero prevalentemente tecnico/esecutive?
 - l'attività di relazione è riconosciuta? ha uno spazio nel piano di lavoro?
 - la formazione tiene conto di questi bisogni conoscitivi?
 - gli infermieri come vivono i conflitti?
- quali sono i bisogni di sostegno psicologico degli infermieri che rivivono quotidianamente i grandi problemi esistenziali?
- possono gli infermieri da soli pretendere di migliorare la qualità delle prestazioni in una organizzazione complessa quale il S.S.N.?

Questi sono gli interrogativi che rimangono aperti, ad eventuali e future risposte, nel frattempo abbiamo voluto invitare degli esperti, molto vicini alle problematiche infermieristiche, e precisamente:

Di Giulio Paola

Santinello Massimo.

I quali non potendo partecipare personalmente, per precedenti impegni, hanno voluto esprimere un loro parere tramite un documento di cui ora verrà presentato il contenuto...

Bibliografia

- P. Di Giulio: Valutazione della qualità dell'assistenza e nursing, QA 1, 1988.
- P. Di Giulio: Nursing e DRG: quali prospettive in Italia, QA 1° febbraio 1989.
- M. A. English: Prevenzione e complicanze dei meccanismi di assistenza ventricolare, MSN, RN, CCRN.
- Applicazione di una teoria per la riduzione degli errori di terapia in A.C., Studio effettuato presso D.ne di T.I., Ospedale Scientifico.
- M. CANTARELLI: Incidenti significativi. Metodi di valutazione ed osservazione.
- Incidenti critici nella prassi infermieristica, Dipartimento Sicurezza sociale Reg. Toscana.

L'INCIDENTE CRITICO COME STRUMENTO DI ANALISI E FORMAZIONE DELL'INFERMIERE DELL'AREA CRITICA

Un contributo «psicologico» all'interpretazione di un conflitto tra il paziente e la sua famiglia e l'equipe infermieristica

SANTINELLO Dr. MASSIMO (relatore)

Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e della Socializzazione - Università di Padova

Analizzare ed interpretare un evento a cui non si è assistito direttamente, conoscendone solamente alcuni aspetti tramite una relazione scritta, è un compito arduo nel quale con facilità si possono formulare ipotesi e considerazioni poco attinenti.

Lo sviluppo di questo mio intervento procederà secondo il seguente ordine: ad una rilettura rapida del caso, per evidenziare se ha colto con precisione i termini del problema, seguiranno alcune considerazioni, che vorrebbero essere un po' provocatorie. Esse sono relative a possibili interpretazioni dei comportamenti descritti e concluderò con alcune indicazioni relative ad approfondimenti formativi-professionali individuati come necessario complemento all'attuale bagaglio.

Il caso che mi è stato sottoposto (n. 3 del convegno, vedi appendice) è tato presentato come un conflitto. Ma non è chiaramente definito qual è il motivo del conflitto, ossia dove sono le diversità di opinioni o di obiettivi o di metodologie rispetto al trattamento dell'utente in questione. Forse sarebbe il caso di definire meglio cosa si intende per conflitto e fare riferimento ad un modello teorico che permetta una lettura del fenomeno più puntuale. L'innesco della situazione di tensione, che si è creata nell'unità terapeutica, sembra essere dovuto al dolore che il paziente avverte, per il particolare tipo di patologia, in seguito alle usuali manovre di nursing.

Il paziente è facilmente irritabile, scontento di come viene assitito ed esprime chiaramente queste sue riserve. D'altra parte gli infermieri consapevoli di arrecare, nella loro attività assistenziale, disagio al paziente operano al massimo della loro professionalità (informandolo, ottenendo in dotazione un letto speciale, ecc.).

Si riferisce che si crea una comunicazione scarsamente valida. A me sembra i messaggi che il paziente esprime (il suo scontento) siano chiarissimi, solamente non sono queli che si attendono. I messaggi del paziente sono una continua negazione delle capacità professionali di chi lavora mettendo invece impegno e professionalità. Il problema non è dunque nel processo di comunicazione ma nel contenuto latente, implicito dei messaggi.

Una conferma ci giunge dal rapporto con i familiari. Qui è più esplicito il problema: i familiari sono vissuti come «controllori» della qualità della pre-

62 M. Santinello

stazione lavorativa e le loro preoccupazioni percepite come critiche negative. Inoltre vengono valutate negativamente (cioè come favoritismi) le deroghe all'orario di visita e sulla possibilità di avere informazioni dai medici di cui usufruiscono i parenti. Proviamo a metterci nell'ottica dei bisogni del paziente: non era un modo per soddisfare i suoi bisogni sociali che un ambiente come l'unità di terapia intensiva limita nella sua soddisfazione? Anzi, forse questi regolamenti così restrittivi possono essere ridefiniti visto l'esperienza presentata. Val la pena di privilegiare il paziente o l'organizzazione?

Purtroppo non è indicato se anche questi «immeritati vantaggi» siano stati motivi di dispute verbali tra famiglia e personale e neppure quali furono i tentativi di appianare le divergenze.

Si coglie comunque una contraddittorietà di comportamenti nel gruppo del personale di assistenza le cui reazioni sembrano oscillare tra una tendenza complessiva di distaccarsi dal paziente come reazione al clima instaurato ed atteggiamenti di simpatia o antipatia.

Capire i motivi di queste difficoltà di rapporto non è facile se si vuole scendere oltre l'ovvio. Certamente tutti i punti di «caduta» illustrati dal gruppo di lavoro che ha presentato questo caso sono condividibili e colgono bene alcune carenze di base. Vorrei aggiungere alcune considerazioni personali che permetteranno di leggere, in chiave psicologica, alcune dinamiche che forse sono rimaste tra le righe.

Benché non sia un infermiere conosco le difficoltà del lavoro nelle unità di terapia intensiva e concordo che non sempre è possibile un atteggiamento favorevole verso pazienti che sono difficili sul piano relazionale oltre che terapeutico. Anzi talvolta penso che certe situazioni siano difficilmente gestibili diversamente per una serie di problemi a monte del rapporto interpersonale. Ma comunque queste modalità reattive che dipingiamo come «pazienti difficili» spesso sono l'unico modo che conoscono per adattarsi alla delicata situazione che stanno vivendo e per fronteggiare lo stress che deriva dall'ospedalizzazione (il modello teorico dello stress potrebbe essere un buon schema per capire il comportamento dei pazienti ospedalizzati).

La relazione col paziente non funziona e così quella con i parenti. Estremizzando si può supporre che tutti gli scambi relazionali che sono avvenuti altro non erano che una specie di «ping-pong» in cui un giocatore sosteneva: «noi siamo bravi»; e l'altro sosteneva: «non siete proprio bravi». Naturalmente gli scambi erano più ricchi ed articolati ma forse il messaggio sotteso da tutti era questo.

È chiaro allora che la negazione della propria professionalità genera frustrazione dell'immagine del sé professionale e della propria competenza. Il bisogno di competenza è molto forte in coloro che lavorano nelle professioni di aiuto in quanto la sua soddisfazione è collegata al benessere procurato al paziente. La sua negazione genera tensioni che se non trovano una canalizzazione efficace possono sfociare in sindromi più pesanti per l'operatore quali «l'impotenza appresa», il «burnout», ecc. Ci si sente impotenti per cui la rea-

zione di disagio aumenta proiettando sul paziente i nostri sentimenti negativi collegati alla frustrazione. Il paziente diventa antipatico, una persona che «fatichiamo» ad assistere dalla quale ci si distanzia per non esserne logorati. Eppure a qualche collega risulta simpatico. Come mai? Quali altri meccanismi scattano? Qui sarebbe stato necessario un supporto psicologico all'equipe che analizzasse ed esplicitasse i processi di formazione delle impressionii e dei giudizi sugli altri, individuando su quali indici ci si basa abitualmente per decidere se una persona ci è simpatica o antipatica e fornendo dei chiarimenti su come mai le impressioni che ci formiamo sulle persone sono così difficili da modificare.

Il paziente non ci gratifica in alcun modo, non ci manda feedback positivi e questo ci fa sentire male. Elaborare questi sentimenti di frustrazione avrebbe favorito una percezione più serena dello stesso e probabilmente stimolato nel personale una risposta meno fredda (i nostri comportamenti non sono indifferenti a quelli degli altri) e forse avrebbe suggerito l'individuazione di proposte di modalità assistenziali diverse (avete chiesto al paziente una opinione in merito? Potevate concordare con lui un piano di assistenza che favorisse la riduzione del dolore?). Naturalmente se non mettiamo in dubbio che il nostro modo abituale di comportarci continuerà a produrre nell'utente le stesse risposte, che continuare a comportarsi nello stesso modo non porterà nell'altro che il solito irrigidimento, non verranno stimoli ed idee per comportamenti e piani assistenziali diversi.

Veniamo ai familiari: il loro comportamento vigile e critico è stato attribuito ad una scarsa fiducia nei nostri confronti dagli infermieri. Ma è una «attribuzione» corretta? Siamo sicuri che sia la sfiducia la causa di questi

atteggiamenti?

Anche i fenomeni di «attribuzione» delle cause del comportamento sono stati studiati dalle scienze psicologiche. Proviamo a suggerire altre spiegazioni. Forse era un disperato tentativo di «controllare» una situazione (la degenza del loro parente) di cui in realtà non possono essere che spettatori passivi. Ma, la necessità di avere un certo controllo su quanto succeede nell'ambiente di vita, di non sentirsi in balia del destino o di altri è una caratteristica molto presente in alcune persone. Per cui i loro comportamenti potrebbero essere dei tentativi goffi, controproducenti per avere l'impressione di controllare la situazione, di recuperare un ruolo attivo rispetto alla malattia ed all'istituzione che ospita il congiunto (avete mai pensato di fare un complimento ai familiari per il loro comportamento vigile che riduce la possibilità di errori da parte vostra dovuti magari al carico di lavoro, alla stanchezza, ecc., o pensate di essere tra coloro che non sbagliano mai?).

Certo, non è sempre facile fronteggiare situazioni frustranti «ristrutturandole» per coglierne gli aspetti positivi, ma queste «abilità cognitive» forse dovrebbe entrare a far parte del bagaglio professionale di ogni infermiere. Non è pensabile infatti che un atteggiamento negativo verso il nostro operare basti per rovinare una relazione professionale. Inoltre non è pensabile usare M. Santinello

solo questo indice negativo per farci indurre ad un giudizo negativo complessivo sul paziente, sui familiari e compromettere la gestione del rapporto. Eppure mi sembra di capire che qualcosa di analogo sia successo.

Forse potevano essere stimolati alcuni comportamenti del paziente rinforzando i momenti più accettabili con atteggiamenti sociali favorevoli. Ma c'era consapevolezza dell'impressione che gli operatori facevano all'utente (di solito ricambiata) e del grado di abilità personale nel gestire l'immagine professionale (a seconda degli utenti e delle situazioni) che non è solo costituita dal sapere mettere cateteri (è solo un esempio) ma anche nel provocare, indurre negli altri una impressione positiva, comportarsi in funzione del tipo di paziente.

Il comportamento nella situazione di conflitto dipende da molti fattori tra i quali dal concetto che voi avete di conflitto, dal concetto che avete di voi e degli altri. Ogni conflitto tra due parti tende a produrre una serie di comportamenti che possono causare ulteriori conflitti o risolvere la situazione. In ogni caso il risultato di un conflitto prepara il terreno per gli episodi futuri.

Gestirlo in modo efficace implica anche conoscere le dinamiche implicate sia a livello interpersonale che nei meccanismi intrapsichici coinvolti. Implica avere la consapevolezza delle proprie modalità abituali di reazione a situazioni conflittuali ma anche la consapevolezza delle proprie abilità sociali.

Le abilità sociali che abbiamo appreso nel corso della nostra vita possono essere incrementate con opportuni training formativi e devono ormai essere considerate uno strumento professionale per qualsiasi operatore sociale o sanitario.

In questo senso credo che sia auspicabile una stretta collaborazione ed intesa tra studiosi di psicologia e di nursing per cogliere come i processi psicologici implicati nelle relazioni interpersonali quotidiane siano usabili e implicati nel comportamento lavorativo.

L'interazione sociale, la relazione interpersonale richiede comportamenti che sono eseguiti automaticamente e nei quali i processi psicologici implicati sono estremamente complessi. Le abilità nell'interazione con gli altri, ossia il modo con cui percepiamo e interpretiamo il comportamento altrui è spesso influenzato più che dalle caratteristiche della persona che osserviamo, dalle nostre strutture di personalità e da quello che noi pensiamo. Il modo con cui ci formiamo le impressioni sui nostri pazienti, l'uso di abilità verbali e non verbali, i processi di influenza sociale diventano abilità essenziali nelle professioni in cui l'interazione faccia a faccia con l'utente è uno degli aspetti prioritari.

Bibliografia

64

M. Damian, N. Marchi, F. Selmin: Il conflitto organizzativo, Dispensa ad uso interno della Scuola Infermieri Professionali U.S.L. 21 di Padova, 1989.

- M. Santinello: La sindrome del burnout. Aspetti teorici, ricerche e strumenti per la diagnosi dello stress lavorativo nelle professioni di aiuto, Erip. editrice, Pordenone 1990.
- A. Savoie, T. Forget: La gestion des conflits au travail, ARC Editore, Ottawa 1983. C.M. Smith: Concepts of organizational dynamics: conflict. In: Jacobson & McGrath Nurses under stress. Wiley editrice, Londra 1983.

OBIETTIVO ORGANIZZAZIONE

ELEMENTI DI PROGETTAZIONE DELLE STRUTTURE ORGANIZZATIVE

GIUSEPPINA PONTELLO (relatore)

IID - Professore a contratto di Nursing, Scuola Universitaria Discipline Infermieristiche - MILANO

«... l'Infermiere è un professionista, tale vuole rimanere ed il suo inserimento nelle organizzazioni concorre alla definizione di un modello organizzativo, nella sanità, di tipo professionale ...».

(Giuseppina Pontello)

Ogni attività umana organizzata, da quella della produzione di beni (automobili) a quella di servizi (salute), fa nascere due esigenze fondamentali ed opposte: da una parte la divisione del lavoro in vari compiti da eseguire, dall'altra l'esigenza di coordinare questi compiti per portare a termine l'attività.

L'organizzazione può essere definita semplicemente come il complesso delle modalità secondo le quali viene effettuata la divisione del lavoro in compiti distinti e quindi viene realizzato il coordinamento fra tali compiti.

Come dovrebbe essere progettata tale organizzazione?

C'è un modo migliore di altri per progettarla? O al contrario i vari elementi che la compongono — le diverse modalità di divisione del lavoro e di coordinamento — dovrebbero essere individuati e scelti in modo indipendente?

Per anni la letteratura in tema di management ha affrontato questo tema partendo dal presupposto che l'organizzazione era adeguata quando si fondava su regole e su una rigida gerarchia di autorità con un'ampiezza del controllo limitata.

Più recentemente la letteratura ha incominciato ad orientarsi verso altre soluzioni, le quali non rinnegando il contributo del passato, evidenziano come le variabili o gli elementi dell'organizzazione, debbono essere scelti in modo da raggiungere un'armonia o coerenza interna e nel contempo anche una coerenza di fondo con la situazione dell'azienda ovvero la sua dimensione, l'età, il tipo di ambienti nel quale opera, il sistema tecnico che impiega e così via.

Di fatto sia quelli che vengono definiti i fattori situazionali che quelle che vengono denominate le variabili organizzative possono essere «scelti» e quindi «combinati» per creare quelle che prendono il nome di «configurazioni organizzative».

In relazione all'esito delle scelte fatte, possono essere inviduate e progettate configurazioni diverse; in teoria moltissime, in pratica le configurazioni che sono descrittive della maggior parte delle aziende sono limitate a cinque.

Progettare, e ciò vale per il management come per la medicina o l'ingeneria, implica discrezionalità, ovvero la capacità di modificare un sistema nel 70 G. Pontello

momento in cui questo si dimostra inadeguato rispetto ai risultati attesi o quando si vogliono ottenere nuovi prodotti o servizi.

Nel caso dell'organizzazione progettare, o riprogettare un sistema che denuncia degli scostamenti, implica manovrare quelle «leve» che influenzano gli elementi cardine dell'organizzazione: la divisione del lavoro ed i meccanismi di coordinamento, modificando quindi le modalità di funzionamento dell'organizzazione stessa.

In fase di progettazione o riprogettazione si dovrebbe in teoria poter rispondere a domande quali:

- 1) quanti compiti dovrebbero essere affidati alle diverse posizioni nell'organizzazione e quale dovrebbe essere il grado di specializzazione di ognuno di essi?
- 2) in quale misura le attività di ogni posizione dovrebbero essere standardizzate?
- 3) quali capacità e conoscenze dovrebbero essere richieste da ogni posizione?
- 4) su quali basi è possibile raggruppare le posizione in unità e le unità in unità di dimensioni maggiori?
- 5) quale dovrebbe essere la dimensione di ogni unità e quante persone dovrebbero dipendere da un certo capo?
- 6) in quale misura il risultato di ogni posizione e unità dovrebbe essere standardizzato?
- 7) quali meccanismi dovrebbero essere adottati per facilitare l'adattamento reciproco fra posizioni e unità?
- 8) quanto potere decisionale dovrebbe essere delegato ai diversi «capi» delle unità operative?

Questi interrogativi individuano alcuni tra i problemi fondamentali della progettazione organizzativa per rispondere ai quali è necessario ritornare su quelle che abbiamo chiamato «leve», ma in termini tecnici vengono denominati i «parametri di progettazione organizzativa», cercando seppure in sintesi di descriverne le caratteristiche.

I parametri di progettazione organizzativa, detti anche variabili organizzative di base, sono nel loro complesso nove suddivisi in quattro gruppi:

- progettazione delle posizioni;
- progettazione della macrostruttura;
- progettazione deli collegamenti laterali;
- progettazione del sistema decisionale.

La progettazione delle posizioni individuali

In questo primo gruppo entrano in gioco tre parametri di progettazione:

- la specializzazione della mansione;

- la formalizzazione del comportamento nell'esecuzione della mansione;
- la formazione e l'indottrinamento richiesti dalla mansione.

Le mansioni possono essere specializzate lungo due dimensioni: orizzontale e verticale.

La prima è definita dal numero di compiti diversi che sono attribuiti ad ogni mansione e dalla misura nella quale ciascuno di questi compiti è ampio o limitato.

Ad un estremo il lavoratore è una persona tuttofare che passa continuamente da un compito molto ampio a un altro compito altrettanto ampio; all'altro estremo egli esplica i suoi sforzi in uno stesso compito molto specializzato in modo ripetitivo.

La seconda dimensione riguarda il controllo sul lavoro.

Ad un estremo il lavoratore esegue semplicemente il lavoro senza operare alcun intervento sul come e sul perché; all'altro estremo oltre ad eseguire il lavoro, ne controlla ogni aspetto.

La specializzazione delle mansioni nella dimensione orizzontale rappresenta la forma prevalente di divisione del lavoro e costituisce una componente intrinseca di ogni attività organizzata.

Le organizzazioni dividono il lavoro, o in altri termini, specializzano le mansioni al fine di aumentare la produttività; tale incremento è dovuto essenzialmente a tre fattori:

- la migliore destrezza che il lavoratore consegue nel ripetere un'operazione specifica;
 - il risparmio nel tempo richiesto dal passaggio da un'operazione all'altra;
- lo sviluppo di nuovi metodi e macchine reso possibile dalla specializzazione.

La specializzazione orizzontale aumenta la ripetitività del lavoro facilitandone sia la standardizzazione che l'apprendimento.

La specializzazione delle mansioni largamente introdotta in ogni tipo di organizzazione, non ha affatto rappresentato la panacea per i problemi attinenti alla definizione delle posizioni di lavoro, anzi essa provoca alcuni problemi, in particolare di comunicazione, di coordinamento e di motivazione per far fronte ai quali è stato introdotto il concetto di allargamento o arricchimento delle mansioni.

Nell'allargamento o arricchimento delle mansioni il lavoratore svolge un'ampia varietà di compiti connessi con l'ottenimento di prodotti e servizi esercitando un maggiore controllo su di essi.

È questo il caso tipico dei modelli organizzativi di tipo professionale (di cui l'ospedale e le USL ne sono un esempio) in cui ai professionisti viene attribuito un notevole controllo sul proprio lavoro, operando in modo relativamente indipendente dai propri colleghi ma in stretto contatto con i clienti che servono.

La maggior parte del coordinamento necessario tra i professionisti del nucleo operativo (i reparti od i servizi) viene realizzato attraverso la standar-dizzazione delle capacità e delle conoscenze, ovvero attraverso le reciproche aspettative di comportamento che i professionisti (medici, infermieri) hanno appreso precedentemente al loro ingresso nell'organizzazione.

Questo elemento ci introduce al secondo parametro di progettazione organizzativa — rappresentato dalla formalizzazione del comportamento — quale modo attraverso il quale l'organizzazione tende ad eliminare la discrezionalità dei suoi membri standardizzando i processi di lavoro.

I modi attraverso i quali il comportamento può essere formalizzato (regolamento) possono essere diversi ma unico l'obiettivo: regolamentare il comportamento dell'individuo al fine di poterlo prevedere e quindi controllare.

La formalizzazione del comportamento viene utilizzata in particolare quando le attività richiedono un coordinamento preciso ed accuratamente predeterminato.

Si pensi agli infermieri di Pronto Soccorso: non possono ogni volta che perviene un paziente con trauma cranico fermarsi per stabilire chi deve fare e che cosa.

In modo analogo gli infermieri di Area Critica devono essere certi sulle procedure di intervento ben prima che l'evento si presenti sul paziente.

Tuttavia per quanto le conoscenze e le capacità possano essere standardizzate, la loro complessità fa sì che l'applicazione comporti una discrezionalità considerevole: due professionisti, siano essi due medici o due infermieri, non le applicheranno mai esattamente nello stesso modo in quanto sono richieste molte valutazioni e giudizi.

Nel modello organizzativo di tipo professionale (quale è in prevalenza l'organizzazione sanitaria), la formazione e l'indottrinamento, terzo parametro di progettazione di questo primo gruppo, rappresentano una questione complessa.

Tipicamente per i professionisti la formazione iniziale, o di base, ha luogo durante un certo numero di anni presso l'Università od Istituti particolari: in questi contesti nel futuro professionista vengono formalmente programmate le capacità e le conoscenze della professione specifica.

In molti casi però, questa è soltanto la prima fase, anche se la più importante; tipicamente essa è seguita da un lungo periodo di formazione sul campo in cui, sotto la stretta supervisione di membri della professione, vengono applicate le conoscenze formali e viene perfezionato l'utilizzo delle capacità.

La formazione sul campo completa anche il processo di indottrinamento già iniziato durante la prima fase, quella dell'insegnamento formale.

Una volta completato questo processo l'organismo professionale (sia esso ordine, collegio o associazione) esamina il «tirocinante» per stabilire se è in possesso delle conoscenze, delle capacità e delle norme richieste per essere ammesso nella professione.

È questo un aspetto di particolare importanza in quanto ci dice come l'organizzazione con una forte presenza di professionisti ceda gran parte del

controllo sulla scelta dei lavoratori, come pure sui loro metodi di lavoro, agli Istituti di formazione ed alle Associazioni che formano e certificano l'apprendimento delle persone che verranno assunte, stabilendone anche gli standard professionali che guideranno tali persone nello svolgimento della propria attività.

L'esame di ingresso alla professione verifica comunque soltanto il possesso dei requisiti di base in un certo momento ma, per il professionista, il processo di formazione continua; via via che vengono sviluppate nuove conoscenze e nuove capacità, il professionista aggiorna la sua preparazione, legge riviste, assiste a convegni, partecipa periodicamente a corsi di formazione specifica.

La progettazione della macrostruttura

Chi ha definito necessario riprogettare una struttura organizzativa si trova di fronte alla necessità di definire su quali basi è possibile raggruppare le posizioni in unità di primo grado, le unità di primo grado in unità di grado più elevato e così via.

Comunemente il raggruppamento delle posizioni in unità avviene sulla base di sei meccanismi:

- il raggruppamento in base alle conoscenze ed alle capacità;
- il raggruppamento in base ai processi di lavoro ed alle funzioni;
- il raggruppamento in base al tempo;
- il raggruppamento in base agli output (o prodotti/servizi forniti);
- il raggruppamento in base alla clientela;
- il raggruppamento in base alla località geografica.

È interessante osservare come nelle aziende nelle quali gli operatori sono professionisti (ad es. gli ospedali o i sistemi scolastici) la loro formazione li differenzia già sia per le conoscenze e le capacità, sia per i processi di lavoro che utilizzano, sia per i clienti i quali scelgono il professionista sulla base del proprio bisogno; pertanto in questi tipi di aziende in cui i professionisti servono direttamente i propri clienti, raggruppare tali professionisti in base alle conoscenze, alle capacità, ai processi di lavoro ed ai clienti, rappresenta di fatto la stessa cosa.

Un secondo problema nel riprogettare un sistema organizzativo è dato dalla determinazione di quale dovrebbe essere la dimensione di ogni unità, problema che può essere riformulato con la domanda: quante persone dovrebbero dipendere da ciascun capo?

Dalla teoria classica dell'organizzazione che fissava i termini del problema affermando che il controllo ed il coordinamento possono essere raggiunti solo attraverso la supervisione diretta di 5 o al massimo 6 operatori, si è passati in tempi più recenti, ad affermare che la dimensione delle unità organizzative è funzione dei meccanismi utilizzati per coordinare il lavoro.

Maggiore è l'utilizzo ai fini del coordinamento, della standardizzazione — sia essa delle capacità, dei flussi di lavoro o degli output — maggiore può essere la dimensione dell'unità organizzativa.

Ad esempio nel caso della standardizzazione delle capacità, caso tipico dei professionisti, è ovvio che tanto maggiore è la formazione degli operatori, tanto meno essi debbono essere diretti e di conseguenza tanto più grande può essere la dimensione dell'unità organizzativa in cui operano (sino ad arrivare ad una forma di tipo dipartimentale).

Ciò però non ci consente di affermare che l'appartenenza a unità di grandi dimensioni liberi automaticamente l'individuo da uno stretto controllo; semmai lo libera dal controllo diretto del capo ma non dal quello riconducibile alla sua precedente formazione ed indottrinamento.

La progettazione dei collegamenti laterali

Con la definizione delle posizioni individuali di lavoro e la costituzione di un insieme di unità operative più o meno dimensionate, la progettazione non è ancora completata.

È necessario infatti integrare lo scheletro di tale organizzazione con collegamenti di tipo laterale contrapposti a quelli strettamente verticali.

Due gruppi principali di collegamenti laterali hanno formato oggetto di ampia trattazione nella letteratura contemporanea in tema di progettazione organizzativa: si tratta dei sistemi di pianificazione, controllo e dei meccanismi di collegamento. È su questi ultimi che desidero soffermarmi.

In anni recenti con l'aumentare della complessità delle organizzazioni, le aziende hanno sviluppato tutta una gamma di meccanismi per favorire i rapporti fra le persone, meccanismi che possono essere incorporati nella organizzazione formale e che si possono riassumere in quattro tipi fondamentali:

- le posizioni di coordinamento;
- i comitati permanenti;
- i manager integratori;
- la struttura a matrice.

Vediamoli singolarmente:

— le posizioni di coordinamento: quando per coordinare l'attività di due unità è necessario un ammontare considerevole di relazioni, può essere formalmente creata una posizione di collegamento per canalizzare le informazioni direttamente, aggirando i canali verticali.

Tale posizione non detiene autorità formale; il suo titolare però, operando all'incrocio di canali di comunicazione, diviene un centro nervoso dell'organizzazione con considerevole potere, potere che è informale, derivando dalla conoscenza e non dalla posizione.

 I comitati permanenti: la riunione è il mezzo principale utilizzato nelle organizzazioni (anche sanitarie) per facilitare l'adattamento tra le diverse unità.

Quando le riunioni vengono istituzionalizzate e cioè quando l'azienda designa in modo formale i partecipanti e ne prevede talvolta anche lo svolgimento su base regolare, le riunioni divengono parte dell'organizzazione formale.

L'istituzionalizzazione si verifica quando fra i membri di varie unità è necessario un contatto ampio e regolare, almeno per un certo periodo di tempo, per discutere i problemi.

— I manager integratori: costituiscono una posizione di collegamento con l'autorità di tipo formale; si pensi nelle unità operative ospedaliere alla posizione della capo sala.

Il potere formale del manager integratore investe sempre alcuni aspetti dei processi decisionali che «attraversano» i dipartimenti o le unità organizzative coinvolte, ma per definizione non comprende mai un'autorità formale sulle persone appartenenti a tali dipartimenti od unità.

Se questo si verificasse il manager integratore cesserebbe di essere tale

diventando il responsabile del dipartimento od unità.

Per controllare il comportamento delle unità che deve integrare, il manager integratore deve utilizzare la sua autorità decisionale e cosa più importante, il suo potere di persuasione e negoziazione.

— La struttura a matrice: utilizzando la struttura a matrice l'azienda evita di scegliere una base di raggruppamento a scapito di un'altra, adottandole entrambe, e di conseguenza rinunciando al principio dell'unitarietà del comando.

Si possono distinguere due tipi di strutture a matrice: una struttura permanente, quando le interdipendenze sono stabili e di conseguenza la stessa caratteristica si estende alle unità ed alle persone che vi operano; una struttura temporanea adatta alla realizzazione di progetti quando le interdipendenze, le unità e le persone che vi operano si modificano frequentemente.

La progettazione del sistema decisionale

Dopo che le unità sono state progettate (o riprogettate) sembra appropriato affrontare il problema di quali decisioni ciascuna di esse dovrebbe assumere.

Quando tutto il potere di assumere decisioni risiede in un unico punto dell'organizzazione — in ultima analisi nelle mani di una sola persona — parliamo di struttura accentrata; nella misura in cui tale potere è diffuso tra molte persone, parliamo di struttura decentrata.

Tra le diverse forme di decentramento, di particolare interesse in quanto molto diffusa nei modelli professionali, è il decentramento orizzontale in cui l'organizzazione si affida in misura rilevante alla conoscenza specialistica e 76 G. Pontello

di conseguenza deve attribuire il potere a chi la possiede e quindi agli esperti (i professionisti), siano essi nello staff di supporto, nel nucleo operativo o nella linea intermedia.

In questo stadio l'organizzazione utilizza le conoscenze di un'ampia gamma di esperti e formalizza in misura crescente il potere che attribuisce loro.

Gli esperti non consigliano semplicemente ma partecipano attivamente all'assunzione delle decisioni.

La dipendenza dell'organizzazione dagli esperti e la loro collocazione nell'ambito della struttura determinano la quantità di potere di cui questi vengono a disporre.

Un tipico esempio è dato dalla presenza di professionisti nell'organizzazione, quali esperti per eccellenza nel loro settore specifico; maggiore è la presenza di professionsti in un'azienda, più la sua struttura risulta decentrata; i professionisti richiedono nel loro lavoro una considerevole autonomia e poiché il coordinamento è realizzato principalmente attraverso la standardizzazione delle capacità, il potere è detenuto dagli operatori alla base della gerarchia (nella sanità da medici ed infermieri).

Nel modello organizzativo di tipo professionale larga parte del potere sull'attività operativa è quindi detenuto dalla base dell'organizzazione, ovvero dai professionisti del nucleo operativo i quali trattano con i clienti/utenti solitamente in modo diretto e personale e sono soggetti soltanto al controllo sociale dei colleghi che dapprima li hanno formati e successivamente si riservano il diritto di censurarli nel caso di comportamenti contrari all'etica professionale.

Nei modelli organizzativi di tipo professionale i professionisti non solo controllano il proprio lavoro, ma ricercano e richiedono anche il controllo collettivo sulle decisioni amministrative e direzionali che li riguardano garantendosi che le decisioni di questa parte dell'organizzazione siano formulate da specialisti appartenenti alla professione. Si pensi a questo proposito al direttore sanitario per l'area professionale medica ed al dirigente infermieristico per l'area professionale infermieristica.

Alla luce delle considerazioni fatte risulta evidente che il modello organizzativo di tipo professionale rappresenta — a differenza soprattutto dei modelli di tipo tecnico — un'organizzazione piuttosto democratica. Pertanto è conveniente per ogni operatore rendere più «professionale» la sua mansione attraverso:

- la richiesta di conoscenze e capacità considerevoli (che derivano dalla necessità di dare risposte a bisogni specifici della popolazione);
 - l'inserimento della formazione di base nelle Università;

— la creazione e/o sviluppo di associazioni che fissino standard generali per proteggere le conoscenze/capacità acquisite.

In questo modo l'operatore raggiunge quello che in altri modelli organizzativi (soprattutto nei modelli tecnici) da sempre gli sfugge, ovvero il controllo sul suo lavoro e sulle decisioni che lo influenzano.

SETTORI MEDICI ED AREA CRITICA: LE DIVERSITÀ DELL'OTTICA

L. LARSEN (relatore)

IP di cardiologia U.S.A. - O.C. PORDENONE

Dall'inizio della professione di nursing, il nostro ruolo come infermieri è stato dipendente e collegato alla professione del medico. La nostra professione ha sempre seguito l'organizzazione e la struttura medica. La nostra professione, e come possiamo praticarla, è sempre stata regolata dai medici.

Però la professione del medico si è sviluppata in una serie di specialisti e subspecialisti. Il paziente che sopravvive ad una operazione maggiore potrebbe avere quattro o cinque apparati coinvolti nell'operazione. Così, la terapia del paziente in condizione critica viene frequentemente divisa in vari settori. C'è un medico per ogni apparato coinvolto. C'è parcellazione della persona e delle cure. C'è divisione del paziente in organi ed apparati.

Anche le terapie intensive dell'Area Critica sono state divise nelle loro rispettive specializzazioni: rianimazione, trauma, terapia intensiva, ustioni, unità coronarica. E così, le infermiere che lavorano in questi settori diventano specialisti. Oggi, i pazienti che vengono ricoverati nell'ospedale sono più anziani e hanno una serie di problemi più complessi dei pazienti di dieci anni fa. Con l'evoluzione della tecnologia medica e la complessità del paziente nell'Area Critica, esiste una sfida per l'infermiera professionale.

L'infermiera professionale è forzata a sviluppare e ad utilizzare la sua destrezza e conoscenza per sopravvivere nell'Area Critica.

Perciò esiste una infermiera dotata di talento in specifici settori dell'Area Critica ma la sapienza in generale del paziente in condizione critica potrebbe

essere limitata.

Per esempio, l'infermiera dell'unità coronarica ha fiducia nella capacità del suo lavoro, però potrebbe avere dei dubbi nella sua capacità se fosse chiamata a lavorare in sala di rianimazione o trauma. La nostra assistenza per il malato non dovrebbe essere così specifica, se vogliamo essere considerati professionisti e colleghi con i medici.

Naturalmente, ci sono delle differenze fondamentali fra l'Area Critica e l'assistenza medica e infermieristica, specificamente le diagnosi che usiamo

nella nostra pratica e «Nursing Process».

Il medico concentra la sua diagnosi su un certo processo di malattia. Al contrario, l'infermiera si concentra sulle diagnosi infermieristiche dei problemi del paziente, quelli che corrispondono direttamente alla malattia e quelli che non sono in relazione alla malattia. Le diagnosi infermieristiche considerano la diagnosi e la terapia del medico — però noi consideriamo anche le reazioni del fisico e reazioni emozionali del paziente alla condizione critica.

Generalmente, l'intenzione della diagnosi del medico è di ordinare una terapia per fermare, cambiare o curare una malattia. Tipicamente, questa terapia consiste di: dieta, compresse, flebi, chirurgia e fisioterapia. Invece, l'intenzione della diagnosi di nursing è di seguire la terapia per *sollevare* i problemi del paziente. L'assistenza infermieristica include interventi fisiologici, educazione del paziente, interventi durante una crisi, consulenza e collaborazione con altri professionisti.

Di solito la diagnosi del medico è statica e fissa durante il corso del ricovero del paziente in condizione critica. Invece, la diagnosi di nursing è variabile e flessibile, riflettendo l'alterazione dinamica e i bisogni del paziente durante il corso del ricovero. Le diagnosi non rimangono le stesse per il ricovero.

L'ultima differenza fra le diagnosi del medico e le diagnosi di nursing è che le diagnosi del medico sono brevi. Al contrario, le diagnosi di nursing sono più complicate e si riferiscono non soltanto allo stato fisico del paziente, ma ai componenti psico-bio-sociali. La diagnosi di nursing è un modo di essere responsabile fra altri infermieri professionali, il pubblico, altri professionisti e il medico.

Con queste differenze fondamentali, è ovvio che non possiamo parcellizzare il paziente in pezzi. Dobbiamo vedere il malato in condizione critica in una maniera globale.

Le pagine della storia infermieristica si sfogliano. Siamo professionisti e la legge regola la nostra pratica e autonomia. Possiamo realizzare solo una cosa dell'assistenza in Area Critica — il cambiamento rapido.

Oggi, usiamo il piano di nursing, cartelle infermieristiche e diagnosi di nursing. Il nostro lavoro si sta sviluppando con la collaborazione di altri professionisti. Con questa attività dinamica, il nursing nell'Area Critica è pronto per una cosa soltanto: *cambio!*

- 1) un cambio degli obiettivi infermieristici;
- 2) un cambio dell'assistenza infermieristica;
- 3) un cambio della nostra ideologia nei confronti del malato in condizione critica;
- 4) un cambio nella preparazione professionale dell'infermiere di Area Critica:
- 5) un cambio nel giudizio dei medici nei confronti della professione di nursing.

È imperioso che questi cambi si eseguino!

Una persona complessa è completa. Esistono diverse facce comprese in una persona. Questa è la fisionomia del paziente di oggi nell'Area Critica.

È arrivato il tempo per l'unificazione del malato con l'infermiera professionale che sa fare e dare l'assistenza in una maniera holistic e totale.

Lo sviluppo di questo corso dell'Area Critica è ottimo per arrivare a quest'unificazione.

Ho recentemente letto la storia di questa idea e ho parlato con molti in-

fermieri in Italia di questa idea. Anche per un punto di riflessione, ho la mia esperienza in Area Critica negli Stati Uniti.

Secondo me, è ora di abbandonare l'organizzazione dell'Area Critica in

specifici settori e praticare l'assistenza globale.

In America, «l'infermiera dell'Area Critica» è il certificato di studio più valutato per l'infermiere. L'American Association of Critical Care Nurses ha definito il «critical care nursing» e ci sono tre componenti essenziali. Questi componenti sono:

1. il paziente in condizione critica;

2. l'infermiera dell'Area Critica;

3. l'ambiente in cui si opera: dove e come l'assistenza di nursing viene fatta.

Primo, il paziente in condizione critica. Con la proposta per la formazione dell'infermiere dell'Area Critica, il paziente deve essere visto come un'unità psico-bio-sociale. Una persona con bisogni che dall'inizio alla fine del ricovero deve avere una migliore assistenza. Il paziente in condizione critica non dovrebbe essere diviso come un gruppo di diagnosi o di malattie, solo seguito globalmente.

Secondo, c'è l'infermiera dell'Area Critica. L'infermiera deve ricevere la

preparazione superiore per l'efficienza di questa proposta.

Terzo, l'ambiente del lavoro. Come intende la proposta, l'assistenza al paziente in condizione critica non è limitata solo all'ospedale. L'infermiere potrebbe lavorare in qualsiasi ente dove si trova una persona con problemi critici o problemi potenzialmente critici. Così, l'infermiera deve possedere la capacità di attuare autonomamente interventi infermieristici, senza l'aiuto dell'analisi, di altri professionisti o di apparecchiature. L'infermiera deve provvedere al nursing care del paziente critico.

Naturalmente, nell'intervento nell'ambito della struttura ospedaliera, l'infermiera dell'Area Critica ha il supporto di altri professionisti che l'aiutano

nell'assistenza completa e globale.

Vedo certi vantaggi e svantaggi nell'idea dell'assistenza globale per il ma-

lato in condizione critica.

Primo, è più importante, per il paziente ricevere l'assistenza per i suoi bisogni in qualsiasi reparto o situazione d'emergenza. L'assistenza specifica potrebbe essere programmata per un paziente in modo unificato; non secondo un signolo settore di Area Critica. Sulla base di questa idea, ci dovrebbero essere abbastanza infermiere con preparazione in Area Critica per provvedere all'assistenza in questa maniera.

Secondo, se c'è una mancanza di infermieri in un reparto (per esempio rianimazione) ma ci sono tanti infermieri in un altro reparto (per esempio terapia intensiva), l'infermiera in più potrebbe andare in un'altra area per

aiutare.

L'infermiera di Area Critica dovrebbe essere esperta nelle osservazioni,

nelle conoscenze e in soluzioni dei problemi che confrontono il malato in condizione critica. Questo tipo di infermiera non può essere un'infermiera formata solo per ciascun singolo settore di Area Critica. L'infermiera dovrebbe avere la possibilità di *fare* e *dare* l'assistenza al paziente in qualsiasi fase di condizione critica — malgrado la diagnosi o la malattia.

Terzo, con l'osservazione del paziente intero, l'infermiera potrebbe vedere altri fattori che hanno contribuito alla condizione o problema del malato. La visione globale del paziente potrebbe includere una intervista con la famiglia del paziente, per scoprire se ci sono problemi a casa. Si possono anche scoprire i fattori di *stress* che potrebbero cambiare il tempo del ricovero del paziente in condizione critica. L'infermiera di Area Critica dovrebbe avere dati psicobio-sociali in addizione a quelli clinici e diagnostici.

In Area Critica non basta utilizzare delle apparecchiature, monitorare l'evoluzione clinica e fare interventi infermieristici. L'infermiera deve avere la capacità di ascoltare, comunicare e rispondere ai bisogni del paziente. L'infermiera professionale si deve comportare in una maniera che aumenta l'individualità del malato come una persona normale. Questo concetto è la differenza fondamentale fra l'assistenza parcellizzata del medico e l'assistenza unificata dell'infermiera.

Tutte le fasi dell'assistenza nell'Area Critica sono collegate l'una all'altra. L'assistenza è dinamica e cambia spesso, secondo i bisogni del malato e di nessun altro.

In conclusione, è ovvio che ci sono differenze fra la professione del medico e *nursing* in Area Critica. Non dobbiamo perdere di vista il paziente intero. Il nostro obiettivo è dinamico e sempre in evoluzione. Ci sono forze che accellerano questa evoluzione che vediamo davanti a noi nell'Area Critica. Dobbiamo affrontare e sostenere questa evoluzione per determinare il futuro di *nursing* in Area Critica.

Bibliografia

- AACN, Standards for nursing care of the critically ill, Reston, V.A: Reston Publishing Co., 1981.
- K. Andreoli, C. Thompson: The nature of science in nursing, Image 9: 32-37, 1977.
- N. Bore, D. Nikas, J. Stark, S. William: AACN Core curriculum for critical care nursing, Philadelphia: W.B. Saunders Publishing Co., 1981.
- Documento di ANIARTI: Precisazioni sulla situazione degli infermieri in Italia, 1989. Documento di ANIARTI: Problematiche assistenziali ed organizzative e proposte per la formazione dell'infermiere dell'Area Critica, 1990.
- E. Drigo: Una presenza significativa degli infermieri, VII° Congresso Nazionali ANIAR-TI, 1988.
- N. Holloway, Nursing the critically ill adult: Applying nursing diagnosis, Menlo Park: Addison-wesely Publishing Co., 1984.
- C. Pegoraro, L. Rigon, Le prestazioni infermieristiche, VII° Congresso Nazionale ANIARTI, 1988.

UNO SCHEMA ORGANIZZATIVO PER L'AREA CRITICA

G. PITACCO (1), A. SILVESTRO (2).

(1) IID - Direttrice Scuola V.I. - TRIESTE

(2) IID - Responsabile Aggiornamento USL 7 - UDINE

L'obiettivo che come ANIARTI ci proponiamo con questa relazione è presentare e poi ampiamente dibattere, uno schema organizzativo per l'Area Critica intesa non più o non solo come un insieme di strutture di tipo intensivo ma anche come un insieme di situazioni caratterizzate dalla criticità delle condizioni bio-psichiche della persona e dalla complessità degli interventi infermieristici.

Prima di presentare la proposta vera e propria, riteniamo importante esaminare, insieme, il contesto organizzativo nel quale operiamo per individuare

i punti di maggiore tensione e criticità.

Dodici anni fa ed esattamente nel '78 con la promulgazione della legge di riforma sanitaria n. 833, nasceva nel nostro paese un nuovo sistema sanitario: il Servizio Sanitario Nazionale, le novità che la riforma proponeva erano notevoli e profonde. Cambiava il quadro organizzativo; si prevedevano tre livelli di intervento: quello nazionale, quello regionale e quello locale (le UU.SS.LL.).

Cambiava inoltre, il modello cognitivo di riferimento. La tutela della salute come dovere dello Stato e come diritto del cittadino; l'idea di salute non veniva più intesa solo come assenza di malattia ma come ricerca continua di equilibrio bio-psico-sociale e quindi di benessere globale della persona.

In tale ottica il momento curativo perdeva la sua centralità per fondersi ed integrarsi con altri due momenti: quello della prevenzione e quello della riabilitazione. Si veniva introducendo il concetto di salute intesa come risultato di un processo circolare continuo tra i momenti della prevenzione, della cura e della riabilitazione.

Schema 1

La carente «costruzione» del cambiamento e le notevoli resistenze opposte allo stesso dovute in parte, oltre che alle difficoltà organizzative, anche alla mantenuta centralità del momento curativo a fronte di quello preventivo e riabilitativo, hanno spinto verso una ancor maggiore medicalizzazione dell'intervento sanitario, portando al centro del nuovo sistema organizzativo la struttura ospedaliera anziché quella territoriale.

Ad una sempre maggiore e diversificata domanda sanitaria si rispondeva

con la medicalizzazione ed ospedalizzazione spinta che diveniva, ed è tutt'ora, il momento nodale della risposta sanitaria alla domanda di salute dei cittadini.

È ormai noto che in sanità è l'offerta che genera la domanda e che di conseguenza un'offerta basata sulla parcellizzazione dell'intervento curativo, sulla somministrazione del farmaco come risolutore di qualsiasi problema, sulla tecnologia sempre più sofisticata e lontana, induceva e induce una sempre maggiore domanda di ricoveri ospedalieri, di farmaci, di esami, di consulenze, da cui ancora e di più una organizzazione medicocentrica con sempre maggiore aumento di nuovi reparti, servizi, istituti, ambulatori e ... risettorializzazione di reparti, di servizi, istituti, ambulatori ecc...

Siamo cioè arrivati al punto in cui sono necessarie sempre maggiori risorse, investimenti, personale, tecnologie, primariati per dare *forse*, come output del sistema organizzativo la salute ma molto più probabilmente per dare un numero maggiore di visite, farmaci, ricoveri, interventi operatori, visite di controllo, richiesta di ulteriori esami e quindi ancora aumento di investimenti, necessità di un numero maggiore di personale, necessità di specializzazioni ulteriori non solo del medico ma anche dell'infermiere; magari necessità di creare altre figure sanitarie per sopperire alla mancanza di infermieri come ad esempio il tecnico di anestesia, l'operatore tecnico addetto all'assistenza ecc...

Schema 2

In sintesi, alla sempre più complessa e diversificata domanda di salute, intesa come costante ricerca di equilibrio bio-psico-sociale, si risponde non con prestazioni sanitario assistenziali attente alla globalità della persona e alla sua qualità di vita, ma con interventi tecnico sanitari orientati alla cura del sintomo o alla rimozione della causa fisica. Tali interventi risultano efficaci solo se basati sulla concezione dell'uomo come sommatoria di apparati ed organi che a loro volta sono il risultato della somma di parti di organi ed apparati.

Diventa quindi vincente chi inventa tecniche sofisticatissime di interventi anche se ingestibili per le scarse risorse umane a disposizione; chi ha le attrezzature più avanzate tecnologicamente; chi ha le liste di attesa; chi ha un organico abbastanza pingue di personale «paramedico» magari formato anche da alcuni infermieri professionali.

In realtà il modello cognitivo con cui ci confrontiamo quotidianamente non è più quello proposto dalla legge di riforma sanitaria ma quello che vede al centro di tutta l'organizzazione la cura ovvero il medico con tutti gli altri operatori, cittadino ammalato compreso, che gli ruotano attorno.

Basandosi su questo modello cognitivo, il presidio ospedaliero, struttura nodale del sistema sanitario, ha mantenuto un'organizzazione del lavoro di tipo tecnico in cui si evidenzia:

- una costante parcellizzazione delle attività in precisi percorsi tecnici con utilizzo di principi «precodificati» per definire le azioni prioritarie;
- un costante utilizzo delle persone per «eseguire» le attività predefinite e per «applicare» i criteri decisori considerati spesso da «altri» ottimali.

Da cui «l'incomprensibile» richiesta di maggiore autonomia operativa da parte degli infermieri; la difficoltà anche nel prevedere, non dico un servizio, ma un ufficio infermieristico a cui riconoscere pari dignità di altri uffici e a cui, quindi, dare responsabilità di programmazione, organizzazione, coordinamento e controllo dei servizi infermieristici stessi, della promozione del nursing, del controllo della qualità delle prestazioni infermieristiche.

Gli infermieri dell'Area Critica prima di altri, forse, hanno sentito «pesante» questa organizzazione parcellizzata del processo di lavoro, frustrante la perdita di una visione unitaria del soggetto ammalato, demotivante la difficoltà di inviduare e soddisfare bisogni che non rientrano nella predeterminazione dei compiti affidati. Fare assistenza utilizzando il nursing è qualcosa di molto diverso; significa utilizzare il processo assistenziale, metodologie scientifiche, avere la possibilità di impostare autonomamente gli interventi assistenziali specifici, di autovalutarli, di avere quindi un preciso campo di intervento e di essere considerati membri dell'equipe assistenziale e protagonisti nella implementazione del processo di assistenza.

È indispensabile, quindi, il cambiamento. Ma cambiare, come?!! Da dove iniziare???

Un'organizzazione sanitaria può dirsi efficace nel momento in cui è in grado di fornire prestazioni qualitativamente elevate in qualunque momento e in qualsiasi ambito della struttura.

Persone in condizioni vitali critiche e pertanto in rischio di vita, non sempre si trovano nelle strutture sanitarie organizzate precipuamente per affrontare questo tipo di problemi come ad esempio le Terapie Intensive.

Possono trovarsi infatti, in strutture la cui organizzazione medicoinfermieristica è impostata su valenze assistenziali di minore emergenza, complessità e supporto tecnologico, come ad esempio i reparti di base, gli istituti, i servizi o addirittura a domicilio o sulla strada.

Da cui l'idea infermieristica di Area Critica intesa non più solo come un insieme di strutture di tipo intensivo ma anche come un insieme di situazioni caratterizzate dalla «criticità» dell'ammalato e dalla complessità dell'intervento infermieristico.

L'infermiere assiste la persona in condizioni critiche dal momento in cui si verifica la situazione a rischio fino a quando l'ammalato viene ritenuto fuori pericolo, cioè in condizioni di relativa stabilità.

Quale schema organizzativo ipotizzare quindi, per questo tipo di concettualizzazione?

Pensiamo ad una specie di dipartimento che prevede al suo interno tutte le strutture attualmente definite di tipo intensivo o di emergenza; tale dipartimento è però concepito come un sistema elastico e disponibile a dilatarsi fino a comprendere per un *periodo di tempo definito* anche quei luogi precisi come ad esempio una stanza di degenza o altro, in cui un paziente entra in situazione di criticità vitale e richiede quindi un intervento infermieristico caratterizzato da una maggiore competenza e complessità assistenziale.

Schema 3

Alla risoluzione della situazione di criticità l'Area Critica si ridimensiona in relazione alla diversa attualità assistenziale.

Schema 4

Le variabili organizzative che consideriamo nell'ipotesi presentata sono:

- la struttura organizzativa;
- il potere organizzativo:
- i meccanismi operativi.

La struttura organizzativa

I caposala, gli infermieri ed il personale ausiliario assegnati alle unità operative che fanno permanentemente parte dell'Area Critica (ad esempio, il Pronto Soccorso, la Rianimazione, l'Unità coronarica ecc...) saranno gestiti e coordinati da un infermiere dirigente membro dell'ufficio infermieristico della struttura ospedaliera considerata.

Quest'ultimo avrà costanti rapporti funzionali con gli altri infermieri dirigenti responsabili delle rimanenti aree ospedaliere e con il responsabile infermieristico della rete d'emergenza territoriale.

L'infermiere dirigente gestirà inoltre direttamente un «Pool» di infermieri professionali specializzati nell'assistenza al paziente in condizioni critiche che saranno coloro che assicureranno la consulenza o l'intervento tempestivo e competente quando si verificheranno situazioni di emergenza/criticità nei reparti non intensivi o in altri luoghi della struttura ospedaliera.

Gli organici delle unità operative inserite permanentemente nell'Area Critica saranno flessibili e definiti in base ad una continua valutazione del carico di lavoro rilevato e comunque saranno rispondenti alla necessità di fornire prestazioni assistenziali congruenti con il livello di qualità concordato con le diverse equipes assistenziali.

Schema 5

Ogni unità operativa dovrà prevedere la presenza di almeno un infermiere specializzato nell'assistenza alla persona in condizioni critiche nelle 24 ore. Per tutti gli infermieri professionali e soprattutto per gli infermieri specializzati si dovrà prevedere una rotazione almeno annuale nelle varie unità operative permanentemente inserite nell'Area Critica.

Per gli infermieri specializzati si programmerà inoltre, un periodico inserimento nel «Pool» di pronto intervento che garantirà le prestazioni necessarie nelle 24 ore.

Il potere organizzativo

Nello schema organizzativo presentato, lo stile di direzione più congruente con la gestione della complessità organizzativa, del livello di incertezza dei fattori di ingresso al sistema (domanda-bisogni, risorse economiche, risorse umane ...), del livello di interdipendenza dei fattori organizzativi e del livello di decentramento discrezionale richiesto dalle prestazioni assistenziali risulta essere quello partecipativo.

Una gestione partecipata quindi sia da parte dell'infermiere dirigente nei confronti dei caposala che da parte dei caposala nei confronti degli infermieri e del personale ausiliario.

Lo stile di direzione partecipativo troverà concreta attuazione nelle riunioni di coordinamento all'interno di ogni unità operativa, fra i caposala delle diverse unità operative sia quelle inserite permanentemente nell'Area Critica, sia quelle che ad essa possono afferire, sia infine fra gli infermieri dirigenti responsabili delle diverse aree.

Tale strutturazione permetterà un continuo *ancoraggio* fra i problemi rilevanti nell'erogazione delle prestazioni assistenziali e i problemi connessi alla pianificazione e al coordinamento generale. In tal modo si porranno le basi per una futura direzione per obiettivi.

La direzione per obiettivi induce gli attori organizzativi a spostare la loro attenzione dagli atti assistenziali ai risultati di qualità concordati.

I meccanismi operativi.

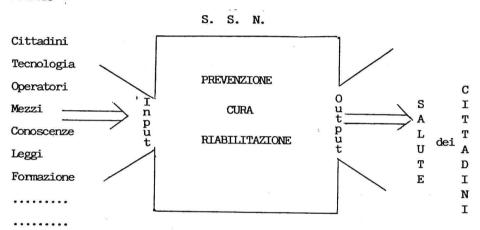
Sono gli elementi dinamici dell'ipotizzato sistema organizzativo e sono rappresentati dal sistema informativo, dallo sviluppo professionale degli operatori, dai meccanismi di integrazione, cioè dall'insieme di mezzi, strumenti, modalità di lavoro e di comunicazione che consentono una continua integrazione tra i membri dell'equipe, tra le diverse equipes e tra queste ultime e l'organizzazione in senso lato.

Intendiamo cioè parlare della cartella infermieristica o meglio ancora della cartella integrata di sistemi informatici, di protocolli e procedure per l'assistenza, di analisi del fabbisogno formativo, di formazione permanente, di gruppi di lavoro e di ricerca per la definizione degli standards di qualità e così via.

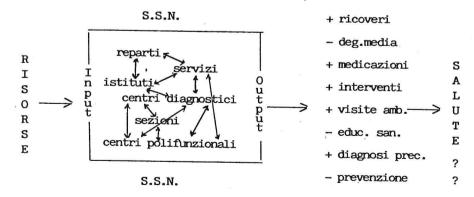
Quanto descritto non è un punto di arrivo ma rappresenta una prima sistematizzazione di idee, valori, modelli di riferimento che si ispirano alla filosofia del nursing. L'interiorizzazione dei princípi ispiratori del nursing, la consapevolezza della necessità di formare infermieri sempre più competenti nell'affrontare situazioni assistenziali critiche e complesse sono passaggi obbligati ma non sufficienti per fornire prestazioni di qualità.

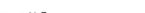
È necessario incidere anche sull'organizzazione che nella realtà attuale rappresenta di fatto l'ostacolo maggiore per la realizzazione di un'assistenza per la persona.

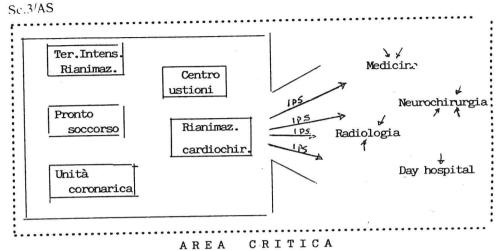
Sc.1/AS



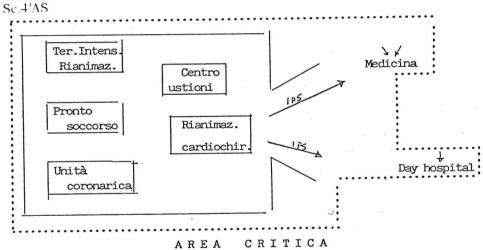
Sc.2/AS

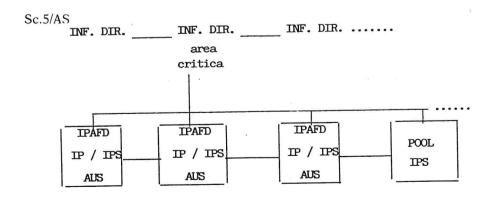












ASSEMBLEA DEI SOCI

.

ASSEMBLEA GENERALE DEI SOCI ANIARTI

Relazione del Presidente

L'ANIARTI è nata come associazione «paramedica» ma subito è diventata un'associazione infermieristica.

Si è sviluppata un'autonomia organizzativa con uno sforzo notevole in

fatto di energie e di creatività.

Ma ci siamo riusciti ed abbiamo imparato a crearci uno spazio di risorse e di strumenti per lavorare alla costruzione di un'unità tra gli infermieri che lavorano con il malato in condizioni critiche.

Importantissima è stata la volontà di rimanere aggrappati ai problemi quotidiani dei malati e degli infermieri. Problemi che possono sembrare non così vicini al singolo, a ciascuno di noi mentre lavora, ma che in realtà sono quelli che ci condizionano pesantemente.

Abbiamo scelto di dedicare il nostro lavoro a quei problemi legati alla nostra professione comune, che determinano le nostre condizioni di lavoro

e la qualità dei suoi risultati.

 Problemi quali la ricerca degli elementi specifici nostri, infermieristici, del nostro operare per iniziare ad avere un fondamento scientifico nostro;

— problemi legati alla professionalizzazione del nostro intervento, abbandonando l'immagine e la caratteristica solo esecutiva, per iniziare ad esigere di impiegare la nostra capacità di analisi dei bisogni dei malati, la nostra capacità di decisione delle migliori soluzioni ai problemi di assistenza;

— problemi legati alla necessità di ottenere una formazione specifica per

le caratteristiche peculiari e complesse del nostro lavoro;

problemi legati alla improcrastinabile necessità di andare verso un'autonomia professionale per il nostro specifico, dalla professione medica.

Nel frattempo, mentre in generale a livello di intera associazione si è lavorato su questi temi, in moltissime realtà locali, l'ANIARTI ha stimolato lo studio, l'analisi, la ricerca di un'ottimizzazione dei singoli aspetti del lavoro nei confronti dei malati, le tecniche, le procedure, i metodi, i protocolli, gli standards, gli strumenti informativi, ecc.

C'è stata cioè una crescita generale dell'associazione che proprio per questa attività diffusa sia a livello sociale che a livello nazionale, rappresenta oggi un momento molto propositivo e un punto di riferimento nella realtà

infermieristica.

Ciascuno di noi oggi deve pensare di far parte di un gruppo di infermieri che hanno costruito nella sanità e nella società un elemento di differenza verso il miglioramento di una situazione che manifesta anche palesi segni di degenerazione. Su alcuni momenti principali comunque ritengo valga la pena di soffermarsi per delle considerazioni: l'aspetto organizzativo dell'associazione; l'istituzione di corsi di metodologia della ricerca; la rivista; il progetto ANIARTI di corso di specializzazione in Area Critica.

1. Organizzazione:

Ad Assisi due anni fa l'assemblea dei soci ha approvato la modifica dello statuto che ha sancito il passaggio da una gestione iniziale più centralizzata, verso una più ampia partecipazione dei soci e degli organi decisori ed esecutivi nella conduzione e nella gestione dell'attività della associazione.

In questi due anni si sono poste le basi per un nuovo modo di suddividere il lavoro secondo settori di competenze specifiche di tipo culturale od organizzativo e per tentare nuove formule organizzative per i vari aspetti ed attività che man mano si sviluppano.

Contemporaneamente a questa necessaria evoluzione dell'organizzazione interna, è intervenuto un incredibile aumento della quantità e qualità del lavoro associativo:

- 1) la presenza di rappresentanti ANIARTI o soci in congressi, manifestazioni, incontri, corsi, lezioni, gruppi di studio a vari livelli;
- 2) la realizzazione di congressi regionali ANIARTI, in Lazio due, Lombardia, FVG, Piemonte, interregionale in Umbria:
- 3) i rapporti con le altre associazioni, con le istituzioni locali e nazionali, altre organizzazioni;
- 4) si sono pubblicati gli atti dei convegni nazionali e di alcuni convegni regionali, che costituiscono ancora ulteriori momenti di diffusione di informazioni e conoscenze;
- 5) ogni anno si è organizzato un congresso nazionale che oltre a richiedere un notevole sforzo organizzativo, ha voluto sempre rappresentare una puntualizzazione della strada percorsa e la traccia di quella da percorrere: il tutto fatto da infermieri, per infermieri e per il cambiamento di una realtà che non ha ancora assunto sufficienti connotazioni di tipo infermieristico come sarebbe invece giusto.

2. Corsi sulla metodologia della ricerca:

Si sono organizzati due corsi per lo studio dell'introduzione alla metodologia della ricerca che hanno coinvolto oltre 50 partecipanti, nella convinzione che quella della ricerca sia una via maestra per dotarci di un fondamento professionale scientifico.

I partecipanti ai corsi hanno dato vita poi ad ulteriori gruppi di lavoro per lo studio, ad es., dei temi di ricerca dei congressi nazionali. Sarebbe opportuna la continuazione e l'evoluzione di una tale esperienza con l'utilizzazione degli apprendimenti nel campo della pratica professionale.

3. La rivista:

La rivista rappresenta l'organo ufficiale di espressione dell'ANIARTI. In questi due anni si sono sviluppate delle difficoltà per la realizzazione

ed il puntuale invio della rivista.

Difficoltà in parte derivanti da obiettivi problemi intervenuti per le persone coinvolte nella realizzazione della rivista stessa, problemi derivanti da difficoltà nell'incentivare la raccolta dei lavori da pubblicare, in parte derivanti da fattori esterni all'associazione di programmazione tipografica e in parte problemi di diffusione, spedizione e recapito non sono indifferenti.

Comunque quest'anno si sono ricercate strade alternative per divenire ad una soluzione maggiormente affidabile di un problema che è per l'associazio-

ne di primaria importanza.

È stato costituito, da parte del Consiglio Nazionale, un gruppo redazionale nelle persone di Bonzi Enrica, Adriano Paccagnella e Giuliana Pitacco in qualità di responsabile del gruppo, per la programmazione e la composizione della rivista. Il direttore nominato ad Assisi nell'88, Marco Braida, in seguito al cambiamento di incarico professionale (è diventato infatti responsabile organizzativo per l'istituzione della rete regionale dell'emergenza in FVG con l'introduzione sperimentale del numero telefonico unico 118 per l'urgenza sanitaria) ed in seguito alla materiale impossibilità di garantire una continuità costante, è stato sostituito nel ruolo di responsabile giuridico dal sottoscritto in quanto presidente dell'associazione e quindi anche del suo organo ufficiale. A Marco Braida va il ringraziamento dell'ANIARTI per aver dato a Scenario un volto nuovo ed aver costantemente stimolato un più avanzato concetto di rivista. La sua attenzione e supporto all'ANIARTI comunque restano.

Attualmente ci troviamo con gli ultimi due numeri '90 della rivista pronti per la stampa e si vedrà di superare gli ostacoli tecnici che pure sussistono. Si stanno comunque sperimentando delle formule alternative anche per il risparmio dei tempi di esecuzione della stampa.

4. Corsi di specializzazione per il FVG:

Un ulteriore obiettivo ANIARTI estremamente importante che in questi due anni ha trovato realizzazione è stato la formulazione del progetto di corso di specializzazione in Area Critica.

La specializzazione e quindi la definizine di una proposta organica è stata una delle più importanti aspirazioni dell'ANIARTI fin dalla sua costituzione. Un particolare ringraziamento va al gruppo di colleghi che su mandato del Consiglio Direttivo e Nazionale ANIARTI hanno dedicato molte giornate di studio a stendere il progetto: Adriana Dal Ponte, Luigi Donà, Luisanna Rigon, Chiara Pegoraro, Giuliana Pitacco, Annalisa Silvestro.

Su questo argomento c'è comunque ancora un fatto positivo che rappresenta un punto a favore sulla strada di veder legittimato a livello nazionale un programma unico per la formazione specialistica.

In seguito alle richieste ed agli stimoli dei soci ANIARTI la Regione FVG ha deciso d'istituire per tutto il territorio regionale e nei centri più importanti, il corso di specializzazione in Area Critica (non più anestesia e rianimazione ...).

Ha convocato l'ANIARTI come referente esperto ed ha adottato particolarmente il progetto ANIARTI per il corso.

Il corso partirà entro pochi giorni nelle città di provincia.

Anche in questo caso il Consiglio Nazionale e Direttivo uscenti si sentono di dover ringraziare il gruppo di soci del FVG che presso l'Assessorato Regionale ha lavorato per la realizzazione del progetto, e sono: Lucia Raffin, Miranda Blasic, Marco Braida, Annalisa Silvestro, Giuliana Pitacco.

La strada da percorrere è certamente ancora lunga. Certo intanto un punto fermo è già stato posto. Speriamo, e qui l'invito a lavorare a livello locale è rivolto a tutti per il comune interesse, che altre regioni seguano questa strada e che il tutto conduca ad una normativa nazionale unica in materia di specializzazione infermieristica di Area Critica perché questo è quello di cui attualmente c'è necessità.

Ci sono comunque movimenti in questo senso nelle Regioni Veneto, Trentino, Lombardia, Toscana, Lazio, Umbria.

Come si può dedurre da questa rapida sintesi presentata del lavoro ANIAR-TI di questi due anni di mandato di questo Consiglio Nazionale e Direttivo, si è fatta molta attenzione a continuare la strada dello sviluppo culturale perché questo ci garantirà sempre l'acquisizione di un'autorevolezza nel nostro campo professionale specifico.

In questo contesto si sono sviluppati anche contatti formali ed informali con altre forme organizzative di infermieri perché un cambiamento reale nella professione avverrà se si riesce a raggiungere una unità di intenti per il futuro.

Abbiamo ritenuto di interpretare questa aspirazione di unità anche nel considerare in ogni nostro progetto, in ogni nostra iniziativa, in ogni posizione espressa, la nostra appartenenza di gruppo specifico all'insieme della professione infermieristica. In questa ottica abbiamo lavorato ultimamente per portare il nostro contributo e per rendere palese la nostra analisi e proposta sul progetto di Disegno di Legge approvato dal Consiglio dei Ministri il 24 luglio 1990 sul riordino delle professioni infermieristiche. Abbiamo pertanto steso il documento che è stato distribuito qui e che intende essere il momento di chiarezza dell'ANIARTI in fatto di formazione infermieristica per il futuro.

Su questo, per tutta la professione, non solo per noi dell'ANIARTI, è im-

portante che ci pronunciamo copatti e risoluti. Da questo dipenderanno i risultati che possiamo ottenere.

In conclusione, possiamo fare un tentativo di bilancio soprattutto da Assi-

si '88 ad oggi.

Nel cambiamento organizzativo e comunque nel lavoro associativo sono stati evidenziati dei limiti oggettivi:

- una difficoltà ancora esistente nel raggiungere una omogeneità culturale all'interno dell'associazione;
- la difficile programmazione molto precisa di tutta l'attività derivante dalla grande quantità di lavoro da svolgere e complicato dal crescente impegno che ciascuno è costretto a profondere nell'esercizio della sua professione anche in seguito alla precaria situazione infermieristica nazionale;
- la materiale impossibilità di seguire tutti i fatti e quanto succede in Italia che interessa gli infermieri e che richiederebbe un intervento.

A fronte comunque di questi aspetti di limite possiamo fortunatamente registrare fatti positivi che sono realtà che promettono bene per il futuro.

L'ANIARTI non rappresenta, come all'inizio qualcuno ci definiva, un «nuovo motivo di divisione della professione infermieristica», anzi, forse è uno dei pià forti motivi di unificazione.

Le posizioni e le attività dell'ANIARTI sono attentamente valutate all'interno e all'esterno della professione. Le caratteristiche delle nostre iniziative sono uno stimolo anche per le altre organizzazioni infermieristiche.

Al Congresso della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI di ottobre, il Direttore dell'Istituto Superiore di Sanità ha citato l'ANIARTI come gruppo d'infermieri che sta facendo ricerca sul proprio specifico e che quindi rappresenta una garanzia di sviluppo corretto della propria professionalità.

Le idee ANIARTI di Area Critica e di specializzazione infermieristica di Area Critica, anche se in fase di elaborazione, sono comunque passate e stanno diventando patrimonio comune tra gli infermieri e in sanità in genere.

L'aver affrontato sempre argomenti legati alla realtà, generali certamente, ma con forti implicanze di cambiamento e innovazione nel quotidiano ha consentito di essere incisivi nella realtà nazionale.

L'aver tutti lavorato in termini di volontariato e liberi da aspirazioni di carriere, di tornaconti personali, di arrivismi vari, ha consentito di essere costantemente tesi agli obiettivi più generali e più importanti che ci siamo posti.

Certo alcuni disguidi dovuti soprattutto a difficoltà reali di tempo, di contatti e di comunicazione hanno limitato, ma anche per la soluzione di questo problema ci sono proposte già avanzate.

Quello comunque che ha fatto dell'ANIARTI un momento trainante nella realtà italiana non è stato il sentirsi un gruppo a parte, un gruppo che ricerca propri privilegi, ma solo un gruppo che vive quotidianamente grandi problemi, problemi esistenziali forse anche, propri e degli altri e la volontà ferma di tentare una soluzione nonostante gli scarsi incoraggiamenti esterni.

Questa spinta, e solo questa, questa voglia di vitalità che continua, spero e mi auguro possa essere ancora a lungo la riserva di energia per il resto della strada che l'Associazione deve percorrere. Finora molti si sono impegnati volontariamente e appassionatamente su un progetto che sta diventando di grande prospettiva per tutta la professione e per la sanità italiana. Chi ha intenzione di lavorare per questo progetto, senza porsi solo obiettivi personali, chi ha voglia di maturare un'esperienza anche d'incontro con molti colleghi e realtà diverse, chi comunque ritiene che gli infermieri dell'Area Critica possano cambiare una realtà non più tollerabile è invitato, ma anche stimolato dai risultati reali possibili, a partecipare attivamente alla vita dell'ANIARTI.

GRUPPO DI RICERCA ANIARTI SUL TEMA: NELLA REALTÀ DEL MORIRE: L'INFERMIERE NEL RUOLO DI MEDIAZIONE TRA VISSUTO ED ASSOLUTO

NELLA REALTÀ DEL MORIRE: IL RUOLO DI MEDIAZIONE DELL'INFERMIERE PROFESSIONALE TRA IL VISSUTO E L'ASSOLUTO

FRANCESCO STANGANELLO (relatore)
IPSAFD - Rianimazione Osp. Civile Palmi (RC)

Introduzione

Il titolo di questa sessione parla di morte, del ruolo dell'infermiere, di vissuto e di assoluto.

Perché abbiamo deciso di intraprendere questo percorso che, chiaramen-

te, non si completerà in questa sede?

Abbiamo deciso di parlare di morte, di individuare un ruolo dell'infermiere, perché egli vive costantemente con essa, perché sviluppare queste tematiche è una necessità vitale per la professione, affinché la nostra professione abbia un ruolo nella società e sia capace di proporre e promuovere idee e valori tesi a migliorare la vita dell'uomo.

In passato, abbiamo assunto come filosofia del nostro operato il *nursing*, cioè l'assistenza globale all'uomo, tuttavia dobbiamo ammettere a noi stessi che su queste tematiche registriamo notevoli ritardi di elaborazione.

Non si può assumere l'uomo come obiettivo del proprio essere professionista se si è trascurato un aspetto rilevante ed importante della vita di quest'ultimo, la morte.

Quindi, oggi decidiamo di parlare del processo del morire, della morte

e dell'uomo.

Si è voluto, nell'avviare questo processo di riflessione, analizzare alcuni elementi che concretamente condizionano l'atteggiamento dell'uomo di fronte alla morte: «l'assoluto» ed «il vissuto».

Con il termine assoluto si può intendere il dato inconfutabile che mai

può venir meno nella vita dell'uomo, la morte.

Per vissuto intendiamo la sintesi tra assoluto e le condizioni di vita offer-

te dalla società.

Esistono varie elaborazioni del concetto di morte nelle filosofie che si sono succedute nell'esistenza del genere umano, ma sostanzialmente, l'attuale società, dopo aver smantellato schemi culturali, tesi a razionalizzare le angosce prodotte dalla morte, propri delle società passate, ha elaborato un'idea di morte negativa.

La società del progresso si è caratterizzata per una rapida evoluzione dei processi che l'hanno portata a perdere di vista l'obiettivo finale del suo agire, l'uomo, di conseguenza si è determinata in molti settori della vita di una disu-

manizzazione.

Nello sforzo di dare risposte ai problemi di salute dell'uomo si sono avuti

miglioramenti tecnologici e scientifici, si sono migliorati gli ospedali, tutto ciò ha portato ad un prolungamento della vita che è stato assunto, a volte, come valore assoluto senza badare alla qualità della vita stessa.

La cultura che deriva da questa impostazione, unitamente a valori edonistici che stanno diffondendosi nella società, ha prodotto una visione negativa della malattia e della morte, facendo aumentare nella gente delle aspettative che, a volte, hanno qualcosa di miracolistico.

Si tende sempre più ad ospedalizzare ammalati a cui rimane poco da vivere sperando che la medicina possa fare qualcosa.

Questa tendenza determina una serie di meccanismi che possono, concretamente, tradursi:

in un accrescimento di potere carismatico della medicina e del medico, di conseguenza;

- nell'illusione dei parenti e dei pazienti, in una prima fase;

— in una espropriazione del paziente dal diritto di vivere questa fase terminale della sua vita in modo preparatorio, con i suoi dubbi, le sue angosce, le sue paure (si pensi all'accanimento terapeutico e alle illusioni menzognere che esso crea nei parenti e nell'ammalato, al ridotto spazio che la manovre invasive-terapeutiche, lasciano al rapporto paziente-parente).

Molto spesso queste illusioni, queste speranze, lasciano il posto a frustrazioni, a solitudini; si pensi a cosa succede allorquando il medico da la notizia che per il paziente non vi è più nulla da fare; l'equipe viene pervasa da un senso di frustrazione, il paziente viene avvicinato solo lo stretto necessario (esecuzione della terapia, ecc.), il parente che prima veniva fatto entrare solo pochi minuti viene ora invitato a rimanere a lungo vicino ad esso, e tutto ciò per vincere, in un certo senso, i sensi di colpa che attanagliano l'equipe.

Questo senso di frustrazione si impadronisce anche dell'infermiere il quale rimane, tutt'oggi, succube culturalmente di una concezione che lo vede in funzione del medico anziché del paziente, e ciò è maggiormente evidente nel fatto che l'infermiere si sente a suo agio fin quando si interviene terapeuticamente, ma allorquando il campo è stato sgombrato dalle altre figure, egli non riesce a coprire gli spazi apertisi per il dialogo con il paziente se non con gesti, atteggiamenti, silenzi e frustrazioni che denotano la sua totale impreparazione a farsi carico di questo ruolo.

All'inizio di questa introduzione abbiamo affermato che è una necessità vitale per la professione porsi queste tematiche poiché noi intendiamo il professionista come persona capace di caratterizzare le scelte compiute dalla società incidendo su di esse con proposte ed idee, è una necessità vitale per la professione in quanto non si può pensare ad uno spazio futuro per l'infermieristica in una società che ha annullato il valore sociale della solidarietà umana da cui questa professione trae origine, perché non si può pensare ad una società che abbandoni totalmente questi valori e non si può pensare a noi stessi quali uomini lasciati a vivere in solitudine un così delicato processo qual'è quello del morire.

Chi avrà vicino il paziente ed il parente in questo momento? In questo percorso? Una figura professionale a cui la società (e perciò noi stessi) ha

attribuito questo complesso compito valorizzandola come portatrice di umanità? O si troverà affiancato da una figura, qual'è oggi, di infermiere impreparato, spaurito, vuoto e frustrato?

Vi è in quest'ultima ipotesi un grande pericolo per noi come professionisti e per il paziente. Si sta prospettando, infatti, sempre più in assenza di una nostra capacità autonoma di elaborazione su questi temi l'entrata in gioco di nuove figure, psicologi, sociologi, volontari ecc. che potrebbe tradursi per l'infermiere nella perdita di ambiti della propria professione.

Questo pericolo non va assunto come paura di perdere potere sul paziente, esso va, invece, visto come la possibilità concreta che si tolga all'infermiere l'essenza del suo essere riducendo questa figura ad un tecnico o ad un mini medico o a chi si occuperà di ricomporre, solo, la salma.

Questo pericolo va scongiurato come, deve essere evitato il pericolo che l'infermiere divenga solo un produttore di dati o una cavia per capire processi di stress, frustrazioni ecc., di fronte alla morte.

I pericoli, fin qui, elencati si ritorcerebbero immediatamente sul paziente in quanto si verificherebbe una parcellizzazione della sua area affettiva e psichica che riprodurrebbe in toto la già esistente parcellizzazione fisica.

Per evitare che questo processo assuma questo taglio vi è la necessità di una vera valorizzazione del ruolo dell'equipe dove l'infermiere, autenticamente, sia autonomo.

L'autonomia è un qualcosa che nessuno ci regala, essa è un processo che può avere inizio anche da questo primo momento. Questo è lo scopo delle relazioni che seguiranno, esse si sforzeranno di approfondire meglio gli argomenti toccati in questa introduzione, avendo ben chiaro che il lavoro, fin qui prodotto, non si è potuto avvalere di una elaborazione teorica né di una bibliografia infermieristica preesistente, ma in ciò consiste la sua originalità.

Si tenterà, nello specifico, di analizzare ed individuare un ruolo per l'infermiere di Area Critica, difronte al processo del morire, evidenziando le peculiarità ed i diversi bisogni del paziente che noi trattiamo.

Il paziente di Area Critica è, sicuramente, un paziente in cui il processo del morire può essere temporalmente ristretto all'arco di un'ora, di una giornata o anche di pochi minuti; per questo riteniamo che l'infermiere di Area Critica debba essere un professionista che abbia gli stessi strumenti dell'infermiere di corsia, ma una grande capacità di empatia, di adeguamento, di penetrazione nei problemi e di collegamento con i familiari che, molto spesso, sono i soli con cui si può interloquire (si pensi al paziente in coma).

Ancora una volta, si evidenzia la necessità per l'uomo accolto nell'Area Critica di essere assistito da un infermiere ad alta professionalità.

Bibliografia

E. Kubler Ross: *La morte e il morire*, psicoguide, terza edizione, Cittadella Editrice, Assisi, gennaio 1982, pp. 317.

AA.VV., Assistenza al malato terminale, Fabio Pighin, Edizione Scuola Maran, Pordenone marzo 1987, pp. 213.

,

VISIONE DELLA MORTE NEL TEMPO E NELLA CULTURA

ELLIANA CAPPELLO (1), MARCO PIAZZA (2)

(1) VI - Divisione di Nefrologia e Dialisi - Osp. «Bambin Gesù» - Ist. di Ricerca Scientifica - ROMA (2) IP - USL Faenza - Assistenza domiciliare

Si parla della morte come di una cosa remota, di un aspetto lontano da noi, quasi fosse una astrazione sulla quale disquisire, confrontarci, dimostrare la propria intelligenza e disponibilità.

Ma la nostra finitudine è più vicina di quanto si voglia, e noi operatori di Area Critica, infermieri e personale sanitario, così avvezzi alla frequentazione del trapasso, dobbiamo analizzare e tentare di risolvere questo aspetto del nostro lavoro che ci crea molti problemi.

Culture varie, le più disparate e distanti sono legate da un filo comune. Salvo alcuni esempi episodici e rari, l'atteggiamento di etnie e culture tribali e primitive, nel passato come oggi, non vedono la morte come un'interruzione, ma come un passaggio ad un altro livello di esistenza.

Come il vento che non si vede eppure esiste, il defunto sposta il suo piano

di esistenza ad un livello vicino, ma non percepibile dai vivi.

Il Buddismo ci parla della reincarnazione, con un ciclo di morti e rinascite tali, da consentire il raggiungimento del Nirvana, la meta ultima della realizzazione del sé.

Similmente, il Cristianesimo lega la capacità di sopportare i patimenti

terreni, ad un ciclo di pena-premio: il Paradiso.

Altre culture tribali si relavano al morto come ad una entità che va aiutata e guidata a lasciare il mondo dei vivi.

Alcune culture ritengono gli spiriti dei morti responsabili di malattie, sfor-

tune, terremoti, siccità e cattivi raccolti.

Tale paura, fa sì che, alcune etnie mutilassero, legassero o decapitassero i morti, per impedire il ritorno dello spirito tra loro, in quanto apportatori di sventura.

Il dato quasi assoluto è che lo spirito è eterno, o quantomeno sopravvivente alla morte.

Se lo spirito è eterno, la morte ci fa meno paura e sapendo che non tutto finisce, che ci saremo ancora, fa si che questa sia affrontata con maggiore serenità.

Facendo un parallelo antropologico con l'oggi, dobbiamo ammettere che

questa speranza ci è negata.

La mentalità pragmatica e materialistica di oggi crede solo in ciò che può valutare, analizzare, studiare; il metafisico è un artifizio, e la morte è la fine. Questo si collega agli aspetti storici di come il concetto di morte si sia evoluto nei secoli.

Nella storia la morte ha avuto diversi significati e diversi valori le sono stati attribuiti.

La morte si può intendere, in senso figurato, come un movimento o una transposizione da un fatto noto ad uno ignoto.

E questo movimento genera nell'uomo uno stato di malessere o sofferenza. Ogni situazione nuova provoca nell'individuo un certo disagio.

Così come la nascita, è un momento di passaggio dal noto (la sicurezza, il calore e la protezione dell'utero materno), all'ignoto (il mondo esterno, fatto di tutta una serie di cambiamenti e d'ambientamenti), altrettanto lo è il passaggio dalla vita alla morte.

La morte può altresì essere vissuta come un atto di violenza suprema, intesa come separazione forzata, se è inaspettata, accidentale, o causata da malattia.

La violenza è determinata dal fatto che prematuramente qualcuno o qualcosa, pone termine a un'esistenza, e dall'impotenza dell'individuo di reagire, poiché si trova indifeso e impreparato.

Quest'impotenza viene avvertita in modo ancora più forte quando la morte riguarda i bambini o gli adolescenti: si prova rabbia per una vita non vissuta.

Nell'evoluzione della vita, la morte ha anch'essa un posto molto importante, non se ne può negare l'esistenza, poiché conclude un ciclo biologico. Quindi l'uomo stesso non si dovrebbe porre contro natura, cercando di ostacolarla, ma dovrebbe cercare di accettarla naturalmente.

Nel mito dell'immortalità ritroviamo questo concetto: il valore più alto della vita è la morte stessa; ce ne da un esempio J.P. Vernant quando ci fa osservare che nel momento in cui Calipso offrì l'immortalità ad Ulisse, questi rifiutò, sostenendo che «è meglio morire lasciando il ricordo della propria vita ai vivi, che essere immortali e cadere nell'oblio».

La morte è sempre e comunque un momento della vita e con essa si conclude.

Analizzando ora come vissuto e interpretato questo momento, vediamo come la morte si presta a varie modificazioni nei diversi momenti storici.

Il momento della morte è stato quasi sempre, nel mondo occidentale, dall'antichità sino all'era moderna, un momento di vita pubblica, che aveva un ruolo fondamentale per rinsaldare la coesione sociale che assicurava la sopravvivenza della collettività, dando immortalità alla memoria del defunto.

Si parte da una morte familiare o «addomesticata», come la definisce Aries, ad una morte «proibita», privata, del XIX sec., sino a divenire «scabrosa» così come la viviamo ai giorni nostri.

L'uomo nell'antichità ha avuto sempre una certa familiarità con la morte, che a noi può risultare quantomeno strana; questo era determinato dal fatto che era naturale una coesistenza tra i vivi e i morti. Nell'XI-XII sec. le abitazioni dei vivi non erano nettamente separate dalle dimore dei defunti. I ci-

miteri infatti, non erano solo un luogo di sepoltura, ma asili, luoghi d'incontro e d'accoglienza, in cui sorgevano negozi e abitazioni.

Nonostante questa familiarità, gli antichi temevano i morti, e le onoranze funebri alle sepolture venivano fatte allo scopo di impedire ai morti di tornare a turbare i vivi.

La causa e la conseguenza di ciò è l'immediata socializzazione dell'uomo. Questa socializzazione non porta mai l'uomo a separarsi dalla natura, sulla quale egli non ha influenza, ma di cui fa parte.

La familiarità con la morte è quindi, una forma di accettazione naturale delle cose.

L'uomo non pensava di sottrarvisi, né l'esaltava, l'accettava semplicemente, l'aspettava con calma; d'altra parte, in quell'epoca bastava che le malattie fossero un po' più gravi ed importanti per essere sempre mortali.

La morte quindi non era quasi mai improvvisa, la si aspettava nel proprio letto, ed era vissuta come in un rito collettivo; non erano infatti solo i familiari ad affollarsi intorno al letto del morente, ma anche i viandanti che si trovavano per caso a passare, li accompagnavano nel viatico.

In sostanza non si moriva mai soli.

E questo è un dato molto importante, poiché da qui si nota la grande differenza con il morire di oggi: oggi si muore soli, lontani da sguardi indiscreti, chiusi negli ospedali, vergognosi di questo nuovo stato che si va ad affrontare e timorosi di non potercela fare, di non essere abbastanza forti, e di lasciarsi prendere dal panico e dalla disperazione.

Ma ritorniamo ad analizzare come la morte è stata vissuta e interpretata nella storia dell'uomo.

Fino al Medio Evo, la morte probabilmente non veniva considerata come un problema. In seguito però, a partire dal XVIII sec., l'uomo della società occidentale, tende a dare alla morte un senso nuovo: la esalta, la drammatizza, la rende comunque dominante, ed è da questo momento che assume un significato di «rottura».

Viene data alla morte una interpretazione «romantica», fino al parossismo: «Il morto è ammirevole per la sua bellezza», «La morte è desiderabile, in quanto provoca, in chi la vive uno stato di quiete», insomma c'è un compiacimento verso l'idea della morte.

Della propria morte però, non di quella dell'altro poiché quella fa paura: si teme l'abbandono, l'essere lasciati soli ad affrontare una vita dura e difficile.

L'atteggiamento di fronte alla morte, così è cambiato, ma tanto lentamente, da risultare impercettibile.

La morte, ora, nel XX sec. è «proibita», si cancella, non ci riguarda, la vediamo in televisione, la leggiamo sui giornali, anzi ne siamo bombardati, ma essendo sempre una morte degli altri, lontani, la rimuoviamo da dentro di noi.

La nostra, o quella che ci è più vicino, diviene oggetto di vergogna e di divieto.

Se ne occorre parlare, se ne sussurra solo.

Curioso è notare come nel periodo in cui la morte era familiare e tutta la società partecipava ai riti collettivi funebri, non ne venivano esclusi i bambini. In effetti li ritroviamo in ogni rappresentazione della morte; ma nello stesso periodo, venivano esclusi dalle fasi della nascita.

Oggi invece, è vero esattamente il contrario.

Oggi che la morte è diventata scabrosa, i bambini vengono allontanati; non si vuole impressionarli con scene violente, non si vuole farli soffrire; sulla nascita al contrario sanno tutto. Seguono l'evoluzione di una nuova vita da vicino, e a causa della tendenza sempre più diffusa di ritornare a partorire in casa, partecipano alla nascita di un fratellino.

Sembra dunque, che il bambino-uomo non possa contenere dentro di se due concetti così grandi come la nascita e la morte, come se ne restasse traumatizzato.

Se fino a questo momento, si è analizzato l'atteggiamento della collettività, ora vediamo come viene affrontato dal singolo, da chi la morte la vive in prima persona.

L'uomo è stato per millenni il padrone assoluto della sua morte, oggi non lo è più.

L'uomo, prima, sapeva di stare per morire perché la morte non lo coglieva mai di sorpresa, gli veniva preannunciata.

Se in qualche raro caso poi, non si rendeva conto di essere in procinto di morire, veniva avvertito con la più grande naturalezza dal suo medico, che assolveva questo suo compito con semplicità, in quanto la morte non doveva cogliere l'uomo impreparato, ma doveva lasciargli il tempo di assolvere i suoi ultimi doveri, raccogliendo intorno a sé la famiglia, per lasciare le ultime volontà e disposizioni che venivano puntualmente rispettate.

Questo vuol mettere in risalto come anche il morente aveva un suo ruolo sociale e la sua dignità veniva rispettata sino alla fine.

Più si va avanti con il tempo però, meno l'uomo si accorge dell'avvicinamento della propria morte; anzi è fatto comune allontanare l'idea della morte anche in colui che la sente vicina, ed è senza speranza.

Si distoglie sempre l'attenzione da questo argomento, e il medico ha rinunciato al ruolo che fu per molto tempo il suo, parla solo se lo si interroga, e sempre con grande reticenza.

Forse per lasciare sempre uno spiraglio alla speranza, forse per non ammettere la sconfitta della medicina.

Non c'è rimasto più nulla della solenne pubblicità del momento della morte. Il malato muore nell'ignoranza, e «non ha neanche il diritto di affermare che sta morendo, se il medico non avvalla questa sua ipotesi».

Oggi la medicina ha stravolto i valori della vita con i suoi progressi, prolungandone la durata.

Ma questo prolungamento di vita, per mezzo di tecniche di rianimazione, di terapie, di interventi chirurgici, ha provocato l'abbandono in mezzo al limbo, del paziente, sempre più anziano; un limbo che lo vede costretto a sopportare una sopravvivenza che troppo spesso lamenta.

Non si tiene sempre conto della qualità della vita che si dovrà affrontare. Forse è proprio perché in una società come la nostra, dove i valori proposti, come la felicità e il benessere, non lasciano più posto, per accettare la sofferenza e la morte.

E quando inevitabilmente ci si scontra con questi problemi, ci si accorge che non c'è spazio né tempo per affrontarli, e allora si tende a fuggirli, isolarli, nasconderli all'interno degli ospedali.

Vogliamo sperare che quella che viviamo oggi, sia una fase di transizione tra due modi di produrre salute, una specie di interregno, tra il miglioramento delle tecniche, finalizzate alla sola sopravvivenza, e l'elaborazione di una migliore assistenza, capace realmente, di rendere sereno il tramonto di una vita, o comunque di renderne sereni gli ultimi attimi. Questo non vuol essere solo un augurio, ma anche un impegno per il futuro.

Il New Deal italiano, esploso negli anni 50-60, e da alcuni definito il Modello di Sviluppo, ha innescato una serie di meccanismi, che hanno modificato radicalmente alcuni aspetti della vita. La trasformazione tecnologica offre vantaggi indubbi, ma pretende un caro prezzo, in termini di rischi.

La società strutturata secondo il modello capitalista, che si basa sul consumismo, sulle «mode», e tratta ogni problema anteponendo il fattore economico a tutti gli altri aspetti, ha determinato questi cambiamenti.

La maggior produzione industriale ha provocato inquinamento ambientale ed alimentare accelerando i ritmi di vita.

Tutto ciò è all'origine dello stress e cambia il modo di morire, si trasforma, si evolve, e lo riscontriamo nelle statistiche.

Se questo progresso ci affranca da paure vecchie, arcane, quali le fiere, la fame e l'insicurezza, dall'altra ce ne restituisce delle nuove altrettanto spaventose e terribili: incidenti stradali, sciagure aeree, armi nucleari, AIDS.

Una società sempre più intrisa di violenza indifferente che si manifesta in tantissime occasioni e ci impedisce anche di conoscere e rivolgere la parola al nostro vicino.

Oggi che si muore più negli ospedali che non a casa, sono altre le persone coinvolte nel far fronte a situazioni difficili; sono i medici e gli infermieri quelli che si trovano a contatto diretto con il malato, che ritardano ad avvertirlo delle proprie condizioni per non trovarsi invischiati in reazioni emotive, che rischiano di far perdere il controllo di sé.

Ci rendiamo conto che oltre alle prestazioni sanitarie dovremmo, nei limiti delle nostre capacità, elargire un aiuto psicologico.

Cercare insieme o creare *ex novo* dei valori, per dare alla morte un senso accettabile, per non cadere noi stessi e i nostri malati in uno stato di profonda prostrazione.

Questa realtà porta ad una modificazione del ruolo tradizionale dell'infermiere, che si pone nel contesto sociale di chi non da solo, ma con altri, si fa carico di portare il concetto ed il vissuto della morte ad una dimensione più naturale e più umanamente accettabile.

Bibliografia

SINSANTI, PINKUS, GATTI, PERRONI, SIMMONS, TEJERA, MEER, GHIDELLI, FREGNI, GUERRA, KLIMANN: Le separazioni della vita, Cittadella Edi., 1985.

KÜBLER ROSS: La morte e il morire, Cittadella Ed., 1982.

P. ARIES: Storia della morte in Occidente, Rizzoli.

AA.VV.: Saggi sulla morte, Feltrinelli Ed.

PETRILLO, SANGER: Assistenza psicologica al bambino ospedalizzato.

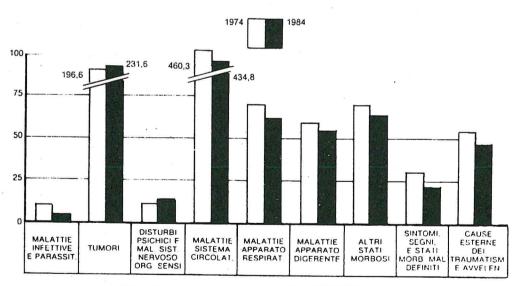
I. ILLICH: Nemesi medica - L'espropriazione della salute, Mondadori Ed., 1977, pp. 189-223.

E. DE MARTINO: Morte e pianto rituale, Boringhieri Ed., 1975.

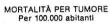
J. Frazer: Paura dei morti nelle religioni primitive, Longanesi Ed., 1983.

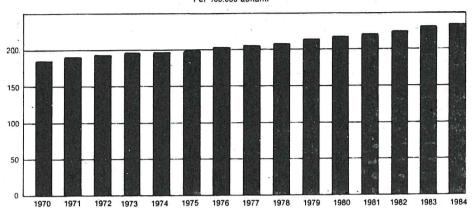
Rivista di Epidemiologia e prevenire, n. 36, sett. 1988.

Bollettini mensili di statistica dell'ISTAT, gennaio-luglio 1990.

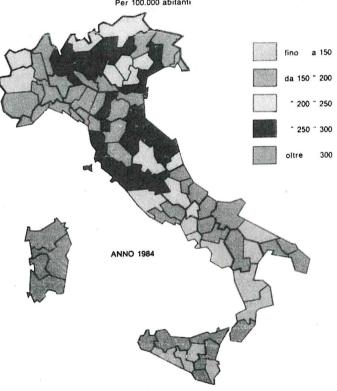


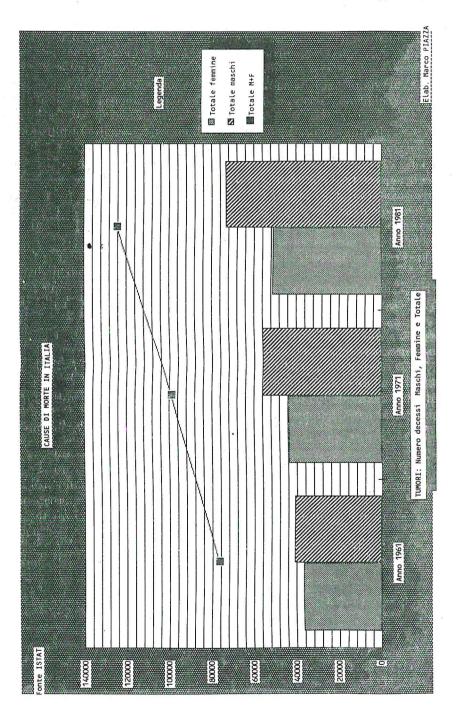
Mortalità per settore di causa - Per 100 000 abitanti

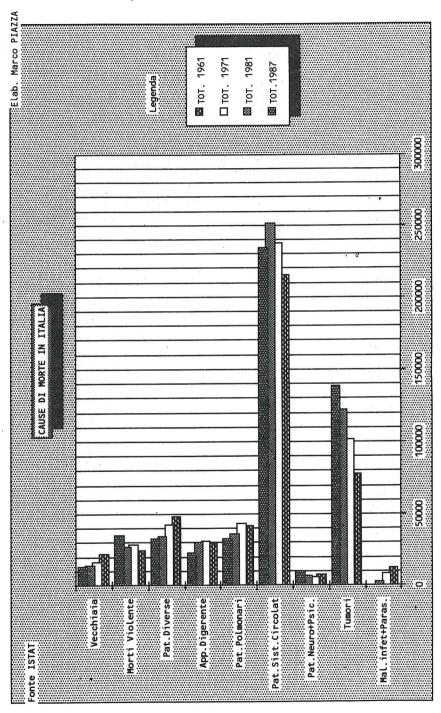


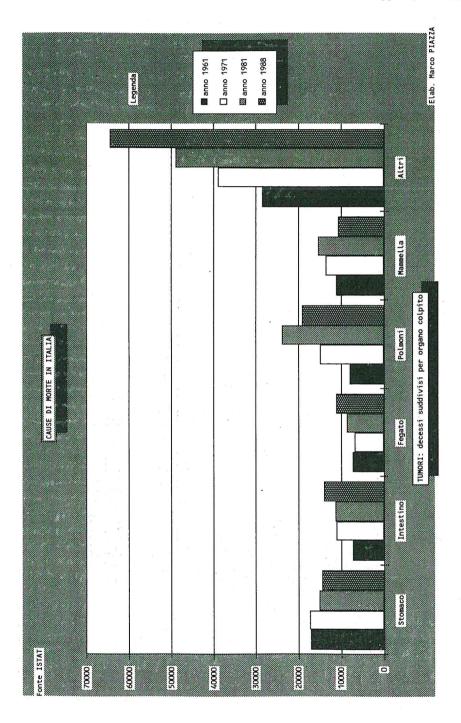


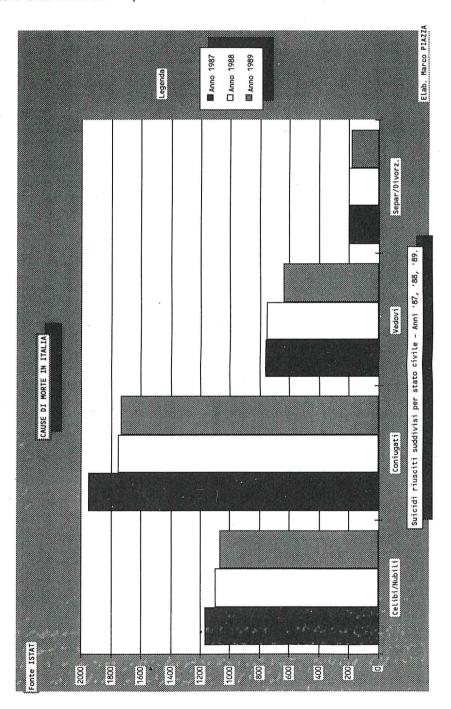












IL VISSUTO DELLA MORTE: RUOLO DI MEDIAZIONE DELL'INFERMIERE TRA L'EQUIPE ED IL MALATO

M. TOFFANIN (1), D. BIANCU (2), L. ORRÙ (2), D. MIELE (3), L. PETTENELLO (1)

(1) IP - Rianimazione Clinica Chirurgica I - PADOVA

(2) IP - Rianimazione - Osp. Cagliari

(3) IP - Rianimazione - Osp. Mestre (VE)

Come abbiamo già visto nella precedente relazione, vi è stata una trasformazione della società nell'evoluzione storica, anche sul modo di morire.

Una volta il morente si trovava a casa, nel suo letto, circondato dai parenti, con il medico curante accanto, con il sacerdote che provvedeva a confortarlo con i riti religiosi.

Nella società attuale, il morire e la morte sono usciti da questa atmosfera prettamente familiare, sono usciti anche dalla ritualità della tradizione filosofica-religiosa, per entrare quasi esclusivamente nel contesto ospedaliero.

Oggi la morte è divenuto un evento, delegato alle strutture e agli operatori sanitari, come se la società volesse sbarazzarsi di un imponente peso psicologico ed emotivo.

È infatti questo il rituale che fatalmente si riproponeva allorché un paziente sta per morire: dispiegamento dei paraventi, il via-vai degli operatori sanitari, parole a mezza voce, e il monitor in allarme.

Dopo il decesso, si rimuovono sonde e cateteri, ed infine si provvede ad allontanare la salma. Si passa poi alla pulizia del posto letto e all'ammissione di un nuovo paziente.

Tutto ciò avviene normalmente, senza che gli altri pazienti si lascino sfuggire qualche commento, dando così alla morte l'aspetto di un momento qualsiasi della giornata, previsto, calcolato.

Questa condotta viene giustificata dalla necessità di evitare agli altri pazienti spettacoli penosi, garantendo così un clima sereno, calma e tranquillità.

Perché sappiamo bene che la morte di qualcuno che non conosciamo risveglia in noi il problema della nostra morte o di chi ci è caro, costringendoci a constatare la fragilità della vita; da ciò hanno origine quindi la negazione e l'occultamento. Questa negazione ha come effetto la solitudine, con cui il paziente terminale affronta la morte in ospedale. Solitudine causata, oltre che dall'isolamento fisico, da un insieme di timori, come la paura di essere abbandonato dalle persone care, o la paura di non avere un conforto religioso, e dall'imbarazzo del proprio degrado fisico, oltre che da una generale sfiducia e disinformazione sull'assistenza ospedaliera.

I parenti dal canto loro, si trovano a far fronte ad una vasta gamma di

emozioni, come ad esempio: ira, colpevolezza, debolezza...

Si sentono impotenti davanti alla morte del loro caro, che li lascia così perduti e tristi ...

Provano asprezza nei riguardi del personale che, a parer loro, non ha fatto tutto ciò che loro prevedevano; credono che la morte del loro caro sia il risultato del proprio fallimento di una ricerca troppo affrettata dell'assistenza medica.

Ma, a questo punto, bisogna chiedersi: la preoccupazione di proteggere a tutti i costi l'ammalato dalla consapevolezza della sua morte va nella direzione di umanizzare la morte, o è piuttosto dettata dal nostro bisogno di difenderci da un confronto troppo coinvolgente, con una persona che sa che deve morire?

Bisogna considerare in questo contesto che, in una terapia intensiva, l'approccio dell'infermiere con il paziente e i suoi familiari, è diverso da quello che si ha in una realtà di reparto, per esempio, oncologico.

Siamo di fronte essenzialmente ad una realtà di morire diversa, spesso

immediata, brutale, dova manca l'elemento tempo (temporalità).

La psicologa americana Kübler Ross, nel suo libro «La morte e il morire» elenca e spiega le fasi cui va incontro un malato terminale, che qui vogliamo accennare:

- 1) il rifiuto e l'isolamento: il malato consapevole della propria malattia, reagisce con una iniziale negazione come difesa temporanea; pensa: «no, io no, non può essere vero»;
- 2) la collera: il malato si chiede: «perché proprio a me?», manifesta disagio e insoddisfazione, arrabbiatura verso tutti gli altri che sono sani, che sono in grado di essere autosufficienti. È importante, in questa fase, tollerare la collera razionale o irrazionale del malato;
- 3) il compromesso: il venire a patti; noi dobbiamo cercare di dargli tutte quelle piccole compensazioni che lo liberino dai disagi, che gli permettano di fare ancora determinate cose;
- 4) la depressione: il malato si rende conto che tutto quello che avviene intorno a lui non è altro che la conferma dello stato della sua malattia. È dimagrito, non autosufficiente, il dolore sempre presente; tutto ciò lo conduce alla depressione;
- 5) l'accettazione: il paziente tende al «rilassamento», si pone in un atteggiamento di riposo, si sente vuoto di sentimenti e decide che è troppo stanco per lottare ancora contro la morte.

Queste fasi sono vissute dal malato cosciente del suo stato di malattia, ed inoltre le ritroviamo anche nei familiari, seppure in successione diversa, fino a portarli spesso a momenti di conflittualità psichica.

Tutto ciò si evolve nel tempo, il quale lascia la possibilità di elaborare la situazione ed il vissuto, il tempo aiuta a far sì che si sviluppino in successione tutte queste fasi.

Nel reparto di terapia intensiva tutto questo non è possibile, o meglio, la realtà dell'urgenza, dell'immediato, fa sì che questa dinamica sia stravolta: il malato vive questo momento in estrema solitudine ed ansia.

Infatti, nel momento in cui è arrivato alla fine della sua vita, il paziente rappresenta per il medico il fallimento di tutto il suo lavoro, perché per lui, la morte del paziente significa comprensibilmente una sconfitta. Anche i parenti, nel caso di una terapia intensiva, sono tenuti lontani per motivi logistici.

Noi infermieri professionali, in questa situazione, ci troviamo a mediare, ad instaurare un collegamento tra il medico, il malato stesso ed i suoi familiari.

Non è certo facile il nostro ruolo.

Bisogna dire che da sempre l'infermiere si è trovato di fronte al dolore ed alla morte, ma forse per situazioni storiche, culturali o religiose, non viveva il problema in termini così angoscianti, così frustranti come oggi.

Perché siamo noi in prima persona, a dover affrontare la situazione, e ci accorgiamo solo allora delle nostre carenze, del nostro bisogno di supporto, che ci aiuti innanzi tutto ad elaborare dentro di noi stessi questo dramma e che, in secondo luogo, ci aiuti costantemente nella nostra professione.

È necessario quindi riconoscere, in questi momenti, che i bisogni essenziali del paziente sono riconducibili ad esigenze di un ascolto, di una presenza, di un silenzio.

Essendo l'area critica una zona di confine tra la vita e la morte, la lotta contro questa è caratterizzata dalla necessità di un'azione rapida, tempestiva, continua; tanto che spesso si è costretti a fornire un'assistenza frettolosa o comunque tecnica, o nel peggiore dei casi, ad ignorare il problema, sia per la nostra incapacità ad affrontarlo, sia per la mancanza di tempo e formazione.

Per lo svolgimento di questo ruolo di mediazione, l'infermiere ha bisogno di alcuni strumenti fondamentali, quali: la comunicazione, il saper capire, il rapportarsi agli altri, per poter meglio interpretare la persona che ha davanti.

Vi è altresì bisogno, da parte dell'infermiere, di riconoscere che oltre al mantenimento della salute del paziente è sua peculiare funzione anche essere consapevole che sarà presente per aiutare il paziente ad affrontare la sua morte più serenamente possibile, cercando di rispettare la sua formazione culturale e religiosa, perché lo conosce intimamente, più di qualsiasi altra figura che lo circonda.

È per questo che dobbiamo allontanare da noi quella visione dell'infermiere come semplice esecutore di ordini, e sancire invece un ruolo che, in questa circostanza, lo veda protagonista di un incarico definito e specifico anche sul piano legislativo, e non più subordinato ad altre figure professionali.

Attualmente l'infermiere purtroppo, non ha un ruolo definitivo di comportamento, non ha strumenti validi, non ha formazione sufficiente a confortare ed assistere il morente ed i suoi familiari, il più delle volte deve basarsi sulle sue capacità e qualità personali, a volte deve anche improvvisare.

Sarebbe una pretesa eccessiva esigere da lui, oggi, senza mezzi a disposi-

zione, inserito come gli altri nella società e condizionato dalla cultura, che sia in grado di svolgere questo compito.

Il rifiuto, l'allontanamento come gli altri operatori sanitari dal paziente nel momento della sua morte, è reazione umana e comprensibile. Sia perché come persone abbiamo una certa paura di essere coinvolti in un rapporto di simpatia con il paziente, anziché mantenere quel rapporto empatico necessario per l'assistenza, sia perché il soffermarci a pensare, ci fa ricordare che anche la nostra vita, un giorno, avrà fine.

Da quanto finora esposto, si scopre la difficoltà che si prova a parlare di questo tema, ma il confronto di singole esperienze e sentimenti provati nelle nostre realtà operative contribuiscono a far fronte alle drammatiche situazioni che ognuno di noi vive ogni giorno.

Non abbiamo però, saputo dare una risposta esauriente ai seguenti quesiti:

- dobbiamo o non dobbiamo dire la verità al paziente? E se la risposta è sì, condizioni permettendo, chi deve dirla?
 - come dare supporto al dolore dei familiari?

Concludiamo dicendo che questa relazione apre la problematica sulla morte e sul ruolo di mediazione tra il paziente e la sua morte che l'infermiere è chiamato a svolgere.

Non ci è stato facile reperire materiale bibliografico rispetto a questo ruolo, per cui noi speriamo di avervi fornito con questa relazione uno spunto di riflessione.

Bibliografia

Documenti Pastorali dei Vescovi francesi e tedeschi: *Umanizzare la malattia e la morte,* Ed. Paoline, 1982.

L. KÜBLER Ross: La morte e il morire, Cittadella Ed., 1982.

Associazione Cattolica Operatori Sanitari: L'infermiere di fronte al dolore ed alla morte, Atti Convegno naz. di Assisi, 1984.

C. VIAFORA: Etica infermierestica, Ed. Ambrosiana, 1986.

Articoli di autori vari tratti dalla rivista: *Intensive cure nursing*, 1988-1989-1990, e altre riviste americane ed inglesi.

AA.VV.: La morte oggi, Saggi Feltrinelli.

LISTA DEI DIRITTI DELLA PERSONA MORIBONDA

(dal volume n. 1 di «Nursing di base»), elaborata da un gruppo di infermieri americani.

- Ho il diritto di essere trattato come essere vivente finché non muoio;
- ho il diritto di avere e mantenere un senso di fiducia;
- ho il diritto di essere curato da persone che lo condividono;
- ho il diritto di esprimere le mie sensazioni a modo mio, sul fatto che mi stia avviando verso la morte;
- ho il diritto di partecipare alle decisioni sulla mia morte;
- ho il diritto di ricevere una cura medica ed infermieristica continua, anche se gli altri obiettivi di cura devono essere modificati a obiettivi di «comfort»;
- ho il diritto di non morire da solo;
- ho il diritto di non soffrire;
- ho il diritto di ricevere risposte oneste;
- ho il diritto di non essere ingannato;
- ho il diritto di essere aiutato dai miei familiari ad accettare la morte;
- ho il diritto di morire in pace e con dignità;
- ho il diritto di conservare la mia individualità e di non essere giudicato per decisioni che possono essere contrarie ai princípi degli altri;
- ho il diritto di espandere le mie conoscenze ed esperienze religiose qualunque cosa questo possa significare per gli altri;
- ho il diritto di aspettarmi che il mio corpo venga rispettato dopo la morte;
- ho il diritto di essere amato da persone sensibili, preparate, premurose che cercano di capire i bisogni e provano soddisfazione ad aiutarmi ad affrontare la morte.

OBIETTIVO FORMAZIONE

IL MODELLO FORMATIVO ANIARTI PER L'INFERMIERE SPECIALIZZATO NELL'ASSISTENZA IN AREA CRITICA

ELIO DRIGO ⁽¹⁾, CHIARA PEGORARO ⁽²⁾
⁽¹⁾ IPAFD - UDINE
⁽²⁾ IPAFD, Vigodarzere (PD)

Questo intervento ha lo scopo di presentare sul tema in oggetto:

A) Il quadro generale da cui scaturisce l'esigenza di una formazione specialistica per l'assistenza in area critica (E. Drigo).

B) La presentazione di un progetto di corso formativo elaborato e proposto dall'ANIARTI (C. Pegoraro).

Le problematiche che condizionano l'attività di assistenza in Area Critica e che conducono alla necessità di una formazione infermieristica maggiormente specifica rispetto a quella di base, sono di due ordini:

- organizzativo

- assistenziale

La formazione dovrà quindi focalizzare la propria attenzione sia nell'acquisizione di adeguate capacità nell'assistenza, che sull'adozione di modelli organizzativi rispondenti alle esigenze dei malati, degli operatori e della struttura a cui dare risposta.

Per comprendere la logica seguita nel giungere all'attuale scelta formativa possiamo tracciare brevemente le tappe che l'ANIARTI ha percorso nel pervenire all'attuale elaborazione dell'idea di Area Critica. Di conseguenza alla necessità di concepire i corsi di specializzazione come un momento di formazione specifica per quanto concerne la professionalità in funzione dell'assistenza e non, ancora una volta, in funzione della medicina.

Il concetto di Area Critica rappresenta il frutto della maturazione dell'esperienza di incontro e di concettualizzazione intervenuti in questi ultimi dieci anni tra gli infermieri che lavorano assieme ai malati in condizioni di rischio per la vita.

L'ANIARTI — Associazione Nazionale di Infermieri di Area Critica — è nata come Associazione Nazionale di Infermieri di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva. È stata infatti un'iniziativa favorita dai medici. I rianimatori, gli anestesisti nel processo dell'evoluzione della complessità esecutiva

delle loro prestazioni di tipo rianimatorio ed anestesiologico, avevano bisogno di essere seguiti e «garantiti» da una serie di figure «tecniche» che fossero in grado di eseguire con un buon margine di precisione le indicazioni terapeutiche, al fine di coronare di successo gli interventi sempre più azzardati, rischiosi e sofisticati.

Anche per i medici, dunque, un infermiere specializzato nelle varie branche della medicina intensivistica era una meta da raggiungere in tempi brevi. Gli infermieri comunque iniziarono da subito a sentirsi stretto un ruolo di semplici esecutori di tecniche e terapie.

L'evoluzione socio-culturale più generale, l'introduzione in Italia dei contenuti di novità del «Nursing», esperienza di colleghi infermieri esteri, stava modificando anche la concezione che gli infermieri italiani avevano del loro specifico professionale. Diveniva patrimonio diffuso l'applicazione della metodologia scientifica per la soluzione dei problemi assistenziali e veniva di conseguenza a cadere qualsiasi concezione che fondasse l'assistenza solo su quanto disposto da un'autorità gerarchica ma non rispondente a precisi dati di fatto.

Ci si rendeva conto che gli infermieri erano per la maggior parte strutturati sul modello del «mini-medico». Vedendo la necessità di sviluppare molti aspetti del rapporto sanitario che fino ad allora venivano lasciati all'eventuale iniziativa personale, gli infermieri incominciavano ad individuare con metodologia scientifica precisi obiettivi assistenziali. Si iniziava a ricercare nei fatti una nuova professionalizzazione.

L'ANIARTI era partecipe di questi movimenti ed è stata presto individuata come una porzione dell'intera professione.

Il comprendere e l'adottare come propria filosofia professionale la realtà che il personale nella sua integrità fosse il fulcro attorno a cui far ruotare l'attività sanitaria ha condotto in un primo momento a ricercare l'aderenza a questa progettualità dell'attuale sistema sanitario soprattutto per gli ambiti intensivi e d'emergenza.

Immediatamente è stata rilevata la frantumazione del processo di lavoro e delle strutture stesse apparse come maggiormente funzionali al processo diagnostico-terapeutico in senso stretto, anziché al più generale processo di recupero della salute come equilibrio bio-psico-sociale.

Questo è il motivo fondamentale che porta alla perdita della visione unitaria del malato e quindi al passaggio in second'ordine dei suoi bisogni di varia natura.

Per l'aspetto del lavoro assistenziale nei confronti del malato in condizioni critiche, si è anche osservato che tra le varie strutture, gli elementi di diversificazione, pur nella costante complessità degli interventi, sono determinati quasi esclusivamente dall'utilizzazione di apparecchiature particolari (ad es. il respiratore in Terapia Intensiva; il contropulsatore in Cardiochirurgia) e dall'attuazione di tecniche specifiche, mentre i problemi di fondo degli ammalati rimangono costanti in buona sostanza.

Inoltre è stato importante osservare che non sempre malati in condizioni

vitali critiche si trovano in strutture intensive ed in alcuni casi si trovano in situazioni di minore complessità assistenziale o addirittura in luoghi non specificamente sanitari, come ad esempio i luoghi di lavoro, le strade, ecc.

Una organizzazione sanitaria è efficace quando sa fornire le migliori ri-

sposte esattamente alle persone che ne hanno bisogno.

È stata così pensata l'espressione «area critica» ad indicare il malato in condizioni di vita critiche ed il luogo in cui questo malato si può trovare e nel quale necessita di un intervento sanitario, e si è pensato al termine di «area» che appare più aperto e dinamico.

L'idea infermieristica di area critica comprende quindi sia l'insieme delle strutture tipicamente intensive e d'emergenza, ma anche l'insieme di situazioni che caratterizzano la criticità dell'ammalato e la complessità dell'intervento infermieristico.

I problemi legati all'assistenza al malato in condizioni critiche sono determinati da alcune variabili strettamente interdipendenti:

— tempo d'intervento;

- professionalità dagli opertori;

dati disponibili;

- tecnologie disponibili;
- luogo dell'evento critico.

Dipendentemente dal luogo dove si verifica il fatto critico per il malato, vi è una diversa incidenza, sul risultato dell'intervento di ciascuna delle varia-

bili sopra elencate.

Diverso infatti è che la situazione di criticità intervenga al di fuori di una struttura protetta ospedaliera ed allora saranno decisivi il tempo per intervenire e la professionalità degli operatori; e diverso è che l'evento si verifichi in ospedale, magari in un reparto intensivo, in cui, oltre alla professionalità degli operatori, si potrà contare su una serie di dati e tecnologie immediatamente disponibili.

Comunque il fattore umano e cioè la capacità di interpretare la situazione critica, di individuare la migliore soluzione praticabile e di attuarla rapidamente è l'elemento che determina di fatto la qualità dell'esito finale dell'intervento, sia esso breve o di supporto prolungato, al malato in situazione critica.

Se ci si intende incidere sulla qualità dell'assistenza sanitaria è dunque inevitabile dover pensare a degli strumenti per formare adeguatamente gli operatori, per introdurli nell'attività e per mantenere ad elevati standard nel tempo la capacità di erogazione delle prestazioni.

Formare infermieri per l'assistenza in area critica, al malato in condizioni critiche, richiede necessariamente il perseguimento di una logica di profes-

sionalità.

Non è possibile pensare un'organizzazione in termini di area critica e concepire una modalità operativa basata sull'esecuzione di compiti prestabiliti da parte di alcuni, all'interno di una struttura separata che frantuma l'individualità della persona.

Questo modello organizzativo non è funzionale a rispondere ai problemi/bisogni della persona.

Potrà forse essere funzionale all'esecuzione meccanica di alcune pratiche diagnostiche e terapeutiche, ma non è questo certamente l'universo della funzione infermieristica.

Ma chiediamoci: la specializzazione perché?

Non è sufficiente una buona formazione di base e poi ulteriori frequenti aggiornamenti?

Due sono gli elementi che motivano questa scelta:

— la complessità delle patologie che oggi sono aggredibili con le terapie e la complessità delle applicazioni tecniche e di tecnologie attualmente utilizzate nel processo terapeutico medico.

È necessario essere in grado di analizzare costantemente questi elementi ed attuare di volta in volta l'intervento assistenziale più adeguato in un progetto generale di soluzione del problema di salute del malato.

— A questo primo aspetto si aggiunge e si sovrappone interagendo la complessità delle esigenze delle persone in situazione critica. Sempre più sono le persone che vivono in piena coscienza questi periodi molto stressanti della loro vita; malati e loro parenti. Sempre di più si sviluppa la volontà delle persone di essere rispettate nella loro individualità ed integrità, oltre che di essere curate per la loro malattia.

Sempre di più l'equilibrio della persona viene messo alla prova per la novità assoluta delle situazioni che le persone stesse si trovano improvvisamente a vivere; pensiamo a chi riceve il cuore di un'altra persona, a chi vive solo se attaccato ad una macchina che gli assicura una funzione vitale; situazioni che non hanno una storia, un «vissuto» nell'umanità, ma che richiedono da chi ne è implicato direttamente l'elaborazione per l'umanità di nuovi equilibri personali derivanti da nuove motivazioni a vivere ed a lottare.

Specificità del servizio dell'infermiere di area critica è aiutare la persona malata (ma anche quella sana: il parente del malato) a fare tutte quelle cose che farebbe se avesse l'energia e la volontà per farle: il tutto dimensionato alla situazione di criticità delle condizioni del malato.

- Essere in grado di comprendere l'esistenza ed il livello di complessità di questi problemi in ciascun singolo malato;
- essere in grado di pianificare un intervento assistenziale che tenga conto di tutti gli elementi;
- essere in grado di attuare con precisione l'intervento progettato erogando prestazioni di qualità;
- essere in grado di valutare continuamente e nel caso di modificare in base alle necessità il progetto di assistenza fatto,

richiede un equilibrio personale e professionale la cui strutturazione può essere molto delicata.

La trasmissione e l'apprendimento di conoscenze specifiche, l'acquisizione di particolari abilità per gli interventi, di atteggiamenti adeguati alle esigenze tipicamente professionali e l'acquisizione di capacità adeguate all'instaurazione di una interazione nella comunicazione che abbia anche una funzione terapeutica, richiedono processi di elaborazione di notevole complessità che certamente non trovano nelle modalità usuali dell'aggiornamento lo strumento adeguato al raggiungimento degli obiettivi.

Un corso di formazione specialistica può rispondere in modo più soddisfacente.

Una logica di professionalità come metodologia e come orientamento ad un servizio alla persona richiede il coinvolgimento e l'utilizzazione delle risorse di intelligenza e creatività dei professionisti.

Progettare una formazione per dei professionisti significa utilizzare strumenti e metodiche che siano in grado di far apprendere le diverse strade percorribili nel processo di soluzione dei problemi.

Questa è l'idea guida che ha orientato l'ANIARTI a formulare ed elaborare il progetto di corso di specializzazione per infermieri di area critica.

LE SPECIALIZZAZIONI INFERMIERISTICHE: ATTUALITÀ E PROSPETTIVE DELLA LEGISLAZIONE ITALIANA

MARISA CANTARELLI

DAI - Vice-Direttrice della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche dell'Università degli Studi di Milano

«Le specializzazioni infermieristiche: attualità e prospettive della legislazione italiana» è un tema non facile in un momento di evoluzione legislativa per la formazione infermieristica.

Noi stiamo uscendo da un periodo in cui le specializzazioni sono state eliminate e la prima logica domanda è specializzazione sì, specializzazione no, perché?

Vediamo assieme di fare questo percorso, non vorrei dare soluzioni ma con voi analizzare la situazione e per far ciò iniziamo dall'attuale formazione infermieristica.

Essa si attua di concerto fra i Ministri della Sanità, della Pubblica Istruzione e della Ricerca Scientifica.

ITER FORMATIVO INFERMIERISTICO ITALIANO

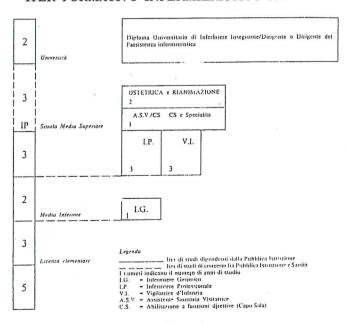


Figura 1

Sulla sinistra si legge l'iter formativo nel canale della Pubblica Istruzione e sulla destra nel canale della Sanità, per cui i primi dieci anni di formazione sono comuni, cioè, cinque di scuola elementare e cinque di scuola media, di cui tre inferiori e due superiori. Senza concludere il ciclo di studi intrapreso uno studente che ha frequentato questi dieci anni di scolarità esce dal canale della Pubblica Istruzione e per tre anni può frequentare la scuola professionale per infermieri o per vigilatrice di infanzia ed acquisirne il diploma.

Il diploma professionale dà l'accesso ai corsi di uno o due anni che rilasciano certificati di specialità o diplomi successivi (assistente sanitaria, ostetrica), ma lo studente che vuole accedere all'università in una scuola per dirigenti infermieri deve riprendere e completare gli studi di scuola media superiore, acquisirne il diploma e con i due diplomi, quello di scuola media superiore e quello professionale triennale (e in più qualche anno di esperienza lavorativa) può essere ammesso ad un corso universitario biennale ed acquisire il diploma di infermiere docente/dirigente.

La posizione formativa confusa si ripercuote sul ruolo professionale per cui vi sono molti progetti di legge che tentano di fare chiarezza.

L'iniziativa legislativa è partita da vari soggetti:

- 1) di iniziativa governativa (art. 71 della costituzione);
- 2) di iniziativa parlamentare;
- 3) di iniziativa delle associazioni professionali dell'area professionale.

Nell'ambito delle proposte di legge formulate dai Ministeri competenti si inserisce il disegno di legge proposto dal Ministro della Sanità De Lorenzo, e questa è una proposta del luglio ultimo scorso.

Il D.D.L. prevede tre itinerari formativi, contemporanei, per l'acquisizione del titolo professionale di infermiere.

L'art. 2 dichiara obbligatorio il possesso del titolo di scuola secondaria di secondo grado per l'accesso alla scuola per infermiere professionale, tale obbligo lo si ritrova solo in uno dei tre itinerari.

Il primo itinerario prevede, nell'ambito della secondaria superiore, una sezione speciale in cui dal terzo anno di studi, ossia a 16 anni, inizia e si realizza una parte dell'insegnamento infermieristico teorico-pratico previsto dall'Accordo di Strasburgo, cioè ben 3/4 delle 4.600 ore. Al termine di questi studi si acquisisce un diploma di maturità che, da un lato consente l'accesso a qualunque facoltà universitaria e dall'altro permette di accedere alle scuole infermieristiche professionali dove in un anno si completerebbe la formazione infermieristica e si acquisirebbe il diploma di Stato d'infermiere.

I dubbi che scaturiscono da questa ipotesi sono relativi alla possibilità di realizzare una sufficiente cultura generale di base per accedere alle diverse facoltà universitarie e contemporaneamente un insegnamento infermieristico sufficientemente ampio ed approfondito in grado di formare un professionista infermiere (vedi figura n. 2).

Il secondo itinerario prevede il diploma di scuola secondaria superiore

per l'accesso alla scuola infermieristica (13 anni di scolarità) e poi tre anni di scuola per infermieri professionali in scuole professionali (vedi figura n. 3).

Il terzo itinerario prevede per i dipendenti di ruolo di qualsiasi settore e livello, con anzianità triennale del S.S.N. ed in possesso del biennio di scuola media superiore, l'accesso alle scuole per infermieri, che anche in questo caso dovranno avere durata triennale; quale incentivo verrà concesso agli iscritti il comando ed il relativo stipendio per tutta la durata della formazione (vedi figura n. 4).

In qualunque modo conseguito, il diploma di infermiere continuerebbe lo *stato quo*, non avendo modificato in nulla la sua posizione nell'Ordinamento Nazionale degli Studi, costituente il Sistema Scolastico di competenza della Pubblica Istruzione.

La formazione post-base, post-diploma di infermiere professionale e/o infermiere pediatrico, il D.D.L. la prevede con le seguenti modalità.

Un anno di studio per le specialità da definirsi.

Il certificato di specialità o un anno di esperienza lavorativa per accedere al corso di abilitazione alle funzioni direttive (capo-sala).

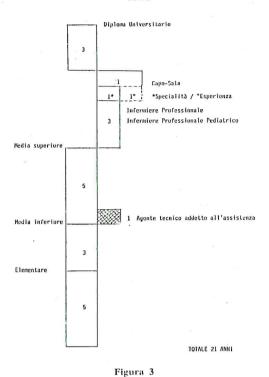
Il certificato di specialità o un anno di esperienza più il titolo di abilitazione alle funzioni direttive per accedere alla scuola universitaria che rilascia un titolo di dirigente infermiere dopo un corso triennale.

1° ITINERARIO - «D.D.L. DE LORENZO» 1990

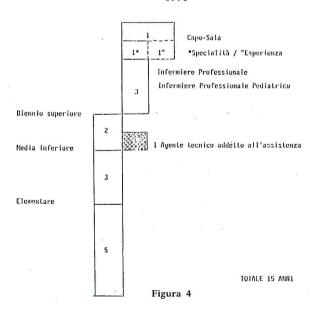
TOTALE 19 ANNI

Figura 2

2° ITINERARIO - «D.D.L. DE LORENZO» 1990



3° ITINERARIO - «D.D.L. DE LORENZO» 1990



Non entrando in merito ai contenuti ma con dei semplicissimi calcoli si può notare che nel secondo itinerario il D.D.L. prevede 21 anni di studio per acquisire un diploma universitario di primo livello (13 di scuola media superiore, 3 per infermiere professionale, 1 anno per la specialità, 1 anno di specialità o di esperienza lavorativa per il corso di abilitazione a funzioni direttive, titolo indispensabile per accedere all'università ove si ottiene il diploma universitario triennale di primo livello).

Nel primo itinerario si trova uno sconto di due anni nel corso per infermiere professionale o infermiere pediatrico.

Il terzo itinerario presenta le classiche norme transitorie che hanno da sempre percorso la formazione infermieristica con i risultati da tutti conosciuti a livello di assistenza.

Nel D.D.L. sopra citato è prevista la figura dell'operatore tecnico addetto all'assistenza. È una figura, questa, che è già stata prevista impropriamente nell'ultimo contratto della sanità.

L'operatore tecnico addetto all'assistenza verrebbe preparato nella scuola per infermieri professionali con un anno di corso dopo la scuola media inferiore.

La nuova figura rappresenta un rischio per la qualità dell'assistenza. Infatti dovrebbe essere preparata e utilizzata per l'attività alberghiera, ma se si considera l'attuale «emergenza infermieristica» e la disincentivazione che il D.D.L. innescherà nella scelta della professione, come conseguenza si potranno avere scelte politiche che privilegieranno la quantità alla qualità, cioè molti operatori tecnici subito e a loro sarà affidata l'assistenza.

In questo articolo si può prevedere l'ennesima, futura, norma transitoria che garantisce all'istituzione personale sulla carta qualificato, ma non dà nessuna garanzia di assistenza all'utenza.

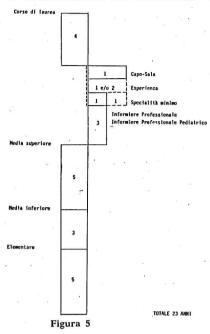
Nel n. 42 dell'I.S.I.S. (Informazione Stampa Interesse Sanitario) è stata pubblicata la proposta elaborata dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale dei Collegi (I.P.A.S.V.I.), dalla quale si rileva un curricolo di studio di ventitrè anni (vedi figura n. 5).

In sintesi: diploma di scuola media superiore per l'accesso alla scuola infermiere professionale o infermiere professionale pediatrico triennale, un anno per la specialità, uno di esperienza più la specialità o due di esperienza per l'accesso al corso di capo-sala di un anno, in scuola professionale.

Dalla proposta I.P.A.S.V.I. è sparito l'agente tecnico addetto all'assistenza. La presentazione di questa proposta si commenta da sola, basti compararla con la laurea di pedagogia per la quale occorrono sedici anni di studio (12+4) o quella di medicina diciannove anni di studio (13+6).

È una proposta che ha destato la mia meraviglia, perché so che la Federa-

PROGETTO FEDERAZIONE DEI COLLEGHI - 1990



zione da un paio di anni aveva istituito delle commissioni di studio sulla formazione infermieristica, esattamente quattro: una per l'analisi dell'esistente, una per la formazione di base, una per la formazione post-base ed una per la formazione permanente.

I lavori sono conclusi ma non sono mai stati divulgati e neppure utilizzati al momento dello studio di contro-proposte al D.D.L. De Lorenzo in quanto, ciò che vi ho presentato, è un elaborato del Comitato Centrale.

Conosco i lavori delle commissioni, tre Infermiere docenti della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche hanno partecipato a tre dei gruppi sopra menzionati in rappresentanza ufficiale della Scuola e ciò mi autorizza a parlarne.

In questi giorni vi è un grande dibattito su un'altra riforma, quella degli studi universitari e possiamo assieme analizzare gli spazi che potrebbero aprirsi alla professione infermieristica (1).

Preceduta dall'ipotesi presa in esame dal C.U.N. (Consiglio Universitario Nazionale) e dei Ministeri competenti, essa prevede l'istituzione di una Scuola diretta a fini speciali per infermieri professionali o per infermieri pediatrici della durata di tre anni e ciò è attuabile subito.

Tale Scuola, per accedere alla quale sarebbe ovviamente necessario il di-

⁽¹⁾ La legge 341 è stata approvata il 19 novembre 1990.

ploma di scuola secondaria superiore, dovrebbe preparare degli operatori per svolgere le mansioni previste dal Decreto del Presidente della Repubblica 14 marzo 1974, n. 225 «Modifiche al regio decreto 2 maggio 1940, n. 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici» rilasciando loro il titolo di Infermiere Professionale e quello delle Vigilatrici d'Infanzia.

Accanto alla Scuola per Infermieri Professionali verrebbe collocata una Scuola diretta a fini speciali per Dirigenti e Docenti di Scienze Infermieristiche biennale.

Una simile organizzazione determina quindi la contemporanea presenza nell'ambito universitario di due Scuole dirette a fini speciali: una triennale, finalizzata alla preparazione di base dell'Infermiere Professionale, ed una biennale per la formazione di Infermieri Docenti e Dirigenti.

Evidentemente le due Scuole, pur entrambe del tipo «a fini speciali», si pongono necessariamente a due livelli ben diversi sia per le funzioni cui abilitano i loro diplomati sia per il fatto che l'accesso alla seconda è subordinato al conseguimento del diploma rilasciato dalla prima.

Quindi le due Scuole, lungi dall'essere considerate entità distinte, danno invece vita, di fatto, ad un percorso formativo della durata di cinque anni dopo l'acquisizione di un titolo di studio che abiliti all'immatricolazione universitaria.

Una strutturazione simile, di tale durata, sfocia solitamente nel conseguimento del Diploma di Laurea della discipliona cui si riferisce, cosa che in questo caso non avviene, ponendo in essere ancora un *iter* formativo atipico.

La proposta del C.U.N. permette quindi di individuare due livelli distinti e consente di ottenere di fatto molti dei risultati in campo formativo che la professione si prefigge ormai da tempo.

Una realtà di questo tipo permetterebbe di consolidare l'ambito di conoscenze che formano lo specifico disciplinare, favorendo la costituzione di un Istituto o di un Dipartimento di Scienze Infermieristiche.

Il tutto può essere considerato il punto di partenza per la costituzione di un cammino formativo che riconosca formalmente un livello di preparazione di fatto già esistente mediante il Diploma di Laurea.

Si tratterebbe infatti di formalizzare l'esistenza di vari livelli formativi in ambito universitario: quello del Diploma universitario (triennale) e quello del diploma di laurea (biennale) e questo è ciò che prevede la legge di riforma universitaria.

Infatti al termine del terzo anno verrebbe rilasciato, a seguito di apposito esame, il Diploma universitario di Infermiere Professionale abilitante all'esercizio della professione, facendo salva la possibilità di proseguire gli studi fino al quinto anno al termine del quale si conseguirebbe il Diploma di Laurea in Scienze infermieristiche (vedi figura n. 6).

Un'ipotesi di questo tipo eliminerebbe definitivamente le sperequazioni che l'attuale *iter* formativo pone in essere e sancirebbe l'effettivo riconoscimento dell'importanza e della specificità della disciplina infermieristica.

136 M. Cantarelli

Da ciò deriverebbe il riconoscimento istituzionale e sociale che la professione merita, grazie alla possibilità di preparare sempre meglio i suoi esercenti a dare un servizio migliore alla collettività.

Come conseguenza dell'analisi sui progetti legislativi non voglio presentare soluzioni, ma far scaturire alcune riflessioni.

La laurea in scienze infermieristiche è indispensabile se si vuole ottenere la gestione dell'esercizio professionale.

Infatti in Italia la normativa del pubblico impiego la richiede per i ruoli di dirigenza, ruoli che sino ad ora la professione non ha raggiunto.

Una seconda riflessione è l'accettazione in seno alla professione di figure atipiche quali quelle dell'agente tecnico addetto «all'assistenza» rischio di dequalificazione dell'assistenza.

Al termine dell'analisi sulla normativa ritornano alcune domande. È prevedibile e necessaria una specialità nell'area critica? Se sì perché? In quale canale - Sanità - Pubblica Istruzione - Università e ricerca scientifica?

RIFORMA DELL'UNIVERSITÀ - «RUBERTI»

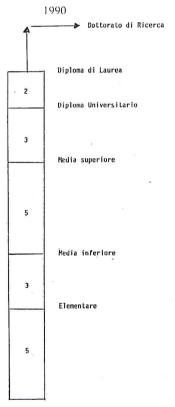


Figura 6

TOTALE 18 ANNI

Io ritengo che la specialità in area critica è possibile anche a livello normativo ed il riferimento lo si ha all'art. 18 della legge quadro del pubblico impiego nella quale si dice: «... i profili professionali sono determinati sulla base peculiare del tipo di prestazioni, dei titoli professionali richiesti e delle abilitazioni stabilite dalla legge per l'esercizio delle professioni», ed all'art. 3 n. 3 della stessa legge prosegue la «identificazione dei profili è affidata alla disciplina in base ad accordi».

L'identificazione, rispetto alla determinazione dei profili essenziali, non è altro che la precisa e completa elaborazione dei profili professionali condotta a seguito dell'individuazione degli elementi essenziali, che formano ciascun

criterio ed i criteri previsti sono relativi:

 al titolo professionale i cui elementi essenziali sono la natura del corso, gli insegnamenti e le materie prevalenti, la durata, le modalità di conseguimento del titolo professionale, il rapporto di genere che deriva dal titolo;

2) all'abilitazione i cui elementi essenziali sono la natura dell'attività professionale, la complessità secondo l'abilità richiesta per esercitare, l'entità dell'apporto ad altre competenze professionali più elevate, la capacità, il potere di scelta e direttivo rispetto ai subordinati;

3) al contenuto peculiare del tipo di prestazione, cioè la sfera di autonomia, la complessità dell'attività effettivamente prestata, la responsabilità

professionale.

In base ai criteri sopra descritti io rispondo sì alla specializzazione in area critica, perché possiamo costruire un profilo professionale diverso tra infermiere professionale che opera in un reparto di base e infermiere professionale che opera nell'area critica. Infatti il contenuto delle prestazioni cambia, studi e ricerche fatti anche in seno alla vostra Associazione lo hanno dimostrato. Mi riferisco alla ricerca condotta dall'ANIARTI sulle prestazioni infermieristiche nella quale si è dimostrato che esiste una differenza sia qualitativa che quantitativa di azioni infermieristiche all'interno delle stesse prestazioni, fra infermiere professionale che opera in un settore di base e l'infermiere professionale che opera nell'area critica.

La differenza riscontrata equivale alla necessità di maggiori conoscenze, cioè di una formazione complementare, vale a dire di un corso di specialità.

Riallacciandomi all'analisi fatta scatta la seguente domanda: in quale canale inserire la formazione specialistica? Vi sono pro e contro in tutti i canali.

1) Canale: Ministero della Sanità.

Attualmente è possibile usufruire della legge n. 1098 del 1940 che permette l'istituzione dei corsi presso le scuole per infermieri professionali che li hanno previsti nei propri statuti, devono però rientrare nelle programmazioni regionali, altrimenti le scuole rimangono prive di contributi.

Nel futuro vi è la previsione di un corso di specialità di un anno nel D.D.L. «De Lorenzo». Ma quali saranno le specialità?

2) Canale: Ministero della Pubblica Istruzione.

Se la Scuola per Infermieri professionali è post scuola media superiore, decade questa possibilità, in quanto la formazione post scuola media superiore è prevista in Università.

3) Canale: Ministero dell'Università e della Ricerca Scientifica e Tecnologica. È possibile, fra le tipologie previste dal C.U.N. per la Facoltà di Medicina e Chirurgia è previsto quello per strumentisti di sala operatoria, ma vi sono anche i corsi per tecnici non infermieri, che interferiscono nel campo assistenziale.

Fra gli aspetti a rischio in università vi è l'insegnamento dell'assistenza, a chi è affidato? Come?

A questo proposito voglio porre l'accento sulla necessità di dare riconoscimento allo specifico della disciplina «Scienze infermieristiche».

L'aspetto più rilevante è che la normativa vigente consente di procedere in tempi brevi a quest'ultimo riconoscimento permettendo di istituire cattedre di Scienze infermieristiche senza dover aspettare, magari promulgando norme transitorie di vario genere, i neo-laureati in tale disciplina.

Il tutto anche al fine di evitare che qualcuno, non in possesso dello specifico professionale occupi nel frattempo tali posti, grazie a titoli che nulla hanno a che vedere con lo specifico disciplinare infermieristico.

Nella situazione che vi ho presentata quale ruolo può giocare l'ANIARTI? È un'Associazione giovane, che questa mattina si è presentata in modo propositivo, mi riferisco alle relazioni che mi hanno preceduto nelle quali sono stati proposti i contenuti di un corso di specialità, il passo successivo potrebbe essere quello di porsi come consulente per l'analisi del bisogno di specializzazione e gestire e/o controllare il numero e il contenuto dei corsi per garantirne la qualità.

TAVOLA ROTONDA

Partecipanti:

- On. **Renzulli** (membro della Commissione Affari Sociali e Responsabile per il PSI della Sanità e cosa molto interessante relatore del D.L. sul riordino delle professioni infermieristiche);
- On. Morini (Direttore Generale Ospedali del Ministero della Sanità).
- Dr.ssa **Maioli** (responsabile della formazione e dell'aggiornamento presso la Direzione Regionale della Sanità della regione Friuli-Venezia Giulia);
- Dr.ssa **Tommasi** (responsabile della formazione e dell'aggiornamento provincia autonoma di Trento);
- Sig. Mariotti (membro dell'esecutivo nazionale CGIL Sanità);
- Sig. Biscaro (segretario nazionale UIL Sanità).

On. Renzulli

Care amiche e cari amici, cercherò di essere assolutamente breve ma possibilmente anche chiaro rispetto ad una materia, complessa e rispetto alla quale il dibattito è vivo fra di voi ma è vivo anche fra tutti coloro che si interessano di sanità e non soltanto di sanità, tenuto conto che è ormai alle porte il tempo in cui il Parlamento se ne interessi davvero in termini operativi. Credo che, finita la finanziaria — e se Dio ci aiuterà a risolvere il problema del riordino del servizio sanitario nazionale — a gennaio proprio, se ne possa parlare, in termini assolutamente definitivi.

Io mi accingo a fare questo lavoro di relatore avviando una serie di consultazioni proprio perché è giusto che una materia così complessa veda il consiglio, la critica, lo stimolo, da parte di chi è da sempre protagonista: sarebbe davvero singolare se facessimo una riforma contro gli infermieri, sarebbe un assurdo. D'altra parte dovremmo — e questa sarà una mia ambizione anche se so che è piuttosto difficile — cercare di inglobare il discorso degli infermieri nel discorso più ampio dei tecnici. Non so se vi potrà essere una contestualità legislativa, ma perlomeno il tentativo va fatto accumulando una serie di determinazioni, di indicazioni, ecc., che possono consentire anche al Parlamento o al Governo stesso, di assumere ripidissimamente iniziative al riguardo anche se non temporalmente contestuali; ma direi che sarebbe molto opportuno che spendessimo questo nostro tempo nel tentativo di riordinare, finalmente, tutta la materia, atteso che — non lo facciamo per mero ricorso ad un rito — dal primo gennaio 1993 questi temi saranno certamente inderogabili per questa nostra Repubblica.

Detto questo, cercherò di procedere per punti, molto rapidamente. Dovrò partire da una constatazione molto semplice: che l'atto sanitario è un atto complesso e quindi non può essere un atto totalmente medicalizzato; è un atto in cui coesistono molte funzioni diverse tra di loro e quindi funzioni professionalmente determinate, che hanno pari dignità. Se tutto questo è vero, non si può più tollerare che qualcuna di queste professioni — e tanto meno la professione infermieristica — abbia una funzione ancillare nei confronti della professione medica.

- * Responsabilità vuol dire autonomia e autonomia vuol dire responsabilità;
- * scientificità e specificità sono gli elementi portanti del tutto.

Due binomi che stanno alla base concettuale dell'affermazione, dell'autonomia della professione infermieristica.

Sappiamo benissimo che ci dobbamo adoperare (lo ha detto molto bene la Dr.ssa Cantarelli), oggi, all'interno di un quadro legislativo superato — non soltanto sul piano istituzionale-organizzativo — ma anche, e soprattutto, per

142 Renzulli

una serie di ingessature (chiamiamole così) che si sono via via venute determinando per il modo così farraginoso con cui il Parlamento ha legiferato. Non soltanto il Parlamento repubblicano; giustamente s'è fatto riferimento ad un altro ordinamento, perché ci siamo portati dietro tutta questa pesante remora che ha finito col determinare una situazione nella quale le competenze si sono assommate a competenze, le ingessature ad ingessature.

La rigidità

L'ultima delle rigidità, particolarmente lesiva della professione infermieristica è la 761, da sostituire al più presto. Nel disegno di riordino, se c'è una cosa sulla quale anche i sindacati confederali sono d'accordo, è che si cacci la 761 una volta per tutte.

Quindi, autonomia dell'area infermieristica come area centrale dell'assistenza sanitaria.

Va da sé che un'altra remora — e qui lo dico con molta chiarezza perché l'ho detto anche in tempi non sospetti — è legata alla parte normativa venuta dal recente contratto che se ha risolto - perlomeno in parte - una serie di problemi legati alla retribuzione, non ha risolto problemi organizzativi. Si è persa una grande occasione - a mio modesto avviso - che era quella del circuito virtuosissimo della contestualità temporale fra legge di riordino e contratto. È mancato, il regista; l'ho detto - e anche se qui non c'è, glielo posso ripetere - al ministro: è mancata la regia politica, il momento in cui, veramente, la politica — se c'era — doveva battere un colpo, potendo sistemare alcune questioni di carattere più strutturale nella legge e lasciare altro alla contrattazione, nell'ambito del contratto. Si è preferito battere la strada della soddisfazione – perlomeno parziale, ma altrettanto necessaria – dell'aspetto retributivo e si è perso di vista l'altro aspetto che dovremmo, ora, cercare di recuperare con questa legge. D'altra parte dobbiamo dire che sarebbe anche ora di smetterla di parlare di emergenza infermieristica perché sotto l'urgenza dell'emergenza mal si fa e mal si è consigliati. Mi pare che ci siano tutti i modi e tutti i tempi per poter invece ragionare in pienezza di coscienza purché questo - l'abbandono del concetto di emergenza infermieristica non significhi, nel contempo, giocare su tempi lunghi. I tempi devono essere necessariamente brevi perché ormai - da convegni che si frequentano, da discorsi che si fanno, da relazioni che si ascoltano - vi è, alla fin fine, una omogeneità, se mi consentite, di linguaggio o, perlomeno, una omogeneità di volontà politica che fa sì che si possa veramente stringre la questione.

Ora esistono 4 punti fermi.

Abbiamo un disegno di legge governativo che ha il pregio di essere stato presentato — io altro non assegno per il momento a quel disegno di legge, se non il fatto di essere stato presentato — e quindi, essendo di iniziativa

Tavola rotonda 143

governativa, una certa fruizione di corsie preferenziali, in Parlamento, la può avere: si tratta della legge Ruberti sull'ordinamento universitario, che ha una forte spinta regionale ed è legata alle normative CEE; a questo punto, allora dovremmo cominciare a sciogliere alcuni nodi sui quali vi è naturalmente intesa.

Io non farei i conti — D.ssa Cantarelli — di tutti quegli anni, perché — vivaddio — non vorrei pensare che uno acceda a qualsiasi professione non avendo fatto le elementari e le medie. E a questo punto direi, per tutti e soprattutto per gli infermieri, anche le scuole superiori. Su questo non si discute più: il dato di fondo è che, per poter iniziare la formazione infermieristica si deve avere il diploma di maturità superiore. Su questo vi sia intesa e non se ne discuta più!

La seconda questione si può sintetizzare così: noi dobbiamo rendere possibile l'unione tra l'ordinamento universitario che è la griglia (oserei dire kantiana, lo schema kantiano, razionale) in cui dobbiamo inserire il tutto che è l'ordinamento nazionale con la competenza trasferita alle Regioni; ovvero, la competenza in materia di formazione professionale con il fatto che questa competenza non può che essere esercitata dall'interno del servizio sanitario nazionale. E così si supera anche, a mio modesto avviso, un possibile dissidio di competenze fra ministeri. Intanto i ministeri non sono più 3 ma sono 2: la partita va giocata tra ministero dell'università e ministero della sanità.

Il ministero della sanità ha delineato uno schema generale che, in questo momento è condivisibile. La formazione professionale non può che essere fatta dalla Regione ma, non può essere consegnata ad una sorta di formazione professionale fatta al di fuori del servizio sanitario nazionale. Non commettiamo un errore che è sotto gli occhi di tutti; lo cito perché è un esempio classico: la questione degli odontotecnici. È un atto parasanitario che viene fatto da una scuola che non ha nulla a che fare con la sanità e nella quale la sanità rientra per qualche ora per materie igienistiche (sulle quali sarebbe anche bene che una volta qualcuno andasse a vedere che cosa si dice). Invece noi dobbiamo richiamare fondamentalmente tutta la competenza per la formazione a chi la formazione la deve fare, a chi, la formazione, la esperisce nei fatti, e quindi al servizio sanitario nazionale con la competenza regionale. E, a questo punto, allora avremmo semplificato il quadro. È in questo chiariamo subito il diritto infermieristico ad avere la laurea piena.

Non si capisce perché vi debba essere una sorta di laurea dimezzata, ricordando un titolo di uno splendido romanzo di Calvino.

Se poi, all'interno di questo, vogliamo introdurre una prima definizione che ci consenta, proprio nell'ambito professionale, un primo diploma, lo si faccia subito. Non c'è problema da questo punto di vista. E in questo quadro che nei 5-6 anni per il raggiungimento del diploma universitario potremmo trovare la sintesi dei vari problemi. E all'interno dei 5-6 anni — su questo potremmo, per l'amor di Dio, discutere; mi rimetto a tecnici più preparati di me, a quello che voi stessi dite, all'interno di questo — potremmo trovare

144 Renzulli

tutta una serie di passaggi assolutamente interessanti, ma unitari nello sbocco finale. In tal modo non dovrebbero esserci una serie di confusioni ma di possibili uscite laterali, che vanno nel senso previsto anche dal legislatore per la riforma dell'università; esse possono anche sconfiggere la tendenza a fare dell'università, di qualsiasi branca si voglia parlare, una sorta di area di parcheggio per venire incontro ad un'altra esigenza — formidabilmente sentita in tutte le professioni, soprattutto in sanità — di avere degli sfoghi laterali che servano a soddisfare una serie di esigenze di carattere specialistico che un servizio, così complesso, come il servizio sanitario nazionale propone.

Per cui è necessario determinare questa sorta di possibilità di intreccio tra le varie necessità affermate. E in questo quadro, io preferisco una soluzione che abbia alcuni punti reversibili (che sono quelli che ho citato) e all'interno delle formazioni professionali anche una certa flessibilità, che dovrebbe essere — parlo degli amici sindacalisti — su un altro versante, affermata anche in ordine ai profili professionali. Perché altrimenti, se abbiamo la pretesa di fissare tutto intangibilmente in legge ...

Amici miei, sapete benissimo i tempi di lavoro del Parlamento, la farraginosità del Parlamento; ci troveremmo a lavorare e a creare delle condizioni che molte volte vengono superate dal mutamento tecnologico, dalle coscienze individuali e collettive, da mutamenti di scenari, da nuove cose che succedono. Ma possibile che questa società legale — a cui anch'io appartengo e ne sono uno delle 635 rappresentanze — sia così arretrata rispetto allo sviluppo così prorompente della società reale, della società che lavora, che sta sul campo? E allora, se stabiliamo le metodologie di carattere generale, i punti certi, in questa sorta di meccanismo, possiamo introdurre quello che obiettivamente vogliamo dando alle Regioni tutta quella competenza che esse stesse debbono necessariamente avere in virtù di una interpretazione classica dell'art. 17 della Costituzione, che affida alle Regioni la competenza in materia di sanità, liquidando, se mi consentite — questo è oggetto di polemiche, ma lo dico — tutti i pasticci fatti in termini di ristrutturazione e di competenza del 616 che non potevano che passare nella legge 833.

Da qui la grande confusione e il grande circuito di irresponsabilità che è l'accertamento di chi è responsabile del servizio sanitario nazionale ai suoi livelli più operativi.

Nel disegno di legge governativo per la disciplina infermieristica io noto una serie di contraddizioni che mi fanno definire statico quel disegno di legge. È un disegno di legge teso a fare una sorta di fotografia dell'esistente. Fotografia dell'esistente che, poi la Camera non ha potuto fare altro che approvare così perché altrimenti, avremmo incominciato un balletto di cameralismo che non sarebbe mai finito. E parlo, per quanto riguarda la Ruberti, delle scuole a fini speciali. Sappiamo benissimo tutta la storia delle scuole a fini speciali: si dice, giustamente, che l'Italia è lunga, che mille sono le esperienze, ecc. Ora, se volessimo considerare bene le cose queste scuole a fini speciali debbono prima o poi finire. Prima finiscono e meglio è, perché rap-

Tavola rotonda 145

presentano un elemento generalmente di confusione, nascono molte volte per fini che sono speciali rispetto alle clientele, che non sono speciali rispetto alle professioni. E allora vediamo di riprendere con molta forza questo discorso di modo che si possa, in un tempo che sia decente, far sì che l'ordinamento sia unico, perché l'ordinamento, è sufficientemente elastico per concedere quelle autonomie che sono proprie dell'università per far sì che corsi di laurea possano essere attivati anche in funzione di laurea breve, senza dover mettersi ad inventare o consolidare un «tertius genus» che è elemento di confusione.

Se tutto questo è vero, sul versante della Ruberti, è altrettanto vero sul disegno di legge governativo. Non mi convincono i doppi e tripli binari che vanno su e giù, i parallelismi che si vanno a creare, queste sperimentazioni che potevano essere i bienni, i trienni, quelli che sono di carattere biologico, ma che potevano essere concepiti giustamente fintanto che erano sperimentali. Quando si fa la sperimentazione? Quando si vuol creare un ordine nuovo che non c'è e quindi si sperimenta per farci l'esperienza. Ma nel momento in cui si fa l'ordine nuovo chi sperimenta la smetta di sperimentare perché si deve inserire nella novità stabilita per legge. Ed ecco, quindi, che non capisco questa sorta di mantenimento di questa impostazione a livello dello schema governativo. Non capisco perché, a fronte di una linearità trasparente di impostazione, si debbano trovare mille arzigogoli, per determinare quella sorta di confusione che finisce con l'avere pesantissimi riflessi sull'ordinamento professionale, sull'ordinamento organizzativo e, perché no, sull'ordinamento sindacale. Perché poi, dietro l'angolo di una qualche specificità o di una sorta di corso o di una diversità, appunto scolastica, ci nasce anche, magari, una peculiarità di richiesta sindacale. Mentre di tutte queste peculiarità non abbiamo bisogno, abbiamo bisogno della grande peculiarità infermieristica, della grande specialità, nell'ambito delle valenze squisitamente specifiche (scusate il bisticcio di parole) perché rappresentano le esigenze obiettive. Non voglio spendere parole per dire che mi trovo perfettamente d'accordo con le relazioni che ho sentito e con le richieste che sono state fatte dalla specializzazione, così come è proposta dall'ANIARTI.

Ecco, allora, se tutto questo è vero, abbiamo un problema che minaccia di essere molto più serio di quanto lo si potesse pensare anche in ordine al tempo di approvazione della legge. Abbiamo ottenuto — per volontà di tutti i gruppi, nessuno escluso, questo è un dato confortante — la sede legislativa per il disegno di legge governativo. Però, in questa proposta governativa c'è una corposissima delega ai due ministeri competenti. E una corposissima delega può determinare anche con un richiamo secco al regolamento, l'abbandono della sede legislativa perché, in qualche modo, l'aula che è sovrana verrebbe spogliata da competenze e da processi che transitano al di sopra dell'aula stessa senza la possibilità di quella verifica che è insita negli strumenti di

146 Renzulli

democrazia rappresentativa come è il Parlamento della Repubblica italiana. Da qui nascerebbe la necessità di specificare in legge tutto il curriculum formativo. E allora qui si apre la grande questione sulla quale vorrò sentire anche tutti voi e i collegi per vedere se si può trovare un punto di incontro su alcuni generali principi.

Perché si potrebbe tentare il compromesso — il compromesso nobile, si intende — in ordine alla metodologia di lavoro della Camera, dicendo: nella legge ci mettiamo subito una serie di principi molto chiari, rispetto ai quali, poi, la delega può funzionare perché il Parlamento può esercitare il suo controllo su questi principi. E sarebbe più che altro, allora, una delega che potrebbe essere, non una decretazione avente valore di legge, ma una delega amministrativa. Perlomeno, questa sì, in fase sperimentale, lo vorrei dire, che sono contrario a quelle sperimentazioni così come vengono fatte, mentre sono d'accordo che la sperimentazione possa venire alla luce del sole, ma su ordinamenti precisi, su questioni precise, su indicazioni e principi stabiliti per legge rispetto ai quali ci sia una responsabilità politica generale di risposta delle Regioni e da parte del Ministero stesso.

Sono 12 anni, grosso modo, che — da quando c'è il servizio sanitario nazionale — è attivato un grande dibattito nel nostro paese; mi sto sempre di più convincendo che questo dibattito è un dibattito assolutamente poco serio. consentitemi. Ma non perché non ci sia stata serietà nell'approccio da parte di moltissimi, piuttosto perché abbiamo discusso di tutto fuorché delle cose più giuste. Abbiamo discusso sul sesso dell'USSL, ci siamo rotti la testa sulle competenze dei comuni, sulle competenze delle Regioni, e di tanto in tanto andava e tornava la provincia, i rapporti con lo Stato, il piano sanitario nazionale ..., deve essere delegificato, deve essere reso con legge, ecc., ... tutto questo grande ragionamento, fatto su elementi istituzionali o su elementi — come dire — di contorno: importantissimi quanto volete ma, comunque, di contorno. Non abbiamo mai ragionato su quello che, secondo me, è l'elemento più qualificante del servizio che è l'operatività, e la qualità dell'operatività. È nell'operatività che si esalta la scienza e la coscienza di ognuno, l'esperienza e la conoscenza scientifica e, consentitemi anche, l'apertura umana ad un lavoro che di umanità ne richiede molta. Ed è in questo quadro che mi sento di dover affermare che proprio l'autonomia infermieristica può dare le migliori risposte, perché si deve operare — sempre e comunque — con molta vigilanza e con molta capacità di fornire risposte, che sono sempre risposte puntuali, che molte volte non consentono alcuna sorta di ripensamento. Sono tragiche come la vita dell'uomo: una volta fatte sono fatte, non permettono alcun ricorso ad incertezze che poi inciderebbero nell'azione. Da qui, un dibattito vero sull'operatività ma che sia un dibattito che abbia degli sbocchi, appunto, operativi, che sia fatto sulle cose, sulle esperienze, tanto da poter rendere al nostro paese, finalmente, un servizio all'altezza dei tempi e del suo grado di civiltà.

On. Morini

Quando ho ricevuto, alcuni giorni fa, il programma di questo Convegno ho cercato di fare il possibile per essere presente. Purtroppo sono arrivato tardi, ma vedrò di leggere quello che non ho potuto ascoltare perché come direttore generale degli ospedali — alla cui competenza e responsabilità appartengono anche questi problemi — ero interessatissimo a sentire e a leggere.

Nella mia responsabilità non compete parlare delle leggi future — parlando in latino «de iure condendo» — nel senso che di questo trattano i parlamentari, le forze politiche, le forze sociali. Io sono un funzionario dello Stato e quindi debbo parlare delle leggi vigenti e applicare le leggi vigenti.

Quindi, in materia di specializzazioni infermieristiche è tuttora vigente l'art. 3 di una legge del 1940. Non lo dico soltanto io che potrei essere poco autorevole ... ho un recentissimo parere del Consiglio di Stato in materia di specializzazione infermieristica del 7 dicembre 1989 che prevede la vigenza

di questo principio.

E dopo, ben venga la legge che la disciplina in termini più attuali; comunque l'ordinamento vigente la prevede e prevede che sia il potere centrale ad esercitare questo imperio attraverso un decreto del Capo dello Stato. Tant'è che io ho trovato — quando sono stato investito di questa funzione — una pratica avviata in precedenza su una specializzazione infermieristica in nefrologia e tecniche dialitiche e questa pratica sta andando avanti nel senso che il parere del Consiglio di Stato è intervenuto proprio su si essa e c'è il decreto del Capo dello Stato relativo, in corso di firma e in corso di pubblicazione che prevede questa specializzazione e prevede anche le attribuzioni specifiche di questo infermiere specializzato in nefrologia e tecniche dialitiche.

Io confido che, nel nostro settore — parliamo di professione infermieristica — non si faccia quello che hanno fatto le facoltà di Medicina che hanno 150-160 specializzazioni: spesso e volentieri la terminolgia è diversa da università a università, da facoltà a facoltà per la medesima sostanziale specializzazione. E sono tre volte tanto le specializzazioni che vigono negli altri paesi europei.

Per la professione infermieristica — sulla base anche di un accordo firmato fra il ministro e le organizzazioni sindacali — cerchiamo di attenerci a questi ordinamenti europei e quindi di non inventare specializzazioni atipiche o specializzazioni soltanto italiane, ma di tenere conto di questo fatto anche in relazione alla libera circolazione, che peraltro esiste già — non c'è bisogno di aspettare il '92 nel settore delle professioni infermieristiche.

Fatta questa premessa si tratta, da parte vostra, di documentare l'importanza, l'opportunità, la necessità di questa specializzazione e poi il provvedimento è possibile. Io sono venuto qua anche per questo.

Dr.ssa Maioli

Come rappresentante della Regione Friuli-Venezia Giulia, vorrei presentare l'esperienza della nostra regione nella istituzione di corsi di specializzazione per infermieri professionali di «Area Critica e dell'emergenza».

148 Maioli

Mi preme soprattutto sottolineare alcuni punti qualificanti di questa esperienza regionale, che si riferiscono alle motivazioni, della regione Friuli-Venezia Giulia per istituire questi corsi di specializzazione, alle modalità e agli strumenti con i quali il progetto si è concretizzato. La Regione ha inteso muoversi nell'ambito di un quadro organizzativo e formativo già delineato. Esiste in F.U.G. una norma con relativo regolamento attuativo che ne prevede un ruolo guida in materia di formazione professionale. In particolare il riferimento è alla programmazione del fabbisogno formativo, all'individuazione del tipo di corsi, del loro numero e del numero degli operatori da formare annualmente, sia per quanto riguarda i corsi più strettamente di base (intesi al rilascio di un diploma di primo livello) sia i corsi post-base (quindi anche quelli di specializzazione). Nell'ambito di questa legge, va sottolineato come elemento qualificante la consegna del patrimonio formativo specifico alla categoria degli infermieri che, sulla base di questa legge, sono non solo i depositari dei contenuti formativi e didattici specifici, ma anche coloro che attraverso un dirigente dell'assistenza infermieristica dirigono il corso stesso.

Per quanto riguarda l'organizzazione, invece, il Friuli-Venezia Giulia nell'anno '89 ha varato un preciso progetto di riorganizzazione della rete regionale di emergenza che, nel prevedere un nuovo modello organizzativo, ha comportato un cambiamento nelle funzioni degli operatori, compresi gli infermieri professionali.

Nell'ambito di questo progetto organizzativo, si prevede fra l'altro l'attivazione di centrali operative per l'emergenza territoriale con numero unico di chiamata di soccorso (esperienza, tra l'altro, già avviata in Udine). Uno strumento qualificante — proprio per la gestione di tale cambiamento organizzativo — è chiaramente la formazione e l'aggiornamento di coloro che vi operano.

Per la prima volta, quindi, ci si trova di fronte al bisogno di una formazione diversa. Ci si è mossi nell'ambito di un progetto che ha correlato strettamente il momento organizzativo a quello formativo; questo progetto di rete regionale per l'emergenza ha dato specifico rilievo alla formazione e all'aggiornamento professionale del personale ivi operante. Quindi, atteso questo scenario di base — sia dal punto di vista della organizzazione che della formazione — la Regione ha deciso di muoversi per una integrazione della formazione di base degli infermieri professionali che desse loro — attraverso una ulteriore specializzazione — maggiori competenza e quindi identità, precisa nell'ambito dell'«Area Critica e dell'emergenza».

Accanto a questa motivazione, a questa necessità di dare una risposta all'organizzazione e all'evoluzione della professione infermieristica, non vi nascondo che sono emerse delle difficoltà. Mi riaggancio ai precedenti interventi riguardo al fatto che la Regione non ha una competenza primaria in materia di formazione professionale; pertanto, dovendo attenersi alla definizione dei curricula formativi che per legge di riforma sanitaria sono demandati allo Stato, si poneva un problema di conflitto, in termini di invasione di competenze e di riconoscimento di questa specializzazione. Ma pur consapevoli di que-

sto l'esigenza organizzativa e l'opportunità formativa devono comunque prevalere sulle ragioni istituzionali.

Per quanto riguarda le motivazioni, mi sembra di non dover aggiungere altro.

Entrerei, adesso, nel merito proprio degli strumenti che si sono utilizzati per arrivare all'adozione dei formali provvedimenti di istituzione di questi corsi. I provvedimenti sono recenti, dell'agosto di quest'anno, ed i corsi partiranno entro il mese di novembre. L'esperienza non è ancora concreta, ma ha alle spalle una storia annuale di preparazione di questi corsi di specializzazione.

La Regione, volendo assumere a 360° il ruolo di indirizzo e coordinamento del progetto di riordino della rete regionale dell'emergenza, ha inteso perseguire obiettivi di omogeneità e di razionalizzazione assumendo un ruolo guida anche nell'ambito della programmazione dei succitati corsi di formazione. Sono stati individuati programmi, strategie e strumenti univoci a livello regionale e le sedi di corso nelle 4 città capoluogo di Trieste, Gorizia, Udine e Pordenone. L'accesso ai corsi, tenuto conto della «sperimentalità», è stato ristretto. Si tratta infatti di una prima esperienza anche se la Regione già aveva dato autorizzazione all'avvio delle specializzazioni in anestesiarianimazione. Ma qui, si trattava di sostituire queste specializzazioni, ormai non più adeguate alla nuova realtà assistenziale dell'«Area critica dell'emergenza», con questa nuova specializzazione che imponeva, quindi, una riflessione specifica, un lavoro preciso di programmazione di questi nuovi corsi.

Quindi, individuate le città in cui si sarebbero svolti i corsi, la Regione ha istituito un apposito gruppo di lavoro così composto: gli operatori individuati, quali direttori dei corsi di specializzazione dalle amministrazioni delle USL nel cui ambito veniva istituito il corso; i direttori delle scuole per infermieri professionali delle rispettive 4 città capoluogo, dato che la Regione aveva prescelto la strada di istituire questi corsi di specializzazione nell'ambito delle esistenti scuole per infermieri professionali.

Vorrei sottolineare come la regione Friuli-Venezia Giulia ha inteso aprirsi al concetto di «Area Critica» consolidatosi in ANIARTI — invitando un rappresentante della vostra associazione a far parte del gruppo di lavoro. Ciò per poter cogliere la nuova linea di tendenza che si era sviluppata a livello nazionale per la formazione curriculare e quindi per obiettivi di un nuovo infermiere specializzato .

In questo gruppo di lavoro, oltre ai membri che ho citato, è stato inserito anche il responsabile del progetto regionale per l'emergenza che — in Friuli-Venezia Giulia — è un infermiere comandato presso la direzione regionale della sanità con la responsabilità di attivare questo progetto.

Il gruppo ha lavorato abbastanza a lungo proprio per individuare, non solo il programma del corso, ma anche tutte le condizioni organizzative che dovevano essere omogenee affinché non ci fossero differenze di identità tra l'infermiere professionale uscito da un corso e quello uscito dal corso della

150 Tommasi

provincia limitrofa. Per quanto attiene la regolamentazione del corso, la Regione aveva già provveduto emanando un regolamento tipo a valenza regionale per tutta l'area formativa infermieristica; pertanto il mandato del gruppo di lavoro era specificamente rivolto ai contenuti, agli obiettivi alla scelta dei docenti e delle metodologie didattiche da attuare per preparare alla specializzazione.

Il gruppo di lavoro ha prodotto un programma che si attaglia a quanto è stato già questa mattina riferito dai vostri colleghi dell'ANIARTI. Il programma dovrà essere sperimentato (speriamo di potervi riferire su questa sperimentazione che avvieremo fra breve) anche se ritengo che la strada percorsa nella attivazione di questa specialità consentirà quanto meno di aver già chiarito e definito a livello programmatorio alcune linee che non sono state lasciate al caso, alla volontà dei singoli direttori dei corsi o delle singole Unità Sanitarie Locali, ma che sono il frutto di integrazioni e confronti.

Dr.ssa Tommasi

Ho accettato volentieri di partecipare ai lavori di questo Convegno perché, di fatto, il problema delle specializzazioni infermieristiche tormenta, da qualche anno, anche la nostra provincia.

Pur riconoscendo l'opportunità di completare la formazione dell'infermiere professionale con corsi successivi a quello di base, qualche anno fa, quando si è aperto il dibattito, appunto, sulle specializzazioni nella nostra provincia, ci si è trovati di fronte ad una grande incertezza su alcune scelte da adottare. Il dibattito che poi si è svolto — da noi a livello provinciale con USSL, organizzazioni sindacali, con il collegio — è stato ricco di proposte. Ci è però mancata a quel tempo l'occasione di un confronto aperto a livello nazionale; ci siamo sentiti un po' soli su questo problema e questo Convegno ci dà questa occasione. Mi pare che il momento, appunto, di parlare di specializzazioni, sia maturo.

Quando noi, a suo tempo, avevamo affrontato questo problema delle specializzazioni, ci si trovava in un momento in cui esisteva sì una legge nazionale del '40 (quindi una vecchia legge) che di fatto le consentiva, cioè dava la possibilità di istituire corsi di specializzazione, però nei fatti era anche stata messa in disuso e comunque non erano chiare alcune cose fondamentali. E cioè: in che aree individuare le specializzazioni per l'infermiere professionale, con che criteri individuare queste aree, su quali programmi articolare i corsi di specializzazione e con che durata. Ci sarebbe poi stata — questo è un grosso interrogativo che ci si poneva — una prospettiva futura di riconoscimento giuridico ed anche economico per l'infermiere specializzato? Quanti infermieri era opportuno specializzare, cioè tutti quelli di certi reparti, o in percentua-

le alcuni infermieri di certi reparti? Quindi le problematiche erano abbastanza grosse, insomma, e consistenti. Quindi, in questa incertezza, io ritengo che le scelte provinciali — e comunque anche di altre Regioni — adottate (anche questo quadro normativo poco chiaro) non potevano avere che un valore locale ed eventualmente solo sperimentale, e che, comunque, non c'erano le premesse pratiche per avere un riconoscimento a livello nazionale di questo titolo così ottenuto.

Parlo in questi termini pur avendo la provincia di Trento, per la propria autonomia, competenza primaria in campo di formazione professionale. All'interno fra l'altro della provincia, in quel momento, noi abbiamo avuto delle pressioni sindacali per preparare figure più tecniche che non infermieristiche; addirittura si voleva trasformare l'infermiere in un tecnico. Fra l'altro ricordo che in quel momento il contratto, ancora adesso tra l'altro, rendeva più favorevole l'aspetto economico per il tecnico che non per l'infermiere: il nuovo contratto modifica un po' questa situazione.

Fra l'altro noi avevamo avuto anche delle pressioni, delle richieste della classe medica che sognava, in realtà, per ogni specialità medica, una preparazione specialistica anche per l'infermiere. Allora, su questi problemi cruciali e di fondo, ogni risposta a livello locale non poteva che essere inadeguata, secondo me; ogni regione poteva anche dare risposte diverse su pressioni locali particolari e queste risposte non potevano poi essere ricondotte, a livello nazionale, a criteri uniformi. Mancava, quindi, qualsiasi regìa a livello nazionale; e ritengo che — sul versante della formazione e non solo nel campo della formazione dell'infermiere professionale — una regìa nazionale sia fondamentale. Quindi è necessario, ritengo, che il livello nazionale recuperi e riempia questo spazio di competenza che la legge di riforma gli assegna sul versante della definizione dei profili professionali, della formazione professionale; altrimenti, e non solo per la formazione dell'infermiere professionale, penso che avremo il caos.

Ritornando un attimo al discorso della specializzazione per l'infermiere professionale, credo che per poter partire con una certa sicurezza, in questo campo, noi dovremmo arrivare ad una uniformità a livello nazionale — su: durata, programmi, aree — e porre le premesse anche per il riconoscimento dei titoli conseguiti in tutto il territorio nazionale. Dovremo porre le premesse per individuare aree di specializzazione ben precise che rispondano ad esigenze organizzative del servizio sanitario nazionale (e su questo punto, magari, dirò qualche cosa anche dopo); dovremo porre le premesse per inserire l'infermiere professionale specializzato nell'organizzazione del servizio sanitario con competenze precise, riterrei anche ampliando le mansioni previste per l'infermiere professionale. E fra l'altro, pur parlando di mansioni, ho però qualche perplessità sulla opportunità che ci siano dei mansionari così rigidi e così ingessati. Dovremo porre anche le premesse per dare criteri che permettano di quantificare il fabbisogno di infermieri professionali specializzati nelle varie aree e quindi fornire criteri uniformi per la predisposizione delle

piante organiche; altrimenti potrebbe verificarsi uno scollamento fra la formazione, l'organizzazione e l'inserimento dell'operatore nei servizi.

Il dibattito che si è svolto in questi ultimi anni sulla figura dell'infermiere professionale è spesso frenetico ma, comunque, ritengo ricco. Partendo anche di recente da una situazione contingente di carenza di questo operatore tale dibattito ha toccato — e credo giustamente — i problemi collegati alla sua formazione e ha rimesso in discussione il percorso formativo di base dell'infermiere ponendo però anche problemi collegati con la sua formazione successiva e quindi legati alla formazione dei dirigenti, dei coordinatori, degli specializzati.

E qui, credo che debba essere sottolineato che l'aver posto il problema in questi termini così complessivi è anche merito della categoria degli infermieri che ha dimostrato, in questa occasione, anche una grande maturità professionale.

Oggi come oggi, noi non abbiamo ancora una legge che preveda, appunto, lo sviluppo formativo per l'infermiere professionale; però in campo della formazione sanitaria siamo talmente carenti di normativa che da noi anche un disegno di legge, in questo momento, viene visto positivamente. Per cui già su questo disegno di legge ci troviamo a discutere, già vediamo che questo disegno di legge traccia alcune linee-guida che dovranno senz'altro essere perfezionate, che dovranno essere completate con ulteriori norme anche più precise di indirizzo ...; comunque ritengo che sia un segnale che il livello nazionale sembra intenzionato a gestire questo spazio di cui si parlava prima, che la riforma sanitaria gli dà come competenza.

Dall'attuale disegno di legge, a me sembra di poter capire alcune cose: alla formazione di base, per l'infermiere professionale, si accederà con un titolo più elevato di quello attuale; i programmi, quindi, dovranno essere rivisti e potranno essere impostati su logiche anche diverse. Questi programmi di base potranno partire, comunque, dalla premessa che ci sarà — in alcuni campi, in futuro — una specializzazione successiva. Questo finora non c'era.

È prevista una formazione specifica per l'infermiere pediatrico e, quindi, qui mi pare si chiude anche un po' il discorso su un problema che era da noi emerso a suo tempo: la specializzazione in pediatria va inclusa come area specialistica, va inclusa nell'area intensiva.

Poiché è prevista la specializzazione per l'infermiere professionale, questo può aprire la strada per un riconoscimento giuridico ed economico dell'infermiere specializzato, io direi anche con mansioni più estese; ma permette anche di impostare la formazione di base senza l'ossessione di dover preparare da subito un infermiere che affronti anche campi di assistenza molto complessi.

Sarà possibile una individuazione, a livello nazionale, di settori dell'assistenza infermieristica nei quali attivare corsi di specializzazione ed individuare indirizzi nazionali uniformi circa la durata ed i programmi di studio.

Allora, a questo punto, a me pare che — se il progetto di legge approderà

poi anche a qualche cosa di più definitivo pur con il bisogno di interventi normativi successivi — almeno per quanto riguarda il problema della specializzazione, il quadro diventa più chiaro. Allora, a me premerebbe far presente alcune considerazioni che erano emerse a suo tempo nel dibattito che ha avuto luogo in provincia di Trento nel momento in cui si sono introdotti i corsi sperimentali di specializzazione per infermieri professionali. Il problema di fondo, secondo me, è questo: che cosa intendiamo, veramente, per infermiere professionale specializzato? A mio avviso il termine di «specializzato» può anche fuorviare, può anche far capire cose diverse. Noi, in realtà, crediamo di non aver bisogno di un operatore con i paraocchi, di un operatore che sappia applicare meccanicamente — anche se in modo molto preciso — alcune tecniche specialistiche; non abbiamo bisogno di un servo-macchina o di un servo-procedura, che entra in crisi ad ogni cambiamento tecnologico od organizzativo; né di un operatore assolutamente centrato su compiti e cieco e sordo a tutto il disordine che lo può circondare.

Credo che quando parliamo di infermiere professionale specializzato, in realtà, noi pensiamo ad un professionista di secondo livello che ha affinato e perfezionato alcuni aspetti metodologici e tecnici specifici e che li sa utilizzare, adattandoli con intelligenza, ai problemi che gli si presentano. È quindi un professionista completo che sa adattarsi ai cambiamenti tecnologici continui, alle modificazioni dei bisogni e delle domande dell'utenza, che sa riempire spazi di grande discrezionalità — che sono sempre presenti nel servizio sanitario — e che sa operare in un contesto in cui esiste un alto tasso di interdipendenza fra professioni diverse e in cui il servizio che, in realtà, poi viene fornito è il concorso di varie professionalità e non una somma matematica di vari interventi. Un professionista che sa lavorare anche con i colleghi ponendosi come esperto o come consulente su alcune problematiche complesse.

Si vorrebbe, in sostanza, un operatore più preparato — d'accordo — ma non in senso stretto come specialista. Se questa definizione un po' particolare di specializzato — sulla quale noi abbiamo lavorato, fra l'altro, anche per predisporre i programmi — ci sta bene, allora noi dobbiamo accettare anche alcune conseguenze.

La specializzazione infermieristica, secondo noi, non va polverizzata. Noi dobbiamo individuare poche aree di specializzazione e individuarle molto bene. Questo può aiutare in un certo qual modo anche successivamente la mobilità per gli operatori — non li incastriamo in alcuni reparti specifici — ma soprattutto evita anche di disperdere la formazione in infiniti rivoli ed evita di formare operatori specialisti in senso stretto e forse anche deleterio del termine.

La scelta delle aree di specializzazione va fatta con riguardo alla complessità dell'assistenza e non alla complessità tecnologica e non avendo come unico punto di riferimento le aree di specializzazione medica.

I programmi per gli infermieri specializzati — parlo per tutti e non solo per quelli dell'area intensiva — devono pertanto prevedere sempre dei moduli che permettano loro:

- di affrontare, di imparare a predisporre piani di assistenza applicando protocolli concordati e verificandone i risultati;
- di lavorare all'interno di piani di lavoro di reparto verificando gli obiettivi raggiunti;
- di instaurare relazioni corrette con pazienti e familiari, con collaboratori e colleghi, con operatori di diverse professionalità;
- di organizzare, conservare e catalogare dati e informazioni per il sistema informativo, per finalità epidemiologiche, per la ricerca;
- di contribuire all'autoformazione, alla formazione dei collaboratori, alla supervisione nei tirocini ed all'inserimento di nuovi operatori;
 - di predisporre azioni di educazione sanitaria per pazienti e familiari.

Tali indirizzi sono stati fatti propri, a livello locale e in provincia di Trento, nel momento della progettazione di corsi di specializzazione ed in particolare per la specializzazione dell'area intensiva; tali indirizzi hanno portato ad alcune scelte:

- è stato previsto un progamma unico per tutta l'area intensiva: anestesia, rianimazione, UCIC, dialisi, pronto soccorso, terapia intensiva neonatale;
- è stata riservata una percentuale del 33% di ore, quindi quasi 300 ore sul programma complessivo, per materie ed esperienze didattiche che fornissero competenze relazionali, formative, di educazione sanitaria, di programmazione ed organizzazione del lavoro, di supporto al sistema informativo ed alla ricerca;
- è stata prevista nei corsi di formazione un'attività didattica composita in cui utilizzare lezioni, lavoro di gruppo, simulazioni, addestramento guidato, tirocini e verifiche costanti di apprendimento.

Un'attività, quindi, che agisse veramente sulla personalità e sui comportamenti professionali e non solo, quindi, sulle conoscenze tecniche. A noi piacerebbe che questi indirizzi — che sono maturati da noi anche con difficoltà all'interno di discussioni e di un dibattito abbastanza complesso e che, peraltro, ritrovo in gran parte anche nel programma che ha proposto l'ANIARTI — potessero essere recepiti, anche a livello nazionale, al momento in cui si assumeranno decisioni circa la formazione degli infermieri professionali.

Vi ringrazio.

Sig. Mariotti

Io vorrei fare alcune brevi considerazioni portando nella discussione il punto di vista di chi rappresento, quindi di una Organizzazione Sindacale, dentro un dibattito che reputo molto interessante, pieno di stimoli e, probabilmente, anche istruttivo se non altro perché pone il sindacato di fronte,

in termini di rilievi critici, ad una serie di esperienze dalle quali avremmo molto da apprendere. E credo che voi ne siate più convinti di me.

Vorrei partire da un ragionamento che ha già fatto l'On. Renzulli e sul quale concordo e cioè: sbaglieremmo se parlassimo di tutto ciò di cui stiamo parlando senza contestualizzarlo dentro la discussione più generale che oggi si sta facendo attorno alle questioni della sanità. Una discussione che tutta ristretta fra opposti ideologismi e opposte certezze (che poi certezze in realtà non sono) ha quasi solo prodotto paralizzanti perdite di tempo e di energie. Oggi, probabilmente siamo in una condizione nuova e forse di miglior favore; una condizione che sta producendo una consapevolezza politica del «fare» piuttosto che del «predicare» e quindi si possono cominciare ad intravedere le condizioni per determinare un processo di ammodernamento di questo nostro ordinamento sanitario. Un processo che, a mio modo di vedere, dovrebbe puntare su pochi ma chiari, precisi ed ineludibili obiettivi.

Per prima cosa dobbiamo essere tutti consapevoli e convinti che dobbiamo realizzare un servizio sanitario più rispondente ai bisogni della gente. Mi sembra un concetto semplice, del tutto ovvio e rispetto al quale è sostanzialmente inutile dividerci, con atteggiamento maniacale, fra i detrattori del «tutto va male» e gli esaltatori del «tutto va bene».

No: dobbiamo sapere, più semplicemente, che c'è un servizio sanitario che, globalmente, non corrisponde ai bisogni del cittadino. C'è, altresì, un problema del quale dobbiamo tener conto e rispetto al quale molto e spesso, fino ad oggi, tutti abbiamo sbagliato: la necessità di porre sotto controllo e governare in modo diverso le dinamiche della spesa sanitaria. In altri termini, voglio dire che, un paese come il nostro, inserito in contesto economico ben preciso, non può non farsi carico del fatto che le modificazioni della spesa sanitaria debbano essere armonizzate con quelle che più generalmente sono le politiche di bilancio. Certo, in questo campo esiste una diversificazione di teorie di pensiero sia sotto l'aspetto economico che sociale; si può spaziare dalla più aperta concezione di Welfare-State per arrivare fino alla più rigida idea di liberalismo passando anche attraverso la sua più recente ed estremizzata delle varianti qual è il reganismo. Rimane però intatto il problema del come si evolvono le spese nel settore sanitario, di entro quali limiti contenerle per renderle compatibili con il concreto perseguimento dell'interesse generale di una collettività. Di questo problema anche noi, credo, dobbiamo farcene carico perché può essere uno dei modi per ripensare in termini più positivi e più moderni una funzione statuale in grado di corrispondere più compiutamente ai bisogni della gente.

Altro aspetto fondamentale è quello che noi dobbiamo perseguire la affermazione di una organizzazione dei servizi e del lavoro che permetta e faccia sì che ogni singola professionalità, ogni singolo operatore possa trovare valorizzazione ed emancipazione nel lavoro che fa. Badate bene io penso che questo sia un elemento fondamentale, improrogabile; o riscopriamo tutti quanti la necessità di fare del lavoro un momento di valorizzazione di se stessi, della

156 Mariotti

propria personalità, del proprio modo di essere, delle proprie aspirazioni o non si avranno le condizioni prime per far sì che un processo di riordino e riforma complessiva della Pubblica Amministrazione in generale e del Servizio Sanitario in particolare possa andare avanti. Fino ad oggi il lavoro, in tutte le sue forme, non ha trovato una adeguata valorizzazione perché il lavoro (e la sua valorizzazione) prescinde dal «come si fa» e dal valore sociale che riveste. La codificazione di questo concetto la si può ritrovare nell'assurdità dell'ordinamento della nostra Pubblica Amministrazione per il quale la retribuzione soggettiva è stabilita in ragione di «chi si è» e non per «quello che si fa» e per il modo con il quale lo si fa. Infatti si viene retribuiti in quanto si è infermieri, in quanto agenti tecnici, in quanto tecnici di laboratorio, in quanto medici, insomma per quello che si è, per la posizione giuridica che si ricopre. Che poi il contenuto della propria professionalità venga più o meno bene espresso, che le capacità di cui si è portatori vengano più o meno bene finalizzate questo è del tutto ininfluente rispetto alla quota di salario che individualmente viene assegnata: questa è la grande questione che ci troviamo davanti, che voi avete presentato nelle vostre discussioni, ed alla quale dobbiamo pur trovare un modo, fino ad oggi non sperimentato, di rispondere in termini adeguati. Ed è per questo, tra l'altro, un decisivo versante attorno al quale soggetti diversi, come il sindacato e le organizzazioni professionali, possono mettersi in relazione ed in rapporto per costruire e determinare le condizioni di un cambiamento possibile.

Un cambiamento rispetto al quale vi confesso di non essere particolarmente ottimista se devo prendere atto della qualità del dibattito che viene oggi sviluppato attorno ai problemi della sanità.

Vedo sì, come dicevo prima, questa consapevolezza nuova e decisiva alla necessità di dover decidere; vedo altresì ancora tanta confusione, tanta irragionevolezza, anche tanto dogmatismo che non credo aiutino molto in questa direzione. Constato pure, come ha già detto l'On. Renzulli, una incapacità sostanziale delle politiche del governo nazionale ad essere momento di coordinamento e di indirizzo chiaro e non ambiguo delle attività e delle scelte che in materia sanitaria si concretizzano a livello periferico.

Prevale, in vero, in queste politiche una accezione che ho già detto essere importante ma che non può rivelarsi unica e unilaterale; quella di impostare le politiche sanitarie attorno ad una riformulazione recessiva delle scelte di bilancio; cioè fare delle scelte con l'unico obiettivo di spendere di meno. In realtà è questa una esigenza pur vera, forse pure giusta purché sia correlata ad altre due considerazioni; in primo luogo che oltre a spendere di meno bisognerebbe puntare a spendere meglio, secondariamente che quello del contenimento della spesa non può essere l'unico punto di vista dal quale si affrontano i problemi della sanità.

In questo quadro vorrei rapidamente sintetizzare le questioni che voi ponete ed il modo come, a mio parere, dovrebbero essere affrontate a partire da tre aspetti fondamentali: il primo è quello dell'ordinamento del personale,

il secondo quello dell'organizzazione del lavoro, il terzo quello relativo alla formazione e alla qualificazione del personale.

Ordinamento professionale.

È ormai convinzione comune che è stato sancito il «de profundis» della

legge quadro del pubblico impiego.

La legiferazione ossessiva del nostro ordinamento statuale non regge più, non è più pratica che può mettere in sintonia la società legale con la società reale. Il sociologo e politologo Ralf Dahrendorf teorizza la necessità che il modello auspicabile di democrazia moderna sia caratterizzato dal «dominio della legge»; ma la legge può e deve essere dominio quando è capace di definire i cardini-guida dell'intervento, del ruolo e della funzione all'interno delle quali si realizza la identità dello stato non quando esorbita in prerogative che non dovrebbero appartenergli. Quello dell'assetto del personale della pubblica amministrazione è sotto questo aspetto, un paradigma emblematico.

L'ordinamento sanitario ha assolutamente bisogno di uscire dalla gabbia del DPR 761/79, dalla logica della legificazione dei profili professionali.

Deve, invece, affermare la pratica della piena contrattualizzazione del profilo professionale partendo dal fatto che esso si modifica e si evolve fin funzione della organizzazione del lavoro, dei suoi contenuti, delle sue finalità e del suo valore sociale. Affermare la possibilità che laddove il lavoro viene svolto lì si contrattano e si modificano i contenuti e le caratteristiche dei singoli profili professionali e lì si determina la quantità ed il valore del salario da corrispondergli è la condizione minima e indispensabile per valorizzare e riconoscere i contenuti professionali e per costruire corrette relazioni sindacali.

All'interno di questo ragionamento si colloca la proposta sindacale, che appartiene al dibattito di questi giorni, della modifica del rapporto di lavoro pubblico.

Un rapporto di lavoro pubblico così concepito non regge più, non è strumento utile a fare le cose che voi chiedete di fare. Ho proprio l'impressione che di strumenti di questa natura nessuno senta più il bisogno reale né i lavoratori, né chi ne tutela gli interessi né, ancora, i datori di lavoro pubblici.

Quello di cui c'è invece necessità, è un rapporto di lavoro contrattualizzato, all'interno del quale si dia concretezza a dinamiche, flessibilità e opportunità davvero capaci di qualificare i servizi e ottimizzare l'uso delle risorse disponibili.

Veniamo al secondo aspetto, quello relativo all'organizzazione del lavoro.

Devo innanzitutto dire di essere rimasto particolarmente colpito, in ter-

mini positivi, della vostra specifica esperienza: quella dell'Aniarti.

È importante rilevare, infatti, che voi siete una delle pochissime associazioni professionali sorte non in termini di identificazione esclusiva in una singola professionalità, bensì come tentativo di caratterizzare e riconoscere una pluralità di saperi e di contenuti professionali che operano all'interno di un'area determinata di servizi.

Si è in presenza cioè di uno dei primi e più significativi tentativi di realiz-

158 Mariotti

zare un concetto in ragione del quale ci si organizza in relazione ad un'organizzazione del lavoro che si crede debba essere affermata.

Da questa vostra esperienza, se ne debbono trarre, come dicevo prima, degli insegnamenti grandi e utili perché essa mette al centro della discussione il problema di come si può organizzare il lavoro all'interno dei servizi sanitari in modo tale che l'organizzazione stessa possa divenire lo strumento che consente di dare concretezza agli obiettivi che tutti diciamo di perseguire: migliore funzionalità dei servizi, una più razionale e consona gestione delle risorse, un più trasparente e rispettoso rapporto con gli utenti, una più elevata capacità di corrispondere ai bisogni veri della gente.

Non possiamo sottovalutare questo aspetto concernente l'organizzazione del lavoro; io penso che sia, o quanto meno sia destinato a diventare, uno dei fulcri attorno al quale cominciare a ripensare noi stessi e la nostra capacità propositiva e progettuale.

Il padre delle scienze cognitive moderne, Piaget, è arrivato ad affermare che «Il lavoro, come l'intelligenza, organizza il mondo organizzando se stesso»; a me pare che è proprio da qui che dobbiamo ripartire se vogliamo dare valore e prospettiva alle nostre aspirazioni e se davvero crediamo ad un cambiamento che si indirizzi nel senso della funzionalità, della efficienza, della umanizzazione dei servizi sanitari.

Ultima questione: formazione e qualificazione del personale.

Il discorso è inevitabilmente complesso. Partirei, anche qui in termini di concretezza, da alcuni punti che sono stati affermati e sui quali dobbiamo discutere ma che oggettivamente non possiamo mettere a fondamento delle nostre azioni future. Noi usciamo da una fase nella quale abbiamo discusso molto, prodotto un'innumerevole mole di disegni e proposte di legge, ma nella sostanza non abbiamo fatto nessun apprezzabile passo in avanti.

Oggi dobbiamo prendere atto che possiamo cominciare a discutere da alcuni punti fermi che è assolutamente improprio e inconcepibile collocare all'interno della discussione sull'emergenza infermieristica. Brutto e fuorviante questo neologismo ormai entrato prepotentemente nelle forme lessicali abitualmente usate dai nostri mass-media! Anche e soprattutto perché è spesso usato e abusato da chi pensa e crede che l'emergenza infermieristica sia risolvibile unicamente con provvedimenti che adeguino i salari di questi lavoratori. Si danno quattro soldi in più si incentivano e si fanno aumentare di qualche numero le domande di ammissione ai corsi di infermiere e così è risolta l'emergenza infermieristica.

Credo e spero sia consapevolezza generale almeno di tutti quelli qui oggi presenti che ben altri sono i punti di sostanza che debbono essere messi in rilievo allorquando si parla di emergenza infermieristica. Naturalmente nessuno tanto meno il sottoscritto, vuol sostenere che il problema del salario non rappresenti un aspetto rilevante, né tanto meno che alcuni importanti passi in avanti in questa direzione non siano stati compiuti con la chiusura della vertenza per il rinnovo del contratto di lavoro.

Un'ultima considerazione generale sull'emergenza infermieristica: non mi convince affatto un approccio che riproponga la vecchia visione della «centralità» di una figura come criterio di fondo per decidere strategie politiche e contrattuali.

Ho sempre personalmente diffidato di questo concetto vere o presunte centralità: ragione che ci ha spesso portato ad immaginare e disegnare mondi tolemaici; in teoria perfetti, in pratica semplicistici e inadeguati.

Il punto di fondo è che dobbiamo sì ripartire dagli infermieri ma per

mettere in discussione e ripensare l'intera organizzazione sanitaria.

Veniamo alla formazione. Il disegno di legge di riordino è un dato sul quale dobbiamo discutere. Dobbiamo discuterlo per farne finalmente uno strumento del fare. Una possibilità, anche usando l'opportunità offerta dalla sede legislativa per incominciare a intravedere degli scenari concreti magari a partire dalle cose dove è realistico intravedere una comunione di posizioni.

Intanto su questa storia del requisito d'accesso. È un punto non marginale e di sostanza e rispetto al quale pur con qualche accento di diversità, in
fondo anche spiegabile seppur non condivisibile, è ormai maturato un punto
di visto chiaro e ben identificabile: c'è un sostanziale accordo nell'affermare
che il requisito di accesso per la professione infermieristica debba essere il
diploma di scuola secondaria superiore. C'è poi la questione della laurea in
scienze infermieristiche ed anche qui si devono mettere da parte titubanze,
incertezze, organizzazioni sindacali e professionali; le parti politiche pur nella
consapevolezza della difficoltà di prefigurare un percorso compiuto concepiscono questo obiettivo come traguardo irrinunciabile per la strategia messa
in campo.

Detto questo è bene e utile confrontarci e discutere sui limiti e le insufficienze che possono suggerire l'utilità di un approfondimento per arrivare ad una conclusione che ci possa trovare il più ampiamente concordi e soddisfatti.

Noi dobbiamo renderci conto che dentro questo paese si è determinata una situazione che, allo stato di cose, rende impraticabile qualsiasi ipotesi di riforma della secondaria superiore. Questa sostanziale irriformabilità ci impedirà di poter realizzare modelli e percorsi formativi che possano prefigurare un ordinamento scolastico più strettamente collegato alle esigenze dell'apparato produttivo e del mercato del lavoro del nostro paese. Ci impedirà, in concreto, di incamminarci per strade che altri paesi europei hanno già intrapreso da alcuni anni, sicuramente correrà il rischio di ampliare le nostre difficoltà al momento di affrontare le scelte conseguenti all'integrazione europea del 1992; però tant'è. Questa è la situazione, di questo dobbiamo prendere atto fermo restando che nessuno ci può chiedere di aspettare per altri vent'anni l'arrivo di una araba fenice per cominciare un discorso di riforma e di riordino della formazione delle professioni infermieristiche in questo paese.

Un altro elemento, causa di una mia profonda preoccupazione, è questo del rapporto fra il ruolo delle Regioni e il ruolo delle Università. È davvero sconcertante dover constatare come in questo paese convivano, tra gli altri,

160 Mariotti

due decisivi e fondamentali soggetti del nostro ordinamento istituzionale e nessuno provi o riesca a metterli in sintonia tra loro in maniera tale che meglio e più utilmente possano assolvere, nell'interesse della collettività, alle finalità cui sono preposti. È possibile che si debba sempre e solo sentir ragionare in termini di contrapposizione di potere tra chi rivendica una autonomia e chi vuole affermare un ruolo senza che questa autonomia e questo ruolo si riesca a capire bene verso quali fini sono indirizzati?

Se davvero è l'interesse generale che si vuole perseguire allora due soggetti così importanti non possono che essere collaborativi tra di loro per riuscire a determinare un rinnovamento ed una riqualificazione dei processi di formazione anche in ambito sanitario. Questa mi sembra la battaglia più significativa che siamo chiamati ad affrontare su questo versante, perché una politica ed una gestione della formazione tutta giocata in termini di poteri contrapposti e di scorribande fra diverse istituzioni, non è certo quello di cui abbiamo bisogno per rispondere alle esigenze di un moderno e funzionale sistema sanitario.

Vorrei chiudere sul tema delle specializzazioni. Io preferisco esprimermi in termini di «formazione complementare» e non di specializzazione, su questo aspetto sono molto d'accordo con le cose dette al riguardo da chi mi ha preceduto. Il concetto di specializzazione si offre ad un'idea di frammentazione non a caso la stessa direttiva emanata dalla Comunità europea parla, in termini espliciti di aree «di formazione complementare».

Mi sembra un modo corretto di affrontare il problema anche per sfuggire al pericolo di chi intende la qualificazione e l'aggiornamento specialistico come un modo per formare l'uomo o il professionista in funzione delle macchine.

Si deve invece scomporre e dipartimentalizzare il complesso dell'organizzazione del lavoro e dei servizi in «aree vaste» integrate e messe in relazione fra di loro e rispetto al modo di funzionare delle quali programmare l'aggiornamento e la qualificazione del personale.

Non si può dare alla specializzazione un elemento di irrigidimento e di inflessibilità della organizzazione del lavoro perché qualora la gestione del sistema sanitario nazionale si trovasse difronte a questo vincolo che si andasse a sommare a quello economico, ciò che verrebbe messo in discussione potrebbe essere la sua stessa esistenza.

Fare della gestione del personale una risorsa è l'asse strategico attorno al quale agire per rimuovere quei vincoli e contemporaneamente ridare senso e valore al lavoro.

Le esperienze che in questa discussione sono state presentate, a partire da quella interessante e positiva di Trento, stanno a dimostrare che su questo terreno un nuovo interesse si sta consolidando ed esperienze concrete sono sperimentabili.

Certo, si deve operare perché si creino condizioni di riferimento generali che valgano per tutto il territorio nazionale; condizioni che assumono il carattere di vincolo al quale conformarsi.

Un vincolo che deve affermare il fatto che ad un'evoluzione professionale

e quindi ad una diversa qualità di lavoro corrisponda una diversa quantità di salario, altrimenti sarebbe incomprensibile il perché una persona dovrebbe migliorarsi, impegnarsi nello studio, disporsi al cambiamento e alla qualificazione per poi non aver nessun riconoscimento sotto il profilo salariale.

È la sfida innovativa che come organizzazioni sindacali ci siamo prefissati e in questo senso, a noi pare, a partire dal disegno di legge presentato in Parlamento sul riordino della professione infermieristica, si possa incominciare a discutere e ad intravedere possibili vie di uscita.

Su questa sfida, lo ripeto, io vedo un interessante momento di congiunzione tra associazionismo professionale e organizzazioni sindacali.

Noi dobbiamo trovare un modo costruttivo per rapportarci senza rinunciare a niente della nostra rispettiva identità ma sapendo riconoscere come valide e plausibili anche le ragioni degli altri.

La complessità spesso fa paura e la semplificazione invece ci porta sovente a trovare nel chiuso di noi stessi false ed illusorie certezze. Non tutti i problemi possono trovare soluzione a partire unicamente dalle elaborazioni, pur valide, che ognuno di noi è capace di sviluppare dal proprio specifico.

Dobbiamo tutti, invece, imparare a misurarci con la complessità predisponendoci all'utilizzo integrato delle risorse; da questo punto di vista, anche questa discussione, questa esperienza che state facendo ci aiuterà molto. Grazie!

Sig. Biscaro

Siamo alle soglie dell'anno 2000. Stiamo per entrare a pieno titolo nell'Europa unita. Si fa un gran parlare di innovazioni, di ristrutturazioni, di rifondazioni. Una cosa è certa, le funzioni della sanità e dell'infermiere non possono essere cambiate, possono invece essere più puntuali. In questo ambito va posto il problema del riconoscimento della professionalità e dell'immagine dell'infermiere.

La professionalità e l'immagine degli infermieri vanno riconosciute con i fatti e non a parole. L'infermiere è una professionalità centrale nella organizzazione del lavoro del Servizio Sanitario Nazionale. Il totale riconoscimento della professionalità infermieristica si ottiene con l'istituzione del «servizio infermieristico» e quindi con la realizzazione del superamento della definizione di professione «sanitaria ausiliaria» (riconoscendo soltanto così tramontata la dipendenza gerarchica dal medico della professione infermieristica). La professione infermieristica deve essere svolta in modo autonomo. La professione infermieristica deve essere nettamente separata dalla attività alberghiera che dovrà essere svolta dall'operatore tecnico addetto all'assistenza, che qualcuno avrebbe voluto chiamare «aiuto infermiere» e che la UIL avrebbe

invece chiamato, e preferirebbe chiamare, più propriamente, anche per non ingenerare confusione, operatore alberghiero.

Il testo del disegno di legge sulla riforma delle professioni sanitarie infermieristiche non assicura la realizzazione di questi obiettivi. Interverremo con forza perché venga emandato.

Siamo in presenza dell'emergenza infermieristica.

La definizione degli standards organizzativi — D.M. 109/88 — che fissa i parametri riferiti alle realtà dei presidi ospedalieri, escludendo i servizi territoriali (igiene, prevenzione e sicurezza nei luogi di lavoro, attività di medicina di base distrettuale, progetti obiettivo nazionali e regionali, tossicodipendenze, aids, maternità responsabile ecc.) ha posto in evidenza la carenza di 70.000 infermieri professionali che sale a 100/120 mila se si definiscono i parametri utilizzabili per commisurare anche i servizi territoriali.

Da tempo andavamo sollevando il problema dell'emergenza, lo stesso è esploso in tutta la sua gravità soltanto sotto la spinta della «legge di mercato», sotto la spinta della domanda e dell'offerta. Si tratta ora di porvi rimedio, seppur con quel ritardo dovuto alle molte, troppe distrazioni dei ministri che si sono avvicendati al Ministero della Sanità. Il Ministro De Lorenzo sembra intenzionato a recuperare i ritardi fin qui accumulati. Lo controlleremo a vista anche se dobbiamo riconoscergli che non è tra i ministri che navigano a vista.

Vogliamo ottenere, così come prevede l'accordo firmato con lo stesso Ministro De Lorenzo lo scorso 8 marzo la valorizzazione dell'attività infermieristica, il riconoscimento delle specializzazioni nel rispetto dell'ordinamento comunitario che dovranno comprendere il riconoscimento dell'Area Critica, la rivalutazione della crescente responsabilità delle funzioni direttive e dirigenziali dell'area infermieristica.

A questo proposito ribadiamo l'opportunità di istituire un corso di laurea in scienze infermieristiche per l'abitazione alle funzioni dirigenziali delle Scuole, dei servizi infermieristici ed alla docenza infermieristica.

La proposta contenuta al punto 3 dell'art. 2 del disegno di legge governativo, proposta voluta dal Ministro della Pubblica Istruzione, e sostenuta, seppur contro il parere del sindacato e del Ministro De Lorenzo, contraddice la tendenza a portare a livello universitario l'intera formazione infermieristica utilizzando anche la recente riforma che ha finalmente introdotto anche nel nostro paese il diploma universitario.

Siamo stati e siamo contrari alla ipotesi di dare inizio alla formazione infermieristica già nell'ambito dell'Istituto di Istruzione secondaria di secondo grado, in apposite sezioni per la durata di un triennio a cui sarebbe seguita l'iscrizione ai corsi per infermiere professionale della durata di un anno. Così come siamo contrari e consideriamo un errore, consentire l'accesso alla formazione infermieristica a soli 16 anni.

La UIL Sanità chiede di prevedere l'assegnazione di «borse di studio» dal valore più rispondente al trattamento economico complessivo previsto in fa-

vore dell'infermiere formato. Sarebbe questa una ulteriore iniziativa in favore della professione infermieristica che dovrebbe anche stimolare una maggior domanda di accesso alla scuola di formazione.

Il rinnovo dell'accordo sindacale di comparto firmato lo scorso 6 aprile e approvato nei giorni scorsi con decreto, divenendo così integralmente applicabile, ha soltanto iniziato a dare una prima significativa risposta di carattere economico alla professione infermieristica. Una professione che per i carichi di lavoro, il disagio, l'esposizione al rischio ed il ripetersi del mancato riconoscimento delle specializzazioni e della autonomia del servizio infermieristico, finisce per essere, giustamente, una professionalità rifiutata.

In coincidenza con l'avvio della aziendalizzazione delle USL e degli ospedali si dovrà prevedere, con la nuova stagione contrattuale, il prevalere delle «logiche di mercato», il che implica la definizione di un salario professionale che dovrà assumere un valore di attrazione «alla professione infermieristica». Il nuovo contratto dovrà quindi garantire una ulteriore significativa risposta

Congiuntamente si dovrà procedere, in futuro, ad una radicale riforma dell'istituto della incentivazione alla produttività in favore di un sistema per obiettivi assegnati che ponga fine alla scandalosa gestione del SUB 1 che riconosce e distribuisce tra pochi circa 2.000 miliardi all'anno, senza cogliere l'obiettivo di migliorare qualitativamente e quantitativamente la capacità di offerta erogabile all'utente.

L'area infermieristica dovrà, in futuro, ottenere anche un più giusto riconoscimento della produttività assicurata. Un più equo riconoscimento del salario di produttività.

Soltanto se assieme a voi daremo risposta a tutti questi problemi; soltanto se assieme a voi avremo la capacità di imporre la urgente necessità di riformare l'assetto organizzativo delle USL che dovranno essere svincolate dalla lottizzazione dei partiti, creeremo le condizioni per garantire un nuovo ordinamento giuridico del nursing ed il riconoscimento delle specializzazioni e le condizioni per garantire la tutela della salute dell'uomo, l'uomo che, come ha sancito il Congresso Nazionale della UIL Sanità, è il nostro futuro.

DIBATTITO

economica.

Primo intervento

Sono Luisa Saiani direttrice della scuola per infermieri di Trento. Complessivamente molto complete e molto interessanti le esperienze di questa Tavola Rotonda. Su alcuni aspetti, che mi sembrano anche nodali, mi piacerebbe

164 Dibattito

tornare con alcune riflessioni eventualmente chiedendo qualche chiarimento. C'è sempre questo fantasma di sottofondo a qualunque discorso che facciamo: se l'emergenza infermieri c'è o non c'è, se qualcuno la sta montando, se c'è più in un ospedale o invece in un'altro. Ecco, parlare di qualità di formazione, di qualità di carriera infermieristica — come abbiamo fatto oggi, con questo problema dietro le spalle così poco chiaro — è pericoloso e mi spiego perché.

Secondo me c'è chi tende ad esasperarla questa emergenza infermieri usando i numeri più incredibili (anche da Roma sono molto bravi su questo), c'è chi invece si guarda attorno un po' più da vicino nel proprio ospedale, in qualche ospedale o altro che ha potuto conoscere e vede che la situazione è tesissima in certi momenti dell'anno, è meno tesa in altri, è comunque difficile (bisogna prevederne di più di infermieri) ma non è drammatica e non saprebbe che farsene di migliaia e migliaia di infermieri. Allora chi grida al lupo, perché ne mancano tanti (centomila su molte fonti ufficiali) è poi portato a fare — di conseguenza — una serie di deduzioni. Se ce ne vorranno centomila in futuro vuol dire che ci vorranno tanti operatori addetti all'assistenza — e siano come siano — e vuol dire che ci vorranno tante sanatorie per i dipendenti interni (ancora generici che passano al secondo anno, terzo anno ... itinerari personalizzati ... magari basterebbe un diplomino personalizzato e la chiudiamo lì) e si inventano mille altre cose, mille altre soluzioni in vari punti d'Italia.

C'è chi, invece, (mi riconosco in questa tendenza) fa un'altra considerazione. Innanzitutto al di là dei numeri buttati sulla carta, guarda dentro al proprio ospedale, o altri ospedali limitrofi e vede che infermieri ce ne sono pur avendo dei periodi dove i carichi di lavoro superano di gran lunga le loro forze, però mi chiedo se la via d'uscita è proprio quella di provare a farne altre centinaia. In questo momento io, come direttrice, sto provando a farne centinaia in una provincia che invece ne assorbirebbe bene - rapporto scuola, reparti, tirocinio — magari 70, 80. E quindi: sotto pressione le scuole; grande uso dei sussidi economici, che ho sentito anche richiedere dal rappresentante della UIL, il più possibile vicino agli stipendi. Personalmente ritengo che debbano essere il più lontano dagli stipendi, perché è indecoroso. Credo che un'analisi sociologica attenta abbia dimostrato che la popolazione italiana può fornire giovani orientati alla professione infermieristica (guardate che parlo di «orientati», non «motivati», perché è una cosa già più difficile, sofisticata, da vedersi, da misurare) ... ragazzi che scelgono la professione infermieristica. Con questi sussidi aumenterà leggermente la quota degli iscritti alle scuole (ma, poi, vedremo, tra 3 anni — di tutti questi entrati con i sussidi — quanti ne saranno rimasti). Comunque è certo che questa professione è impegnativa, la cultura vigente è una cultura di falsi bisogni, di non accettazione della sofferenza e della malattia, non è vincente far l'infermiere (parlo in termini di valori e non di soldi), non è vincente per un genitore dire al proprio figlio: finite le superiori, o a metà delle superiori, vai a fare l'infermiere; perché questo infermiere oggi lavora in condizioni che non sono di gran prestigio e appetibili per i giovani.

Allora, mi chiedo: è giusto fare scelte strategiche che mettono miliardi (e li trovo rubati ai cittadini) in queste borse di studio per gli studenti invece che immetterle nel modificare radicalmente l'organizzazione del lavoro infermieristico negli ospedali e far star meglio gli ammalati?

E allora arrivo ad un altro nodo che si interseca poi con tutte le problematiche della formazione. È importante che troviamo anche ottiche diverse: sindacali, ministeriali, di funzionari ...; io sono molto contenta di questo perché in passato solo tra noi parlavamo di formazione e ci mancavano gli interlocutori con competenza a livello programmatorio-gestionale delle scelte formative; quindi riconosco anche il buon livello di integrazione e di interesse che altre istanze — fuori dalla professione — hanno verso la formazione.

Ma permettetemi ancora un altro dubbio: ho l'impressione che queste 2 parole chiave — formazione e organizzazione — stiano diventando molto presenti nel dibattito. Però c'è uno scompenso, c'è un grave scompenso acuto a mio parere (qui ci sta morendo il paziente): è che tutti li troviamo a parlare di formazione. Questa forza ha fatto sì che si articolassero ipotesi sofisticate, disegni di legge non perfetti, modificabili, interessantissimi, aborti (mi permetta l'ultimo intervento l'on. Morini perchè, intanto che stiamo parlando e affannandoci a tenere insieme il carro e voler studiare specializzazioni infermieristiche per aree omogenee, la più critica di tutte vuol fare la settaria, ed ha già trovato la sua stradina per diventare la specializzazione in nefrologia) ma, ancora una volta, tra chi lavora tutti i giorni e sta qui ai convegni ad elaborare strategie unitarie e complementari e chi sta nel ministero a fare quei progettini, c'è un abisso.

Torno al mio discorso su queste due parole — formazione e organizzazione — che è vero che vanno di pari passo, però hanno delle specificità.

Per affrontare l'emergenza, io ho visto — dagli articoli dei giornali, dall'intervento dei politici, e quello che più mi fa rabbia, dai sindacati — iniziative o proposte, tutte nell'ambito della formazione. È demagogico, se mi permettete, perché possiamo riempire le scuole infermieri come volete, dare miliardi a tutti quelli che hanno voglia di sedersi nelle scuole infermieri e far
finta di diventare infermieri e ad alcuni che lo diventeranno molto bene, inventare mille specializzazioni, poi ci dobbiamo rendere conto che le risorse
vanno spostate e radicalmente verso i reparti, i servizi, i distretti dobbiamo
chiederci se quello è il modo dignitoso di fare assistenza, se fosse lì che mancano materiali, supporti, modo di lavorare comune, figure nuove anche per
lavorare accanto a noi e a cui delegare altri compiti.

Ma questo ci vuole: un sindacato che cominci ad avere un progetto di riorganizzazione del lavoro negli ospedali dietro le spalle prima di fare il contratto perché, se ce l'ha dopo, nel contratto ci sono dei vincoli che non permettono a chi organizza di cambiare nulla dell'attuale struttura rigida dei compiti dei reparti.

E allora dico: sì, bene questo dibattere sulla formazione ad un livello alto

.166 Dibattito

come oggi, gli obiettivi che stiamo intravedendo sono interessanti. Attenzione, avremo gente formata stupendamente ma, in termini di storia dell'organizzazione, abbiamo dei reparti che sono più o meno le catene di montaggio delle industrie di 70 anni fa. Qui qualcosa non va.

Secondo intervento

Buon giorno. Io sono Braida della direzione della sanità del Friuli-Venezia Giulia. Volevo soltanto dire una cosa: una considerazione e una questione. La considerazione è il fatto che credo che l'ANIARTI possa essere contenta di due cose: da un lato avere scoperto che in alcune realtà regionali è stato scelto come interlocutore culturale per lo sviluppo di queste problematiche in maniera ufficiale, quindi avere contribuito a fare qualcosa oltre che, giustamente, diceva il collega, discutere, interpretare.

Il secondo dato è l'intervento dell'On. Morini che dice: va bene, la porta è aperta, si può discutere. Cioè, vuol dire, si può cominciare a costruire qualcosa anche in questa direzione. E credo che questi siano due dati importanti.

La questione che volevo porre è questa. Si dà carico e si darà sempre più carico alle Regioni in termini di programmazione sia organizzativa che della formazione di quadri, operatori, possibilmente legando questi 2 aspetti, quindi andando a valutare il bisogno formativo in relazione non solo alla quantità, ma anche alla qualità del prodotto che si vuole erogare, gli strumenti di verifica, ecc.

In che misura poi però una formazione che ha — come diceva l'On. Renzulli all'inizio — 2, invece che 3 partners (anche se comunque ne ha 2), cioè l'università e il servizio sanitario nazionale, in che misura questo passaggio potrà essere controllato rispetto agli obiettivi e alla programmazione che il servizio sanitario nazionale deve darsi, atteso che l'università — lo vediamo con le strutture sanitarie, ma lo vediamo anche con le strutture di formazione, ci considera un'altra cosa e gestita comunque secondo logiche diverse ed ha degli impianti di formazione al suo interno, diversi, e quindi, probabilmente, rispetto a una programmazione sia organizzativa che formativa da parte del servizio sanitario nazionale, può sfuggire. Questo credo che sia uno degli elementi importanti su cui riflettere. Aggiungo anche che, probabilmente, una progressione infermieristica a livello di studi può arrivare — e questo è un rischio, lo diceva anche Cantarelli stamattina — a livello apicale di uscire dalla linee infermieristiche e andare alla gestione delle vecchie baronie.

E allora, sia da un punto di vista di gestione, sia da un punto di vista di programmazione di obiettivi, è bene che i partners siano sempre di meno, però probabilmente questa è una cosa su cui riflettere e su cui la discussione è aperta.

Terzo intervento

Adriana Dal Ponte, responsabile dell'ufficio aggiornamento dell'USSL di Trento.

Anch'io condivido sia l'approfondimento sia il progetto generale ANIARTI per quanto riguarda la specializzazione infermieristica in Area Critica non più legata alla cultura medica, ma una specificità che è legata alla criticità e all'aspetto di complessità che è l'utente.

Questo credo che sia il punto più significativo. E la ricerca — anche nostra trentina — aveva messo in evidenza come moltissime prestazioni nelle varie aree, compresa l'area della dialisi, avevano le stesse caratteristiche per complessità, rapidità delle decisioni e scarsità delle informazioni che ha l'infermiere nel prendere la decisione rispetto a una situazione di emergenza.

In ogni caso anch'io ritengo che il nodo cruciale resta il cambiamento organizzativo perché oggi il problema della carenza infermieristica — tutti i dati lo confermano — non è tanto la difficoltà a formare infermieri, ma la difficoltà è trattenere gli infermieri negli ospedali. Questo è il problema: abbiamo Regioni con 5 anni di vita media professionale all'interno del servizio sanitario nazionale. Allora questo è il punto cruciale di disagio: sforzo enorme per formare, e dopo 5 anni l'infermiere — che è al momento massimo di capacità professionale — se ne va dal servizio.

Io vedo molto la specializzazione come modo con cui trattenere infermieri professionali, che si sono misurati sulle difficoltà dei nostri servizi, e concretamente studiano e propongono modelli organizzativi di cambiamento per dare una risposta all'utente, per dare risposta all'organizzazione.

È solo chi ha una sua esperienza e un livello professionale elevato che riesce a proporre cambiamenti. Il neo-diplomato non ce la fa perché ha — per almeno 1 anno, 2 anni — solo da apprendere il mestiere per riadattarsi a quelle che sono le richieste più formali, istituzionali dell'unità operativa in cui si inserisce.

Un altro problema cruciale è che — e mi rivolgo in particolare ai sindacati — ormai tutti gli infermieri sono d'accordo: sono stufi di essere tutti uguali. In una cultura, comunque, dove viene premiato la specificità e la specializzazione, l'essere rimasti tutti uguali ha portato un appiattimento, sia in termine economico, sia in termini di prestazione. Allora la specializzazione è anche un grande momento di confronto in una professione: ci saranno le differenze, ci sarà chi fa carriera e chi decide di restare fermo, però, se questa differenza è di qualità, ritengo che ormai diamo risposta agli infermieri che vogliono investire nella professione e migliorare le loro prestazioni; ma credo anche che i malati ci diranno un grazie per prestazioni sempre più qualificate.

Quarto intervento

Mi chiamo Marco e lavoro in un ospedale di Milano in pronto soccorso.

168 Dibattito

Quando ho iniziato a far la scuola per infermieri, anni fa, c'erano 120 posti disponibili e la copertura era di 70, 80 posti perché ... la gente non era molto attirata da questo tipo di corso. Premetto che mi sono diplomato in elettronica poi ho fatto la scuola infermieri: come mia scelta ho deciso di intraprendere questa professione. Nel mio ospedale, quest'anno, su 120 posti disponibili, si sono iscritti in 215 circa e il nostro ospedale non ha assolutamente le strutture per riuscire a formare queste persone.

È un ospedale che ha dei reparti chiusi perché mancano gli infermieri e la nostra scuola infermieri, durante questi anni, si è molto indebolita perché non è stata particolarmente curata risentendo di tutti i tagli alla sanità, di tutti i problemi dell'ospedale. Per cui, in questo momento, questo grosso afflusso di ragazzi nuovi, chiaramente mossi dalle più disparate motivazioni per fare questo lavoro (ho visto anche, per esempio, le pubblicità della regione Lombardia sulla scuola di infermieri, del ragazzo che cade, viene la ragazza e dice «ti medico io ..., sai, faccio la scuola per infermieri!» ... pubblicità demenziali, a mio parere) ... non troverà una organizzazione adeguata.

La cosa che mi preoccupa è che le nostre scuole sono in crisi e adesso non hanno la possibilità, comunque, di formare adeguatamente questa gente.

Da noi addirittura non ci sono le aule, raggruppano 70 persone nell'aula magna, cose di questo genere. E, di fronte a ciò, la formazione infermieristica che già aveva le sue carenze, in questo momento di emergenza infermieristica, veramente rischia di franare.

Nella nostra scuola, molte didattiche sono andate via e non sono state rimpiazzate, per cui, magari, ci sono 4 didattiche per 200 persone, questi ragazzi non avranno l'opportunità che io ho avuto a mio tempo, quando ho frequentato la scuola.

Vorrei chiedere alla direttrice della scuola di Trento se la loro Regione, di fronte a questo afflusso di gente ha adeguato le scuole dando veramente gli strumenti per formare le persone.

Ouinto intervento

(Marisa Cantarelli).

Le relazioni della tavola rotonda mi hanno stimolata a questo intervento, vorrei soffermarmi su due aspetti: l'emergenza infermieristica e l'organizzazione del lavoro.

Io leggo l'emergenza infermieristica come l'assoluta mancanza di programmazione, negli ultimi anni sono stati presi provvedimenti che hanno creato l'attuale carenza di infermieri.

Il D.P.R. 27 marzo 1969 n. 128 ha quantificato i minuti di assistenza per malati in 120' e 420' per la terapia intensiva nelle 24 ore. Allora ci si è improvvisamente accorti che gli organici non potevano essere coperti, perché mancavano infermieri, ed è scattata una riqualificazione.

Successivamente alcune regioni hanno legiferato diminuendo da 120' a 90' l'assistenza per malato, riducendo gli organici, la circolare CIPE ha bloccato le nuove assunzioni, per cui i posti che si scoprivano sono rimasti scoperti, i contratti nazionali del lavoro hanno portato le ore lavorative settimanali da 40 a 38 a 36 con turni continuativi rigidi per gli infermieri.

Tutti questi provvedimenti aumentavano la richiesta di personale infermieristico, ma alcune regioni hanno diminuite le ammissioni alle scuole per infermieri professionali per cui la carenza di infermieri non è sicuramente una emergenza, tuttalpiù una emergenza che permetterà la pseudo-formazione di nuove figure addette all'assistenza in sostituzione degli infermieri. Figure da preparare nel minor tempo possibile, con costi minori e nel prossimo futuro con stipendi minori. Il tutto a scapito dell'assistenza ai pazienti.

Il secondo aspetto è relativo all'organizzazione del lavoro, ritengo anch'io, come Saiani, che questo è un nodo fondamentale, ma vorrei lanciare una proposta.

Perché non finalizzare i fondi della formazione permanente per preparare le persone su nuovi modelli organizzativi, in modo da incidere seriamente, invece di disperdere in tanti piccoli rivoli le ingenti somme stanziate, che spesso non raggiungono gli obiettivi prefissati.

Sesto intervento

(E. Biscaro)

Credo che ci sia necessità di fare un minimo di chiarezza. Cosa vogliamo significare con l'affermazione: «siamo in presenza dell'emergenza infermieristica»? Il Governo ha approvato un D.M. che ha stabilito nuovi criteri organizzativi all'interno dei presidi ospedalieri. Noi lo abbiamo criticato perché quel provvedimento (l'On. Morini lo sa perché era presente alle trattative, agli incontri avuti col Governo) avremmo preferito che avesse definito standards organizzativi anche per i servizi, tra virgolette, «territoriali». Però una volta che si è stabilito un sistema nuovo per la definizione della organizzazione del layoro, si dovrebbe attivare la flessibilità all'interno di essa, dei turni di layoro, dell'orario di layoro. Se poi i responsabili di servizio, le direzioni sanitarie, il direttore sanitario, il presidente della USSL, non hanno la capacità di interpretare e applicare le norme contrattuali, non è certamente colpa del sindacato. Che cosa concorre ancora alla definizione dell'emergenza infermieristica: i meno 70.000 o i meno 100.000 infermieri professionali che — piaccia o no - mancano se volessimo organizzare in maniera differente i servizi nel nostro paese è anche dovuto forse (noi spesso lo denunciamo, anche questo fatto) ad una cosa strana che molto spesso registriamo nel paese: si approvano nuovi posti di primario, nuovi posti di aiuto, si approva l'apertura di nuovi reparti, di nuove divisioni pur sapendo che non c'è la dotazione di personale infermieristico tale da garantire la copertura dei servizi già esistenti e la copertura dei servizi che si vanno ad aprire.

170 Dibattito

La sommatoria di tutte queste situazioni determina l'emergenza infermieristica perché se noi volessimo garantire una diversa, più puntuale organizzazione del lavoro, una più puntuale risposta alla domanda dell'utenza, dovremmo avere già presenti sul posto di lavoro, utilizzabili, minimo 70.000 infermieri professionali. L'Italia è lunga, si diceva questa mattina! E io condivido:
l'Italia è lunga, tant'è che si creano situazioni differenti: nel sud, nel centrosud, per accedere alla scuola per infermiere professionale bisogna essere raccomandati perché sono superiori le domande ai posti della scuola; nel centronord invece succede, per le notizie che abbiamo noi, l'esatto contrario: non
si riescono, salvo qualche eccezione, a riempire tutti i posti di scuola disponibili.

Ulteriore dimostrazione delle differenze: nel centro-sud abbiamo infermieri professionali disoccupati, perché una volta che ottengono il titolo abilitante, le Unità Sanitarie Locali non promuovono bandi di concorso. È vero che con le finanziarie si provvede di anno in anno al blocco delle assunzioni, però è pur vero che alcune eccezioni sono consentite, se si chiede l'autorizzazione alla copertura di alcune percentuali di posti vacanti — soprattutto se riferiti alle figure assistenziali — le autorizzazioni sono state date. Anche qui le 2 Italie: nel centro-sud non si chiedono le autorizzazioni, non si procede ai concorsi, quindi abbiamo infermieri professionali disoccupati; cosa completamente opposta si realizza al centro-nord.

Sono dati di fatto, tant'è che queste stesse denunce di recente le ho sentite fare anche dal ministro della sanità; quindi, vuol dire che qualcosa di vero c'è, se anche il ministro della sanità afferma queste cose che noi condividiamo. E allora bisogna fare delle proposte per cercare di modificare la situazione, tenendo anche conto che abbiamo la fuga degli infermieri! Io credo che uno dei motivi per i quali appena possono scappano dall'assistenza diretta è proprio perché l'organizzazione del lavoro lascia alquanto a desiderare. Se avessimo in servizio i 70.000 infermieri che mancano, il carico di lavoro sarebbe differente, lo stress sarebbe minore, i turni di lavoro sarebbero differenti, molto probabilmente ci sarebbe una diminuzione delle fughe.

Riteniamo che alla fuga, fino a ieri, abbia contribuito anche il trattamento economico che veniva riservato alla figura infermieristica. Ci pare che con il contratto ultimo sia incominciata un'inversione di tendenza o, comunque, una correzione; e allora, se correggiamo o tentiamo di intervenire su una diversa organizzazione del lavoro, se tentiamo di intervenire correggendo con il contratto, se correggiamo anche i percorsi formativi perché non si può pretendere che ad alcune figure si dica: «Tu stai tranquillo perché continueremo a chiedere diploma di scuola media secondaria di secondo grado, dopo di che ti fai il corso parauniversitario di 2 o 3 anni», e all'infermiere si continua, invece, a mettere in discussione se debba continuare a fare corsi gestiti dalla Regione e quindi dalla USSL o se, invece, una volta che decide di iscriversi a questa scuola non debba rimanere all'interno della scuola pubblica, non debba rimanere all'interno dell'università. A me pare che bisogna far sentire con forza le nostre necessità; per accedere alla formazione, al titolo abili-

tante alle funzioni infermieristiche, una volta che si entra nella scuola pubblica, utilizzando la riforma Ruberti, non si esce perché altrimenti, a nostro giudizio, anche questo diventa un elemento che crea confusione, che crea qualche titubanza e che magari crea anche qualche, come dire, freno ad accedere alla scuola per la formazione degli infermieri.

Dobbiamo incentivare l'accesso alle scuole per infermieri professionali. E allora, non voglio fare demagogia: dobbiamo dare una corretta risposta economica al lavoratore dipendente, ma dobbiamo anche riservare qualche attenzione a chi frequenta le scuole. E il problema, lo possiamo risolvere con i contratti, con gli accordi regionali (e a me risulta che ci siano accordi regionali in tutta Italia che vanno a prevedere un riconoscimento economico per chi accede alla scuola per infermieri professionali).

Siccome oggi è d'attualità dire che vogliamo andare verso il superamento del rapporto del pubblico impiego, invocheremo l'applicazione della legge sul contratto di formazione al lavoro e chi accede alla scuola per infermieri, lo pagheremo comunque.

Settimo intervento

Rapidamente: emergenza infermieristica sì, emergenza infermieristica no. Al di là della letteratura sull'emergenza di cui la recente storia d'Italia è piena, se ci abituassimo a programmare sulle risorse risolveremmo un problema, avremmo un approccio finalmente serio. E allora, due facce del problema: da una parte (e giustamente è stato sottolineato) ci sarebbe la necessità che finalmente si affrontasse - ognuno facendo la propria parte - uno dei problemi del servizio sanitario nazionale che è l'organizzazone del lavoro. Ognuno faccia la propria parte, lo dico anche ai sindacati che non possono semplicemente invocare, con una sorta di posizione di principio: bisogna organizzare il lavoro e dopo mantenere in piedi tutto l'apparato del garantismo possibile ed immaginabile! Dopo di che, se uno sposta un infermiere da una stanza all'altra, è trucidato. E allora, se si organizza il lavoro, si ha il segno, in termini quantitativi, di quale è il fabbisogno. E allora da qui, con un minimo di programmazione sanitaria, anche in termini grossolani (che possono essere fatti a livello di Regione) si ha l'evidenza dell'esigenza quantitativa. E su questo si calibrano le risorse da dedicare alle scuole.

E peraltro verso, le Regioni (mi pare che qualche esempio significativo oggi ci sia stato dato dai rappresentanti delle due Regioni qui presenti) facciano anche un'opera di seria bonifica delle scuole esistenti all'interno del territorio con una programmazione seria, con tutte le flessibilità che vogliamo, ecc ... ma, a questo punto, si ha, finalmente, una sorta di quadro di comando che ha una serie di tastiere di fronte con le quali incomincia ad impostare una seria politica del personale.

Uno degli elementi sui quali è caduto il servizio sanitario nazionale è stato proprio questo: la mancanza di una serie politica del personale in tutte

172 Dibattito

le sue grandi sfaccettature. Allora: ci saranno delle emergenze quantitative, ma vi sono anche delle emergenze qualitative.

Mi pare che il senso di quanto questa mattina ci è stato detto è: quando si invoca una specialità è proprio perché si vuol venire incontro ad un bisogno evidente, ad una sua propria e vera specificità.

La seconda questione sollevata da Braida: il tema è indubbiamente interessante. I rapporti, finora, tra servizio sanitario nazionale e università sono stati improntati ad una guerra guerreggiata, a tutto campo, con l'ordinamento che c'è, che si sa è fortemente squilibrato nei confronti della università. Con la 4227 abbiamo cercato di introdurre qualche elemento di novità laddove parliamo, ad esempio, di ospedale di insegnamento che rompe un principio e assicura al servizio sanitario nazionale una corposa e potenziale dimensione di sviluppo che appartiene tutta alla dipendenza del servizio sanitario nazionale, non all'università.

L'università assicura l'ordinamento ed è su questo schema che a me piacerebbe impostare il ragionamento per questa nuova disciplina dell'ordinamento della professione infermieristica. Certo, dovremmo trovare nuovi equilibri. Ma un equilibrio va subito detto che c'è già e che è la titolarità piena della dirigenza infermieristica ad essere docente perché altrimenti avremmo lavorato tanto inutilmente. Forse la Maioli ricorderà la battaglia che si è fatta nella nostra Regione quando è stato il momento di far passare la legge sull'ordinamento delle scuole per fisioterapisti: non sono i fisiatri direttori delle scuole, ma sono i fisioterapisti direttori delle scuole. E su questa linea bisogna andare. Certo, avremmo battaglie da fare ma credo che su questo si possa trovare una giusta alleanza finale.

Un'ultima considerazione (mi pare riferita dal Dal Ponte) sulla differenza di qualità. Mi trova perfettamente d'accordo anche perché auspico, in quello che sarà uno dei grandissimi temi cruciali del rapporto tra pubblico e privato nel servizio sanitario nazionale che a questo punto cesserà di essere servizio per diventare sistema e in cui il privato, se sarà privato serio, rifiuterà la convenzione per essere privato che si pone sul mercato. E sarà dura perché esigerà che il settore pubblico diventi veramente competitivo; a quel punto il pubblico, al suo interno, si deve per forza di cose «privatizzare», dando la possibilità, a chi più vale, di contare di più con tutto quello che ciò comporta.

Ottavo intervento

Io, onestamente, ho più paura della cultura dell'emergena che non dell'emergenza in se stessa. Nel senso che a me spaventa tutto ciò che, rispetto al fatto che sappiamo che c'è un'emergenza, viene fatto in termini di interventi straordinari che cercano di modificare lo stato ordinario delle cose. Allora noi dobbiamo prendere atto — senza poi fermarci sui nominalismi — dello stato delle cose, dello stato dell'arte. Abbiamo una situazione di oggettiva dif-

ficoltà che è variegata all'interno del nostro sistema sanitario nazionale, perché non è vero, non è assolutamente vero che in tutte le parti c'è la stessa situazione. E questo bisogna che ce lo mettiamo bene in testa perché ragionare e programmare significa partire dall'avere la consapevolezza dello stato delle cose. Se questo èvero, io vedo un grande rischio: che c'è «un empirismo indimostrato» su questa storia dell'emergenza ... Basta che si prenda la questione del decreto Donat-Cattin. È vero che se lo si applicasse in una certa maniera verrebbero fuori 70.000 infermieri in meno, ma se provassimo a chiudere tutti gli ospedali, che il decreto dice di chiudere, probabilmente non ci sarebbe emergenza perché non mancherebbero infermieri.

Il punto vero è che in Italia si trova sempre un modo, una piega nella legge per poterla applicare in maniera tale che torni comodo ai propri interessi. La questione vera è che noi dovremmo chiaramente trovare un equilibrio che è quello determinato da una programmazione complessiva del servizio sanitario nazionale fra popolazione e addetti.

È dimostrato che abbiamo un numero che è squilibrato perché ad un eccesso nel numero dei medici corrisponde un'insufficienza del numero degli infermieri; però io continuo a non chiamarla emergenza e, ripeto, mi spaventa il fatto che il concetto con il quale tendiamo a rispondere è un concetto che non tiene più conto del problema qualità. Il modo con cui alcune Regioni, anche in questi periodi, hanno dimostrato di voler rispondere al problema dell'emergenza credo che porterà ad uno scadimento drammatico della qualità che le scuole di formazione professionale daranno della qualità che gli infermieri avranno quando usciranno da queste scuole. Quindi, da questo punto di vista dobbiamo riuscire davvero a trovare un equilibrio fra la capacità di programmare e la quantità di risorse che ci sono per attuare una programmazione. E lì calare gli interventi.

Nono intervento

(On. Morini)

Io sono stato molto telegrafico nel mio intervento per obbedire ad un invito della Presidente che poi non è stata altrettanto rigorosa con altri e quindi ho corso il rischio di essere stato anche scarsamente compreso. Peraltro ero venuto prevalentemente per ascoltare, per capire (atteso che c'è n'é sempre bisogno). La direttrice Saiani ha detto cose molto giuste, in gran parte condivisibili e il tono è stato, a mio parere, saccente, pertanto inaccettabile ... perché non si può parlare di aborto, di un argomento o di una decisione che io ho soltanto annunciato come esempio e che non ho esposto e non ho, quindi, esposto nel merito. Qual è la scelta della specializzazione in nefrologia e tecniche dialitiche? Peraltro io potrei anche cavarmela e dire: è una vicenda che ho trovato in eredità; e però ho detto che l'ho portata avanti. L'ho portata avanti proprio per affermare il principio della specializzazione. È per questo che c'era il mio interesse ad ascoltare.

174 Dibattito

È chiaro che quando arriveremo a determinare quante specializzazioni occorrono sarà difficile determinare tutte le istanze e quindi si dovranno dire dei no; assieme a qualche sì. A questo punto verranno i problemi, ma credo che i problemi debbano essere affrontati.

La Dr.ssa Cantarelli ha fatto tutta una «consecutio» di atti indirizzati a determinati obiettivi. Magari fosse così! Quando sento dire: si è fatto questo perché dietro c'è questo, dico: magari fosse così! Un'intenzione, anche quando è perversa, è sempre un'intenzione, è sempre un fatto positivo. Talvolta, invece, le vicende accadono per grande causalità, per grande confusione.

Ora, la sanatoria di tanti anni fa, era figlia dei tempi; il Parlamento è figlio dei tempi e della cultura del momento. Oggi i tempi sono cambiati e quindi chi teme la sanatoria, teme invano. Nel senso che oggi non ci sono le condizioni per le sanatorie, oggi ci sono i tempi per la professionalità, per la specializzazione. E quindi il Parlamento è figlio dei tempi, è collegato coi tempi, e pertanto chi pensa che si tira fuori l'emergenza per poi arrivare alla sanatoria, vuol dire che non capisce i tempi.

Non parlo della vicenda DM sugli standards perché è un provvedimento largamente inattuato, censurato nelle procedure della Corte Costituzionale, e quindi non è neanche entrato in vigore, è stato un'esercitazione di tipo prevalentemente programmatorio culturale, ma non pratico. Dò soltanto due cifre che sono ricavabili dai dati ufficiali: tra infermieri professionali e infermieri generici, fra limiti di età e collocamento a riposo anticipati, se ne vanno via 20.000 l'anno; ne diplomiamo poco più di 10.000 l'anno. È da tre anni che succede questo. Quindi io do soltanto questi numeri quanto ad emergenza.

GRUPPO DI RICERCA ANIARTI SUL TEMA: IL SONNO ED IL RIPOSO: BISOGNO E RISPOSTA INFERMIERISTICA PER UN'ASSISTENZA DI QUALITÀ

IL SONNO E IL RIPOSO: ASPETTI NEUROPSICOBIOLOGICI E LE ALTERAZIONI PIÙ COMUNI DEL SONNO

TIZIANA LAVALLE (1), SILVIA VILLANI (2) (1) IPS A.R. CCHPerfusionista - BOLOGNA (2) IP - BOLOGNA

Nell'affrontare la ricerca bibliografica necessaria per questo lavoro, siamo partiti da una analisi generica del materiale per renderci conto di cosa effettivamente si conosceva sull'argomento del sonno e del riposo, dei ritmi sonno-veglia e la prima parte delle nostre letture ci ha portato a seguire l'evoluzione storica.

In un secondo momento abbiamo cominciato a porci domande.

Se alla prima: «Cosa si sa sul sonno e sul riposo?» abbiamo trovato risposte esaurienti, anche se l'argomento non è privo di possibili evoluzioni, per le altre abbiamo incontrato maggiori difficoltà.

Ci siamo posti questi quesiti:

«come dorme un paziente in Area Critica?»;

«quanto dorme?»;

«sogna e cosa sogna?»;

«vi sono effetti visibili da attribuire alla deprivazione di sonno?»;

«se vi sono effetti, quali risposte possiamo dare?».

Il riesame della bibliografia ci ha mostrato che la deprivazione totale o di almeno due terzi del sonno totale costituisce un grave pericolo per l'equilibrio e la vita dell'uomo.

Già i Sumeri utilizzavano la deprivazione di sonno come pena capitale. Aserinsky e Kleitman negli anni '50 avevano studiato sperimentalmente i gravi danni psicofisici da insonnia totale insorgenti dopo settantadue ore di veglia assoluta.

Se a tale procedura si associava la deprivazione sensoriale, l'angoscia si generava dopo le prime quattro ore e i disturbi psichici aumentavano parallelamente ai disturbi neurovegetativi col trascorrere del tempo: tachicardia, tachipnea, sudorazione profusa, agitazione psicomotoria con allucinazioni fino al delirio.

La domanda alla quale non abbiamo potuto rispondere è la seguente: «Cosa sogna un malato accolto in Terapia Intensiva e quanto sogna?».

Poiché il sonno e il riposo sono necessari all'uomo quanto altri processi che regolano la vita, gli studiosi li hanno classificati come bisogni/motivazioni fondamentali.

Nel 1966 Henderson li classificò al 5° posto della sede delle attività umane dopo respirazione, alimentazione, idratazione, eliminazione, movimento e postura. Nel '54 Maslow li aveva classificati tra i bisogni di resistenza fisica e di sicurezza.

In questi ultimi anni psicobiologi hanno formulato numerose teorie sul sonno, prendendo però in considerazione sempre aspetti parziali, quindi visioni complessive dell'argomento; gli studi sull'attività dei primati hanno riscontrato un argomento ciclico nel quale alcuni momenti del giorno sono più vitali di altri.

Questi periodi biologici vengono chiamati «ritmi circadiani» dal latino circa diem (di circa un giorno).

L'uomo, come gli altri primati, tende ad essere più attivo durante le ore diurne e meno attivo durante le ore notturne, in corrispondenza dell'abbassamento della temperatura corporea.

Questa ciclicità permette di dividere la giornata in tre momenti: veglia attiva, veglia rilassata e sonno.

Quest'ultimo si può a sua volta suddividere in sonno NREM (no rapid eye moviment) e sonno REM (rapid eye moviment).

La veglia attiva è lo stato nel quale trascorriamo la maggior parte della giornata, e nel quale compaiono le nostre abilità in studio, lavoro, hobbies, divertimenti.

La veglia rilassata consiste nel riposo ad occhi chiusi accompagnato da rilassamento muscolare.

Questo stato presenta un rallentamento delle attività biologiche, l'individuo rimane cosciente pur diminuendo la percezione degli stimoli esterni.

Qualora si approfondisca il distacco dall'ambiente, si possono manifestare movimenti muscolari spontanei e produzioni fantastiche.

Il sonno vero e proprio rappresenta quella parte di esistenza, generalmente pari al 25, 33% delle ore quotidiane, dedicato al recupero delle energie, fino a non molto tempo fa erroneamente considerato un momento di inattività dell'organismo molto simile alla morte.

Il processo del dormire, come abbiamo detto, si può ulteriormente suddividere in sonno REM e sonno NREM.

Il sonno REM rappresenta un aumento dell'attività cerebrale ed è caratterizzato dalla presenza di movimenti oculari rapidi (da cui il nome), atonie muscolari generalizzate con presenze di tonie automatiche alle estremità superiori ed inferiori, erezione parziale o totale del pene scevra da significati legati alla sessualità.

Tale fenomeno è presente sia nel bambino che nell'adulto.

Il sonno REM viene chiamato anche sonno D da *Dreaming* perché in questa fase si ha la produzione fantastico onirica.

L'attività cardiorespiratoria è irregolare.

Rappresenta il 50% del sonno totale del neonato e si attesta nell'età adulta intorno al 20, 23% con una flessione intorno al 18% nell'età puberale.

Nonostante l'attività cerebrale sia elevata, è il sonno più profondo, quello dal quale è più difficile risvegliare un dormiente, e per questo viene detto «sonno paradosso».

Il sonno NREM non presenta movimenti oculari.

È detto sonno S da *Sleep* ed è caratterizzato da attività respiratoria e cardiaca regolare rilevabili da FC e FR bradisismiche.

È uno stato più leggero del sonno REM ed è più facile risvegliare un dormiente in questo periodo.

La fase NREM si può a sua volta suddividere in quattro stadi: S1, S2, S3, S4, che rappresentano momenti di successivo approfondimento del sonno.

Nelle fasi S1, S2 comunque l'individuo mantiene una certa ricettività nei confronti degli stimoli esterni e può ricordare avvenimenti o discorsi uditi.

Studi effettuati da Dement nel 1966 e confermati da altri in seguito, hanno dimostrato che la privazione di sonno provoca effetti sull'equilibrio psicofisico e che la deprivazione di una specifica fase richiede non un recupero di sonno in generale, ma di quel tipo venuto a mancare, poiché l'equilibrio dipende non solo dalla quantità di ore dormite, ma anche dal rapporto tempo REM/tempo NREM che deve rimanere costante.

Mediamente un individuo adulto effettua 4-6 cicli di sonno, per notte. Ogni ciclo dura circa 90 minuti ed è così composto:

S1 circa 15 minuti:

S2 circa 15 minuti;

S3 circa 10 minuti:

S4 circa 30 minuti;

REM circa 20 minuti.

Nell'anziano diminuisce il tempo S3 e S4, aumenta il tempo S1 e S2 mentre la fase REM può rimanere invariata o variare di tempo nei vari sonnellini.

Il principio della costante del rapporto REM/NREM costituisce un'importante conoscenza per chi opera dopo la somministrazione di ipnotici, barbiturici o diazepam, farmaci che agiscono provocando una riduzione dello stato REM.

Gli operatori debbono quindi provvedere a favorire un recupero del sonno REM perduto onde evitare possibili squilibri psicofisici al paziente.

Durante le ore dedicate al dormire non ci sono solo variazioni del tipo di sonno o, come si diceva all'inizio, della temperatura corporea.

L'ormone della crescita (Growth ormone) presenta una variazione nictemerale: il suo titolo, cioè, aumenta durante la notte.

La prolattina ha lo stesso comportamento, ma le modificazioni della presenza plasmatica tendono a sincronizzarsi con le fasi NREM.

Il TSH (ormone ipofisario tireostimolante) diminuisce durante il sonno notturno e gli ormoni LH (luteinizzante) e testosterone aumentano durante la notte nel periodo puberale per poi diminuire il loro andamento circadiano durante l'età adulta.

Anche il sistema renina angiotensina subisce variazioni nictemerali ed agisce sulla secrezione di aldosterone con il risultato di una produzione notturna di urina in quantità inferiore, ma a concentrazioni superiori rispetto al corrispettivo diurno.

Queste variazioni sono accompagnate da quelle che compaiono nel tracciato encefalografico.

180

Mentre nella veglia attiva il grafico mostra sequenze di onda di attività rapida, irregolari e di basso voltaggio, nella veglia rilassata si ha un rallentamento dell'attività elettrica con comparsa di onde alfa con frequenza (f) di 8-12 cicli al secondo (Hz = Hertz) ed ampiezza di circa 50 microvolts (mv) nelle regioni occipitali.

Nella fase S1 del sonno NREM si ha una progressiva diminuzione delle onde alfa e la comparsa di onde theta lente a frequenza di 4-7 Hertz ed ampiezza di circa 100 mv.

Nello stadio S2 compaiono *spindlee* (fusi) onde disfasiche dette K ed onde theta di bassa ampiezza e scariche di 16 Hz.

Nella fase F3 compaiono onde delta a frequenza inferiore a 4 Hz ed ampiezza di oltre 200 mv con progressiva diminuzione degli *spindlee* e dei ritmi rapidi.

Nello stadio S4 il tracciato è diminuito per il 50% da onde delta a voltaggio crescente.

Durante il sonno REM l'elettroencefalogramma è caratterizzato da complessi rapidi a basso voltaggio ed a frequenza variabile che mimano il tracciato della veglia attiva od a denti di sega.

Il sonno e riposo sono quindi, due complessi processi che accompagnano la vita dell'uomo e che non sono da essa eliminabili.

Da questo quadro generale si può dire che il complesso sistema del dormire fa parte delle attività umane tese a mantenere l'equilibrio necessario a favorire l'andamento dell'uomo e all'ambiente ed alla sua sopravvivenza.

Il significato funzionale del sonno prende in considerazione questo principio.

Il sonno NREM, soprattutto nella sua componente delta, è collegato alla conservazione e ristoro delle funzioni vegetative e di base, in particolare con le necessità metaboliche, termoregolatrici ed omeostasiche.

Il sonno REM è legato alle funzioni cerebrali superiori ed a quelle mentali che si riorganizzano in questa fase.

Il periodo REM è implicato nelle funzioni psicologiche e costituisce una «cornice biologica» adeguata allo sviluppo di specifiche attività mentali.

In studi sperimentali ad essi relativi si è osservato che oltre all'attività del sognare si produce un aumento della sintesi proteica, del processo di elaborazione delle informazioni, e della loro memorizzazione attraverso il trasferimento dei ricordi della memoria a breve termine alla memoria permanente.

Il processo di maturazione corticale appare stimolato dal sonno REM nel feto prima e nel neonato poi.

Questo modulo comportamentale endogeno sembra essere indispensabile e nella sinapticogenesi corticale.

Studi di Hartman hanno messo in relazione lo stadio REM con la produzione di catecolamine e suggeriscono la presenza di una diminuzione del tem-

po ad esso dedicato nei pazienti con depressione psicotica, stato nel quale si può riscontrare una deplezione di catecolamine.

Secondo Carrington il sonno REM rappresenta una periodica stimolazione endogena e la conseguente riafferentazione della corteccia cerebrale il cui

tono era caduto durante la fase NREM.

Oltre a funzioni neurobiologiche, il sonno ed il riposo hanno funzioni psicologiche: il riposo o veglia rilassata promuove il ripristino di un'equilibio ristorativo dopo lo stress o fatica fisica, il sonno NREM invece come passaggio preparatorio al sonno REM o stadio onirico.

Secondo la psicoanalisi, teoria confermata successivamente dalla etoneurobiologia, il sogno ha carattere degli istinti, indispensabile per una rappresentazione periodica delle relazioni che gli elementi del mondo interno hanno

tra loro e la realtà.

Tale rappresentazione ha in sé una plasticità narrativa che permette l'elaborazione delle emozioni e del pensiero cosciente, e facilitano il costante adattamento dell'uomo alla realtà.

Questa concezione del sonno e del sogno permette di reinserire le funzioni mentali dell'uomo nel grande capitolo della teoria evoluzionistica.

Gli studi sul sonno vengono effettuati da polisonnografi che registrano l'EEgramma, l'elettroculogramma, l'elettromiogramma simultaneamente.

Alcuni lavori effettuati in pazienti ricoverati in ICU e messi a confronto con utenti di un laboratorio del sonno, mostrano nei pazienti ricoverati una diminuzione del sonno totale, un aumento dei risvegli notturni, un aumento dei tempi di veglia, un aumento del tempo S1, S2 ed una diminuzione del tempo S3, S4 e REM.

Ciò significa che il paziente ha un sonno complessivamente più leggero che può non provvedere adeguatamente né al ripristino delle energie fisiche né al ristoro psicologico, né al corretto trasferimento delle informazioni.

Tale sonno «povero» deve trovare nell'attività assistenziale risposte che tendono a ripristinare l'equilibrio alterato.

Le alterazioni più comuni del sonno

Quando si parla dei disturbi del sonno, il più delle volte l'ascoltatore pensa immediatamente all'insonnia.

Ciò non corrisponde affatto alla realtà clinica.

Infatti, sebbene gli studi epidemiologici degli ultimi anni abbiano chiaramente indicato che l'insonnia è il disturbo più frequente, essi hanno anche dimostrato che l'iperinsonnia è presente più frequentemente di quanto non si potesse immaginare.

Gli studi condotti nei laboratori del sonno hanno dimostrato che esistono

importanti modificazioni di funzioni fondamentali biologiche.

C'è dunque chi dorme poco e male e chi dorme troppo, ma c'è anche chi

dorme quando dovrebbe stare sveglio ed è ineluttabilmente sveglio quando dovrebbe dormire.

Inoltre, i meccanismi che controllano il sonno possono essere parzialmente sregolati con conseguente comparsa di fenomeni anomali tra i quali il sonnambulismo, oppure possono influenzare altre funzioni del sistema nervoso o altri apparati con conseguente comparsa, ad esempio, di una crisi epilettica o di una crisi asmatica.

Abbiamo così delineato le quattro categorie dei disturbi del sonno:

- a) disturbi dell'inizio o del mantenimento del sonno o insonnie;
- b) disturbi da eccessiva sonnolenza o iperinsonnie;
- c) disturbi del ritmo sonno-veglia;
- d) disturbi associati al sonno, a stadi del sonno o a risvegli parziali complessivamente chiamati parasonnie.

INSONNIE

Il termine insonnia deriva dal latino «insomnia» e significa letteralmente mancanza di sogni.

Nel linguaggio comune indica una insufficiente durata e/o una insufficiente continuità del sonno.

Oltre a ciò deve essere associata anche la definizione di insoddisfacente qualità del sonno legata alla valutazione soggettiva di ciascuno sulle proprietà riposanti del proprio sonno.

L'insonnia può essere innescata da diverse cause sia psicologiche che somatiche, sia situazioni ambientali e non raramente nei singoli casi è possibile individuare più di un fattore eziologico.

Responsabile dell'insonnia è quindi più di un fattore eterogeneo che hanno in comune la capacità di disturbare l'addormentamento e la continuità del sonno determinato fondamentalmente una diminuzione del sonno.

Accanto alla eterogeneicità delle condizioni responsabili dell'insonnia, esiste un notevole polimorfismo nell'espressione clinica di tale disturbo.

In certe condizioni, l'insonnia presenta infatti caratteristiche peculiari che le differenziano dall'insonnia che si realizza in condizioni diverse, anche se non raramente esiste una certa sovrapposizione dei suoi aspetti clinici.

Possiamo quindi suddividere le insonnie in:

- psicofisiologica;
- associata a disturbi psichiatrici;
- associata all'uso di farmaci, droghe, alcool;
- associata a disturbi respiratori indotti dal sonno;
- mioclono notturno, alla sindrome delle gambe senza riposo;

- associata a malattie ed intossicazioni ed a condizioni ambientali sfavorevoli;
 - ad esordio nell'infanzia;
 - associata a quadri polisonnografici inusuali;
 - pseudoinsonnia: i brevi dormitori;
 - soggettiva senza corrispondenti referti polisonnografici.

Insonnia psicofisiologica

Può presentarsi come una forma situazionale e quindi essenzialmente reattiva a casi della vita particolarmente stressanti e mediata da uno stato emotivo acuto.

Essa può essere transitoria, se scompare circa dopo tre settimane dalla risoluzione del problema, o persistente e si può realizzare per l'intervento di due fattori che reciprocamente si rinforzano e rendono così persistente il disturbo.

Insonnia associata a disturbi psichiatrici

Persone nevrotiche soffrono di insonnia che non raramente è grave e può essere riferita come disturbo principale.

L'insonnia associata alle nevrosi è caratterizzata dalla difficoltà di addormentamento e da risvegli nella parte centrale della notte.

Anche l'insonnia associata alla nevrosi può diventare cronica.

Può essere associata anche a disturbi della sfera affettiva.

Nella depressione però non sempre sono presenti gli aspetti soggettivi.

Insonnia associata a disturbi respiratori indotti dal sonno

Sia la sindrome delle apnee morfeiche che una ipoventilazione alveolare primaria o secondaria, soprattutto nelle fasi iniziali, possono determinare insonnia.

Tuttavia nella maggior parte dei casi queste insonnie si presentano con iperinsonnia e non con insonnia.

Insonnia ad esordio nell'infanzia

È questa un'insonnia che esordisce prima della pubertà senza cause identificabili e persiste nell'età adulta.

Determina sia difficoltà nell'addormentamento che problemi di mantenimento del sonno.

Da ricordare anche il Pavor notturnus. Esso consiste in episodi drammatici ed impressionabili in cui l'angoscia raggiunge livelli parossistici di paura con urla, pianto, movimenti e manifestazioni neurovegetative (tachicardia, apnea, sudorazione).

Il bambino sembra in stato di allucinazione e continua a dormire.

Al suo risveglio non si ricorda nulla. Il Pavor si manifesta nella fase NREM.

Pseudoinsonnia: i brevi dormitori

I brevi dormitori sono tutti quelli che dormono per un tempo chiaramente inferiore a quello ritenuto per la loro età. Il loro sonno è del tutto proporzionato alle loro necessità tanto che non accusano disturbo soggettivo pur dormendo a volte meno di due ore per notte.

Questa forma di insonnia compare a tutte le età, prevale nel sesso femminile e probabilmente rappresenta un quarto delle insonnie croniche.

IPERINSONNIE

Nelle iperinsonnie sono comprese diverse affezioni sia funzionali che organiche il cui comune denominatore è rappresentato dall'eccessiva sonnolenza durante le ore diurne, ridotte performance cognitive e motorie, eccessiva tendenza a dormire, attacchi di sonno incontrollabili, aumento di tempo di sonno nelle 24 ore e difficoltà a raggiungere il risveglio completo.

Secondo una classificazione americana le iperinsonnie si dividono in:

- psicofisica;
- associata a disturbi psichiatrici;
- associata all'uso di farmaci;
- associata alla compromissione della respirazione indotta;
- associata al mioclono notturno;
- narcolessia;
- idiopatica;
- associata a malattie;
- periodica:
- sonno insufficiente:
- ebrezza del sonno:
- i lunghi dormitori;
- soggettiva senza corrispondenti referti polisonnografici.

Iperinsonnia psicofisica

Le stesse condizioni che si possono avere nell'insonnia conducono anche alle iperinsonnie.

Iperinsonnie associate alla compromissione della respirazione indotta

Può essere associata alla sindrome delle apnee morfeiche o alla sindrome di ipoventilazione alveolare.

Narcolessia

È la tipica ed elettiva malattia del sonno.

Si tratta di una malattia familiare. La sintomatologia si riassume nella caratteristica tetrade narcolettica: attacchi cataplettici, attacchi di sonno, paralisi da sonno e allucinazioni ipnogogiche.

Iperinsonnia idiopatica

È caratterizzata dalla ricorrente comparsa durante la giornata di sonnolenza prolungata e fastidiosa ma non di irresistibili attachi di sonno.

Non sono noti i meccanismi fisiopatologici della malattia, che è stata attribuita ad una anomalia del metabolismo dopaminergico o catecolaminergico.

Sonno insufficiente

È esperienza comune che quando soggetti psicologicamente e fisiologicamente normali dormono volontariamente meno di quanto vorrebbero le loro esigenze biologiche, essi siano assonnati durante il giorno.

Ebrezza da sonno

È un disturbo caratterizzato dall'incapacità a raggiungere rapidamente uno stato di completo risveglio alla fine del sonno.

I lunghi dormitori

Essi si pongono all'estremo opposto dei brevi dormitori per quanto riguarda il bisogno di sonno.

La durata del loro sonno è nettamente superiore a quella ritenuta normale per la loro età e se ne rendono conto perfettamente.

DISTURBI DEL RITMO SONNO-VEGLIA

Nei disturbi del ritmo sonno-veglia sono comprese sindromi cliniche determinate da fattori esterni, come il rapido cambiamento di parecchi fusiorari, i turni di lavoro notturni a rotazione, e da altre sindromi che sembrano invece avere una componente endogena come quella da periodi di sonno ritardato e quella da ritmo sonno-veglia non di 24 ore.

Seguendo la classificazione americana sono comprese:

- disturbi transitori:
 - a) sindrome da rapido cambiamento di fusi orari;
 - b) sindrome da cambiamento di turno di lavoro.

disturbi persistenti:

- a) sindrome da frequenti cambiamenti dello schema sonno-veglia;
- b) sindrome da periodo di sonno ritardato;
- c) sindrome da periodo di sonno anticipato;
- d) sindrome da periodo sonno-veglia non di 24 ore;
- e) sindrome da ritmo sonno-veglia irregolare.

PARASONNIE

Sotto questo termine viene raggruppato un gruppo eterogeneo di disturbi che hanno in comune la caratteristiche di non dipendere direttamente da una disfunzione della struttura che regola il sonno o la veglia, ma piuttosto dall'attivazione, in connessione con il sonno, di strutture ad essa correlate con conseguente coinvolgimento del sistema neuro-muscolare e/o di quello neuro-vegetativo.

Alle parasonnie appartengono:

- sonnambulismo;
- pavor notturnus;
- enuresi notturna;
- attacchi di ansia legati al sogno;
- crisi epilettiche morfeiche:
- bruxismo:
- paralisi familiare del sonno;
- erezioni notturne dolorose:
- cefalee a grappolo ed emicrania ad esordio durante il sonno:
- sindrome da anomala deglutizione;
- asma notturna;
- disturbi cardiaci e respiratori;
- reflusso gastroesofageo notturno:
- emoglobinuria notturna parossistica.

Da quanto fin qui detto emerge che il sonno, il riposo e la veglia, sono attività molto complesse che risentono, nei ritmi e nei rapporti tra loro dell'equilibrio psicofisico della persona. L'uomo malato quindi, prorio perché carente di questo equilibrio, può presentare alterazioni più o meno gravi dell'iter sonno-veglia o essere più sensibile a noxae esterne che in altre occasioni non gli arrecherebbero alcun disturbo.

Il malato accolto in terapia intensiva, proprio per le difficoltà che incontra nel suo percorso verso la guarigione, è stato sottoposto a studi clinici e psicobiologici sul sonno e sul riposo con lo scopo di migliorare la qualità delle degenze e dell'assistenza.

Tali studi verranno illustrati nelle relazioni seguenti.

Bibliografia

I. OSVALD: The biologica clock and shift-work, nursing times 67, sept 30: 1207-1208, 1971.
FASS GRACE: The cicles of sleep, tratto da Current Conceps in clinic nursing, vol. 2°, St. Louis 1969.

AKERSTEDT e al.: Adrenocortical and gonadial steroids during sleep deprivation, sleep 3: 23-30.

Aserinsky e Kleitman: Regulary occurring period of eye motylyty and concomitant phenomena during sleep, scienze 118-274-273, 1953.

COHEND: Sleep and dreaming: origin nature fuction, Pergamon Press, Oxford 1979.

Dement e Kleitman: The relation of eye mouvement during sleep to dream activity on objective method for the study of dreaming, Exp. psicol. 53, 291-296, 1958.

Freud: Introduzione alla psicoanalisi, 1900.

Autori Vari: Psicologia, Zanichelli, 96-106, 1980.

GIUDITTA e al.: Synthesis of brain RNA-DNA during sleep, Exp. brain Res. supp. 8, 146-154, 1984.

HARTMAN: The function of sleep, Yale University Press New Haven, 1973.

RT. Rubin: Hormon regolation of renal function during sleep psycology in sleep, Academic Press New York, 180-201, 1980.

Spitz e al.: Further prototypes of ego formation, Phycoanal study child. 25, 417-441. RP. Vertes: Brain stem control of events of REM sleep, Prog. neurobiol. 22, 241-288, 1984.

Mancia e Smirne: Il sonno e i suoi disturbi, Raffaello, 1985.

Bouvalet: Veglia e sonno, Boringheri 1967.

WC. Dement: Il sonno; basi biologiche e psicologiche, Zanichelli, 1979.

WC. Dement: Psicofisiologia del sonno e del sogno, S. Arieti, 1969.

F. LILLE: Ritmi circadiani: sonno veglia lavoro, Sharrer, Milano 1984.

POLETTI VIAN ZANOTTI: Introduzione alla metodologia del processo nel nursing: sonno veglia, CEREF, 1988.

TARQUINI: Cronobiologia, Patologia medica, Padova 1981.

S. Saint Anne Dargassies: Lo sviluppo neurologico del neonato a termine e nel prematuro, Masson 1979.

H. Harrison: *The premature baby book*, S. Martin's press New York 1983, 49-50/51-53/176-177).

Mann, Maddow, Stokes, Goodley, Rutter: Effect of night and day on preterm infant in a newborn nursery: randmized trial, British medical journal, vol. 293, 1265-67.

P. Long Lucex: Noise and hyroxeiemia in intensive care nursery, pediatrics, 203-207, 1980.

K. Richards: A description of night sleep patterns in the critical care unity, Heart and Lung, vol. 17 n. 1, 35-42, Jan. 1989.

D. Fontaine: Measurement of nactural sleeppatterns in trauma patients, Heart and Lung, vol. 18 n. 4, Jan 1988.

MC. Slota: Application of sleep deprivation in the pediatric critical care unit, Heart and Lung, vol. 13 n. 3, 35-43, June 1988.

P. Ashwort: The needs of critically in patient intensive care nursing, 182-190, 1987. Aspetti psicologici del paziente in Terapia Intensiva, 17° Congresso «Anestesia e Rianimazione», S. Carlo Borromeo, Milano 1987.

Association of sleep disordes center: Dianostic classification of sleep disordes prepared by the Sleep disorders classification, Committee Roffwarg HP chairman sleep 2, 1-173, 1979.

BLOCK, WYNNE, BOYSEN: Sleep disordered breathing and noctural oxygen desaturation in postmenopausal women am J med. 69, 75-79, 1980.

DEMENT, CARSKADON, LEY: The prevalence of narcolepsy, Sleep Res. 2, 147, 1973.

Franceschi, Zamproni, Crippa, Smirne: Excessive daytime sleepness a 1 years study in an unselected ippatient population, slepp 5, 239-247.

HAURI: The sleep disordes, Upjohn Kalamazoo, 1977.

Healey, Kales, Monroe, Bixler, Chamberlain, Soldatos: Onset of insonnia: role of lifestress events, Psychosom med. 43, 439-451, 1981.

KALES, BIXLER, SOLDATOS, VELA, BUENO, JACOBY: Quazepam and flurazepam: long-term use and extended withdrawal, Clin. Pharmacol ther. 32, 781-788, 1982.

Kessler, Guilleminault, Dement: A family study of 50 REM narcoleptics, Acta Neurol. Scand. 50, 503-512, 1974.

MANCIA, Una nota psicoanaliticca sul problema dell'insonnia.

MITTLER: The multiple sleep latency test as an evaluatio for excessive sonnolence, tratto da Sleeping and waking disordes indication and techniques, Addison Wesley Menlo Park, 145-154, 1982.

RICHARDSON, CARKADON, FLAGG, VAN DEN HOED, DEMENT, MITTLER: Excessive daytime sleepines in man: multiple sleep latency measurement in narcoleptis and control subjectis, EEG clin Neurophisiol. 45, 621-627, 1978.

Weitzman, Czeisler, Zimmerman, Ronda, Knauer: Chronobiological disorders: analytic and therapeutic techniques, tratto da Sleeping and waking disorders: indications and techniques, Addison Wesley Menlo Park, 297-330, 1982.

LA DEPRIVAZIONE DI SONNO IN TERAPIA INTENSIVA

ANDREA GENOVESE (relatore) (1), MIRELLA LORENZUTTI (2) (1) IPAFD - Cozzago di Pioniga (VE) (2) VI - TRIESTE

Prefazione

Il ruolo che il sonno ha nel garantire l'equilibrio fisiologico e psicologico di un individuo, non è ancora ben conosciuto.

Uno studio condotto da L.A. Lewandowkski e A.M. Kasitsky rileva che gli infermieri di T.I. considerano il problema della privazione di sonno come il primo in ordine di importanza nella ricerca infermieristica.

Poiché le teorie che tentano di dare una risposta al fenomeno del sonno sono molteplici, noi qui ne ricordiamo solo due che ci sembrano autorevoli ed adatte a guidare gli interventi a livello infermieristico.

Teoria etologica del sonno

L'etologia si occupa del comportamento istintivo degli animali e dell'uomo nel loro ambiente naturale. Si definisce «istinto» quel meccanismo nervoso che risponde a stimoli specifici con un comportamento coordinato che contribuisce al mantenimento dell'individuo e della specie.

Per gli etologi ogni istinto deve poter avere una fase preparatoria o appetitiva seguita da una fase consumatoria in cui il desiderio si esaudisce.

Un'altra caratteristica è la sua plasticità che rappresenta la possibilità del SNC di adattarsi all'ambiente ed ai suoi stimoli (Timbergen 1951).

Il sonno può essere considerato un particolare tipo di istinto in quanto:

- presenta un carattere di necessità per la sopravvivenza dell'individuo e della specie;
- ha fasi appetitive rappresentate dal sonno NREM e fasi consumatorie rappresentate dal sonno REM;
- dipende dall'attivazione di determinate strutture organizzate gerarchicamente;
 - si accompagna a modificazioni di carattere omeostatico;
- può rappresentare una attività di spostamento (secondo le teorie froidiane).

Teoria evoluzionistica del sonno e della veglia

Kleitman dice che i bambini e gli animali inferiori dormono per la maggior parte del tempo svegliandosi solo quando hanno fame o sete o avvertono uno stato di disagio. Il sonno sembra essere uno stato più «naturale» della veglia attiva. In questo caso lo stato di veglia viene definito da Kleitman come «veglia di necessità» dato che è necessario per il bambino svegliarsi per poter placare la fame o eliminare la causa del fastidio.

La veglia di necessità è polifasica, si verifica cioè seguendo diverse fasi o cicli durante le 24 ore.

L'adulto dorme circa 6-8 ore durante la notte rimanendo sveglio durante il giorno ed in questo periodo soddisfa la maggior parte dei bisogni primari. Kleitman definisce questo ciclo di sonno «monofasico» dato che ha un suo ciclo di veglia ed uno di sonno nelle 24 ore, ed il periodo di veglia continua «veglia volontaria» dato che non dipende dallo stimolo di un bisogno immediato.

Secondo Kleitman la veglia di necessità dipende da un centro nervoso primitivo situato nel diencefalo che viene stimolato da bisogni organici.

Nel corso dell'evoluzione lo sviluppo della corteccia cerebrale ha determinato un aumento delle capacità di apprendimento: l'attività connessa alla soddisfazione dei bisogni cominciò ad essere circoscritta durante il giorno perché vi era una quantità maggiore di stimoli capaci di attivare l'animale. Il centro della veglia veniva così stimolato sia dai bisogni organici che dalle corteccia. L'animale imparò a rimanere sveglio nelle ore diurne durante le quali la corteccia veniva stimolata dagli eventi ambientali. Con la riduzione degli stimoli durante le ore notturne la corteccia interrompeva l'attivazione del centro della veglia che a sua volta cessava di stimolare la corteccia ed altre regioni cerebrali dalle quali dipendeva il mantenimento dell'animale in stato di veglia.

È nostra convinzione che il sonno, o meglio la carenza di sonno dovuta a fattori di disturbo nelle T.I., non sia un fatto a sé stante ma un sintomo di uno stato di disagio globale cui il paziente viene sottoposto.

Ricordiamo qui il concetto di confort per avere un confronto obiettivo con la realtà e a cosa dobbiamo tendere.

Confort: stato soggettivo in cui si prova un senso di benessere psichico e fisico; può essere raggiunto mediante misure intese ad alleviare lo stato di depressione mentale ed emotiva ed interventi mirati ad eliminare il dolore ed il malessere.

In tutti i casi il ricovero ospedaliero determina un effetto profondo sui cicli del sonno e della veglia, ma vengono anche influenzati la temperatura corporea, la frequenza del battito cardiaco, la respirazione e la pressione sanguigna.

In particolare nelle T.I. la deprivazione del sonno riguarda sia la riduzione dei periodi NREM, ed in particolare degli stadi III e IV generando nell'in-

dividuo fatica, ansia, aumento delle malattie, sia una riduzione del sonno REM che determina disorientamento, aggressività, delusioni ed allucinazioni.

Si avrà quindi solo un sonno desincronizzato superficiale, corrispondente agli stadi I e II. Tale carenza di sonno deve essere colmata dormendo per un periodo superiore alla norma. Dopo un periodo di deprivazione di sonno si colmano per prima le carenze degli stati III e IV e poi quelle di sonno REM. Per questo motivo alcuni autori chiamano il sonno NREM sonno «indispensabile».

Cause di deprivazione di sonno in terapia intensiva

Il ricovero in un reparto di T.I. è sempre un evento drammatico e costituisce motivo di stress, soprattutto per la causa che ha generato il ricovero stesso ma anche per fattori personali quali ansia, paura, rifiuto. L'aumento dei livelli di noradrenalina, determinato dallo stato di stress, può stimolare direttamente il S.R.A.

Anche eventi di natura metabolica di tipo eccitatorio possono stimolarlo: ad esempio un eccesso di anidride carbonica eccita le cellule di centri bulbari che a loro volta stimolano l'S.R.A.

Fra le cause di deprivazione del sonno si devono considerare i fattori di tipo ambientale.

Nella nostra area operativa i reparti sono spesso senza finestre e raro è il contatto con il mondo esterno. Lo spazio di degenza, solitamente, è una grande stanza a più posti letto e solo per i più critici ed i lungodegenti ci sono dei box. La luce è artificiale, a neon, spesso continua e fa perdere la ciclicità del giorno e della notte. In un reparto di patologia neonatale, in Inghilterra, è stato condotto uno studio sui neonati in fase post-intensiva. Il gruppo di controllo era sottoposto ad una assistenza che prevedeva una attività ed una luminosità costante durante le 24 ore, senza interventi che facilitassero il sonno nel neonato. Per il gruppo sperimentale, invece, era rispettato il naturale ritmo luce/buio; ad una certa ora si spegnevano le luci e l'attività del reparto diminuiva per cui il periodo di sonno era più lungo. I risultati dimostrano che i neonati del gruppo sperimentale che trascorsero più tempo a dormire, hanno avuto un aumento di peso maggiore di quelli del gruppo di controllo e che questi benefici furono riscontrati anche dopo la dimissione.

Un'altra delle cause ambientali più molesta è il rumore. È stato calcolato che il livello del rumore nelle T.I. sia tra i 45 e gli 85 dB, mentre un riposo adeguato ne richiede meno di 35 dB. Tra i rumori più forti e disturbanti sono da considerare le conversazioni del personale di reparto. Sembra che, oltre al volume elevato, anche la terminologia sconosciuta faccia paura e generi ansia. I rumori ritmici (ventilatori, aspiratori, ecc.) possono provocare sensazioni di deprivazione sensoriale e quando questi vengono interrotti o a questi si sovrappone il bip-bip degli allarmi, il paziente può apparire atterrito.

L'atmosfera è quasi sempre tesa, di pericolo; il lavoro per il personale

di assistenza è continuo a volte frenetico, il malato richiede interventi immediati, veloci, invasivi. La concentrazione dell'infermiere è rivolta all'efficacia della prestazione, ma il piano di assistenza di un paziente critico dovrebbe tener conto che il malato non è solo affetto da malattia ma è principalmente una persona. Inoltre assistenza significa anche cercare di diluire gli interventi invasivi per aiutare il paziente a superare i momenti di stress. È opportuno, infatti, lasciar trascorrere un certo periodo di tempo (tempo compensativo) tra una manovra e l'altra in modo da dare il tempo al paziente di riorganizzarsi e stabilizzarsi.

Nell'organizzazione del lavoro il personale di assistenza dovrebbe sempre tener presente che gli orari della terapia, i prelievi, le indagini strumentali, le medicazioni e la visita medica vengono eseguiti non come fine a sé stessi

ma nel momento più opportuno.

Troppo spesso il rifacimento del letto e l'igiene del paziente, per esempio, vengono fatti all'alba perché poi c'è il medico in visita e il reparto deve essere in ordine; i prelievi devono pervenire in laboratorio entro le ore 10; le diete devono essere prescritte entro le ore 9 e così via. La necessità dell'intervento dovrebbe essere valutata considerando lo stato del paziente; se colorito, parametri vitali, aspetto fisico dimostrano che è in buone condizioni, forse sarebbe più opportuno lasciarlo riposare e fare il prelievo, la medicazione o altro magari dopo mezz'ora.

In questa realtà il ritmo nictemerale ovvero giorno/notte si perde e viene

sostituito dagli orari dei vari giri.

Ai disturbi ambientali si associano quei fattori intrinseci al paziente quali: l'adattamento al nuovo ambiente, la mancanza dei rituali domestici, l'isolamento spaziale e sensoriale. Anche la separazione dagli affetti personali è motivo di stress. I parenti, gli amici rimangono un punto saldo di contatto con il mondo esterno.

Ma sicuramente fra i fattori personali il vissuto della malattia è il più importante. Si deve tener conto, infatti, dei modelli comportamentali che costituiscono le difese psicologiche allo stress.

L'individuo, infatti, deve proteggere l'ego dalla minaccia che si sta sperimentando.

Lee e Ball elencano quattro risposte possibili da pazienti ricoverati in unità coronarica:

- 1) difesa coercitiva ossessiva: il paziente affronta lo stress tentando di strutturare la condizione ordinandola, sistematizzandola, studiandola accuratamente per soggiogarla. In questo caso la padronanza dell'ambiente costituisce un tentativo di controllare la fonte dell'ansietà;
- 2) difesa repressiva: si realizza quando il paziente scaccia dalla sua mente il problema e guarda allo staff per essere più sicuro e controllato;
- 3) dipendente: lo staff è completamente responsabile del paziente e del suo comportamento. Talune volte è molto accentuata la dipendenza e il pa-

ziente si comporta in maniera regressiva con manifestazioni caratteristiche delle fasi più precoci dello sviluppo;

4) paziente molto deciso: rinnega la paura e il bisogno di aiuto e si butta con tutto se stesso ad essere coinvolto nel suo trattamento.

Abbiamo voluto considerare questo aspetto perché secondo noi, ma ciò può essere motivo di ricerca, queste quattro risposte dell'individuo allo stress influiscono in maniera diretta od indotta nel ritmo sonno-veglia determinando uno stato di veglia di necessità.

Nelle risposte 1 e 4 la veglia di necessità è utile al paziente per tentare di essere coinvolto nella cura e trovare la padronanza dell'ambiente. Anche le risposte 2 e 3 possono dar luogo ad una risposta del tipo «veglia di necessità» per via indotta.

Î bisogni organici o gli stati di disagio, il più importante dei quali è il dolore generato da vari eventi legati alla patologia di base o a manovre più o meno invasive, generano impulsi eccitatori che partendo dagli organi di senso possono stimolare il S.R.A. ed indurre la veglia di necessità.

Consideriamo inoltre come stati di disagio la scomodità, le limitazioni ed immobilizzazioni dovute:

- a) all'evento patologico (fratture, lesioni nervose ...):
- b) a linee arteriose e/o venose, drenaggi, sonde, cateteri, ...
- c) posizioni obbligate dovute all'evento patologico, a necessità terapeutiche o per ridurre i danni dovuti all'eccitazione psicomotoria. Tutto ciò limita l'attività fisica la quale dà sfogo alla tensione e promuove il sonno.

Sugli stadi del sonno hanno influenza anche i farmaci impiegati in T.I. per risolvere certi stati morbosi. Distinguiamo qui due categorie:

- a) Farmaci REM soppressivi: solfato di morfina, meperidina, secobarbital, phentobarbital sodico, glutetimide;
- b) Farmaci soppressivi lo stadio IV NREM: diazepan, flurazepan (altre dosi), clordiazepossido, phentobarbital sodico.

L'uso di alcuni farmaci ad alte dosi e processi morbosi particolari possono indurre nell'individuo uno stato di coma. Il coma da alcuni autori viene considerato come un particolare livello di coscienza o di vigilanza. Tesdale (1975), però, afferma che non è solo difficile definire che cosa si intenda per incoscienza ma è anche impossibile tracciare una linea di demarcazione fra coscienza e coma.

Alcuni studi hanno rilevato che l'individuo in coma dorme. Ciò è di estrema importanza e ci chiediamo che fare e come farlo affinché il bisogno di sonno venga soddisfatto.

Proposte

Siamo dell'idea che prima di attuare interventi per rispondere al bisogno

di sonno e di riposo del paziente, si debbano raccogliere dati su ciò che oggi viene realmente fatto in modo da valutare dove l'organizzazione del lavoro, a centralità sulla strutture anziché sull'uomo, è modificabile.

Proprio per valutare l'organizzazione del lavoro, più che fattori ambientali o comportamentali dello staff, abbiamo approntato una scheda di osservazione tesa a registrare tutte le manovre che vengono compiute sul paziente.
Tale modello, modificabile a seconda delle singole esigenze, prevede come variabili tutte le manovre quotidianamente effettuate, registrate su un prospetto orario. La diagnosi del paziente è stata inserita per poter effettuare valutazioni statistiche sui carichi di lavoro per tipologia di paziente e per spiegare
le variazioni di prestazioni. Il modello permette di valutare sulla sezione longitudinale quante prestazioni vengono erogate per ogni ora della giornata e
in lettura trasversale quante volte al giorno viene erogata un certo tipo di
prestazione.

Valutare la maggior o minor concentrazione di atti assistenziali in determinate fascie orarie, può portare a rivedere la propria organizzazione del lavoro.

Associando questa modifica di impronta generale del servizio ad una anamnesi del sonno fisiologico precedente all'evento morboso, si può effettuare una pianificazione degli interventi atti a favorire il sonno ed il riposo ed un piano assistenziale a misura del singolo paziente.

Conclusioni

Quando, nell'introduzione, abbiamo fatto riferimento al sonno come istinto volevamo sottolineare la sua vitale importanza. Abbiamo visto anche come tale istinto possa non venire appagato se intervengono fattori molto forti capaci di mantenere l'individuo in stato di veglia (veglia di necessità), facendo passare in secondo piano un bisogno così «primario» come il sonno.

E di fattori capaci di mantenere l'individuo in stato di veglia nelle terapie intensive ve ne sono parecchi.

Possiamo comunque affermare che, qualunque sia il tipo di malato, vale come principio generale: normalizzare tutto ciò che è possibile normalizzare, sulla base di condizioni realistiche e di potenzialità effettivamente utilizzabili e quindi contrastare la tendenza al cumulo degli svantaggi di cui sono responsabili, tra l'altro, un trattamento esclusivamente sanitario e proprio per questo molto parziale ed un tipo di sollecitudine da parte dei familiari dominato dall'idea che niente è in grado di limitare la centralità e l'invadenza della malattia.

DATA/									S	CHE	DA	DI	OSS	ERV	AZIC	NE											
MANOVRE:	h	6	6	7	8	9	10	11	. 1:	2 13	3 1	4 1!	5 1	6 17	18	19	2	21	. 22	23	24	1 :	L :	2	3	4	5
PRELIEVI																											
MANOVRE CRUENTE																											
RX						T																					
MISURA PARAM.																											
BAGNO A LETTO																Į.											
POSTURE																									1	1	
ALIMEN. ENTER.																											
ALIMEN. PAREN.								æ																		1	-
9																											
	(4)															8				,							
																						e					
								18																			
		П																									
		П												14													
															-											Ţ	
		П																									
1		П	-																								
TOT.MAN. ORA																											
							MANOVRE h 6-13							h 13-20 h 20-6													
DATA CODICE DI A							A)49	MMISSIONE							PATOLOGIA												

OSSERVAZIONI:

(oggettive o

soggettive

del paziente)

v 191 s

INTERVENTI INFERMIERISTICI FINALIZZATI ALLA RIDUZIONE DEI DISTURBI DEL SONNO E DEL RIPOSO E DEL RIPRISTINO DEL RITMO SONNO-VEGLIA DEI PAZIENTI RICOVERATI IN TERAPIA INTENSIVA

C. RIVOLTELLA (relatore) (1), A. ALESSI (2), P.A. SPADA (3)

(1) IP - UCC Ospedali Riuniti - BERGAMO

(2) IP - UCIC Ospedale Civile - Ivrea (TO)

(3) IP - Servizio Rianimazione Ospedale L. Mondic - Merate (CO)

Il sonno e il riposo sono due concetti di base del Nursing, sono correlati ma non identici e intercambiabili.

Il sonno è solo un modo per ottenere il riposo, infatti quest'ultimo implica l'allontanamento da qualsiasi evento che stanchi, disturbi o preoccupi.

Il ricovero del paziente in Terapia Intensiva, come già precisato nelle precedenti relazioni, determina un distacco drastico dalla routine, dai ritmi, dagli stimoli appartenenti al proprio vissuto individuale, dall'ambito familiare ed amicale, dal contesto socio-culturale in cui egli conduceva fino a quel momento la propria vita.

La riduzione improvvisa di stimoli sensoriali può condurre il paziente verso la sindrome di «sensory deprivation» caratterizzata dalla perdita del senso del tempo, dalla comparsa di delusioni, illusioni, allucinazioni, irrequietezza.

Anche la deprivazione o la sola limitazione di sonno risulta positivamente correlata con disturbi psicologici, definiti nell'insieme con diversi appellativi: psicosi post-pompa, sindrome da Terapia Intensiva, psicosi da Terapia Intensiva, delirio post-operatorio, psicosi cardiaca, delirio cardiaco.

Per altro il cambiamento stesso dell'ambiente dove si dorme è una variabile sufficiente ad incidere sulla qualità e quantità del sonno: purtroppo l'adattamento alle condizioni dettate dal nuovo ambiente avviene in un tempo imprecisato e difficilmente preventivabile.

La maggior parte della bibliografia consultata introduce la globalità degli interventi assistenziali tramite un approccio anamnestico: una raccolta di dati relativi alle abitudini, ai disturbi del sonno e del riposo del paziente.

Ad es. la Sanford propone una griglia per valutare interventi infermieristici atti a soddisfare il bisogno di sonno e riposo.

Parlando di anamnesi infermieristica non si può prescindere dal concetto di diagnosi infermieristica: ovvero il meccanismo con cui l'assistenza migliora la propria abilità definendo qualitativamente l'arte e la scienza del nursing.

Di fatto, nella nostra realtà, non esiste una continuità logico-pratica tra

la raccolta dei dati anamnestici, l'attuazione di un piano di lavoro e la verifica necessaria a valutare l'efficacia degli interventi stessi.

Il N.A.N.D.A. (North American Nursing Diagnosis Association), costituitosi nel 1982, ha stabilito standards diagnostici infermieristici.

Questa associazione non richiede sottomissione ai criteri diagnostici, bensì fornisce un'opzione che indirizza all'utilizzo di criteri standard con lo scopo di universalizzare l'assistenza infermieristica affinché non risulti arbitrata solo dal buon senso e dalla sensibilità individuale.

La suddetta classificazione diagnostica, o tassonomia, è scaturita dalle ricerche negli anni ed è perciò materia in evoluzione.

Idealmente la ricerca precede lo sviluppo della tassonomia ma la tassonomia migliora il metodo di sistematizzazione di un largo numero di casi.

A tale proposito gli infermieri di Terapia Intensiva sono in una posizione unica al fine di contribuire allo sviluppo delle conoscenze delle categorie diagnostiche.

Oggi la classificazione delle diagnosi infermieristiche è limitata a 50 categorie: i disturbi del sonno sono presi in considerazione in senso generale, non calati nella realtà dell'Area Critica, per gli interventi che andremo a descrivere non derivano da fonti bibliografiche specifiche ma varie e generiche.

Interventi sulla persona

Pianificare le abitudini del sonno e del riposo significa tener conto delle necessità e dei bisogni del paziente per definire quali modificazioni apporre al proprio schema assistenziale.

Il fatto che il paziente associ tali modifiche alla prodigalità del personale infermieristico nella comprensione della sua individualità, in termini di sonno e riposo, diminuirà il grado di ansia generato dalle circostanze in cui vive.

È necessaria e doverosa quindi una continua e attenta revisione della routine infermieristica al fine di incidere positivamente sulle alterazioni delle dimensioni sonno e riposo, in modo tale da porre al centro del processo assistenziale l'UOMO malato nella sua interezza.

In alcune ricerche, il dolore, è risultato essere, per il paziente, la preoccupazione maggiore, mentre l'impossibilità a riposare in modo confortevole, associata al dolore persistente, sono le cause di un sonno insufficiente.

Esistono all'uopo interventi di nursing che possono essere praticati sia autonomamente che associati alla terapia medica.

Diversi Autori citano frequentemente il dolore come elemento principale di stress ambientale contribuente a produrre paranoia, confusione, delirio.

Il dolore si definisce come un'esperienza multidimensionale e complessa, può rappresentare un fenomeno di bassa o alta intensità. In particolare il dolore acuto è definito come un'esperienza soggettiva di DISCOMFORT proveniente dal danneggiamento di tessuti, di elevata intensità, circoscritto nel tem-

po, portatore di aspettative di sollievo e soluzione.

La stima infermieristica del dolore dovrebbe derivare da tre elementi di valutazione:

- risposta del Sistema Nervoso Simpatico;
- risposta comportamentale dell'individuo;
- descrizione verbale del paziente.

Aspetti di reazione del Sistema Nervoso Simpatico sono: aumento della pressione arteriosa, aumento della frequenza cardiaca, aumento della frequenza respiratoria, dilatazione pupillare, posture stereotipate o immobilità movimento afinalistici, posture protettive.

Lo stesso ambiente di Terapia Intensiva contribuisce ad esacerbare il dolore su cui per altro talvolta non è riversata la priorità d'intervento in quanto sussistono condizioni emodinamiche instabili o pericolose per la vita.

Melzeck e Well descrivono processi tramite cui il cervello, attraverso il sistema discendente, può modificare l'ascesa dell'impulso dolorifico proveniente dalla periferia. Essi postulano che «è possibile per le attività del Sistema Nervoso Centrale quali attenzione, emozione e memoria di esperienze primitive, esercitare un controllo su input sensoriali. Questo controllo sulle vie del dolore ascendente può spiegare in parte il successo di alcuni interventi come le tecniche di rilassamento, insegnamenti di strategie, approcci infermieristici», distrazioni, controlli ambientali e T.E.N.S. (transcutaneous electrical nerve stimulation).

Riteniamo particolarmente interessante illustrare una tecnica di rilassamento:

Chiudete gli occhi, lasciate libera la mente in un piacevole ricordo, rilassatevi, abbandonate la tensione, tentate ...

Lasciate cadere lievemente la mandibola come per cominciare uno sbadiglio, tenete la lingua rilassata, lasciate morbide le labbra, respirate lentamente e ritmicamente con uno schema a tre ritmi: inspirate, espirate, riposo.

Non formate né pensate parole, lasciate naturale il vostro respiro, concentratevi sulla vostra bocca, sulla vostra mente, sul vostro corpo.

Altri approcci finalizzati al sollievo del dolore, e quindi favorenti il sonno, riguardano tutti gli accorgimenti mirati a ridurre la compressione e l'irritazione tessutale promuovendo il rilassamento fisico e muscolare prima che il paziente si accinga ad addormentarsi.

La cute dovrebbe essere asciutta e pulita, i tubi di drenaggio sistemati correttamente, il paziente seguito durante il riposizionamento nel letto ponendo attenzione al mantenimento di una corretta postura, i punti di pressione accuratamente protetti, soprattutto per i degenti portatori di apparecchi gessati, trazioni o sedati farmacologicamente.

Esistono vari protocolli atti a promuovere il rilassamento mentale ancora per il controllo del dolore parallelamente al recupero del sonno, riposo e dello stato ansioso.

Interventi informativi (teaching)

- Insegnamenti riguardanti le procedure cui il paziente andrà incontro durante la degenza (quali procedure, quando, come prepararsi prima, come comportarsi durante e dopo, se sono invasive o no).
- Descrizioni di sensazioni ed eventi con termini semplici ma non banali e superficiali.
- Illustrazione corretta delle caratteristiche ambientali ove il paziente è ricoverato, quali persone sono presenti, posizioni di equipaggiamenti, strumenti di monitoraggio e allarmi.

Per esempio, potrebbe risultare utile accompagnare, per una visita illustrativa in Terapia Intensiva post-chirurgica, i pazienti che dovranno essere sottoposti ad interventi che richiedano una degenza post-operatoria in tali ambienti.

- Indicazioni sulla possibilità di impiegare più tempo ad addormentarsi, che potrebbe incorrere in risvegli frequenti durante la notte e che in totale potrà dormire meno rispetto alle proprie abitudini.
- Rassicurazioni sulla ripresa del normale ritmo sonno-veglia in tempi brevi, una volta dimessi dalla Terapia Intensiva, fornendo schemi comportamentali di tipo educativo.
- Esplicitazioni chiare ed esaurienti ogni qualvolta ci si accinga a praticare una qualsiasi manovra sul paziente.
 - Risposte appropriate a domande riguardo la malattia e il suo decorso.
- Dichiarazioni di disponibilità a mantenere e continuare, nei limiti della patologia, le abitudini di preparazione al sonno notturno (spuntino, bevande calde, terapia ipnotica, pulizia del corpo o altre richieste).

Particolare riguardo dovrebbe essere posto nei confronti dei parenti dei degenti, in quanto la Terapia Intensiva risulta essere un luogo di depersona-lizzazione sia per gli uni che per gli altri. A tale proposito dovrebbero essere fornite adeguate informazioni riguardo le modalità di accesso all'Unità Operativa, di avvicinamento al proprio caro con l'aggiunta di alcuni spunti comportamentali relativi alla particolarità dei casi, ben sapendo di mostrare atteggiamenti positivi ed empatici al fine di ottenere un buon livello di collaborazione.

Interventi sull'ambiente

È evidente che a monte delle considerazioni sui disturbi ambientali sta l'ubicazione dello stesso presidio ospedaliero che talora trova la sua collocazione in ambiti già troppo rumorosi (eliporto, cucine, Pronto Soccorso, ecc.).

Sarebbe opportuno trovare un equilibrio tra strutture murarie, disposizione ambientale, attrezzature tecniche e, non ultimo, quale principio regolatore il paziente.

Un ambiente, in sintesi, a misura d'uomo che assicuri spazi adeguati sia ai degenti che agli operatori.

Secondo alcuni Autori, pazienti isolati in box singoli subiscono meno l'aggressività della Terapia Intensiva, altri sostengono la negatività dell'isolamento sulla quantità e qualità degli stimoli di cui una persona ha bisogno.

Appare dunque evidente che la qualità del soggiorno è una caratteristica da non sottovalutare in quanto deve permettere la stimolazione equilibrata dei cinque sensi «sensory input» — e il rispetto dei ritmi periodici, in particolare quelli circadiani. Se la stimolazione sensoriale è ridotta troppo drasticamente il paziente può incorrere nella già citata «sensory deprivation» che può causare una grave disorganizzazione delle normali difese psicologiche. Viceversa se vi è un'eccessiva carica di stimoli si determina una «sensory overload» che crea ugualmente una riposta indesiderata con segni di confusione e regressione.

Per ovviare ai disturbi suddetti si dovrebbe fornire ai degenti stimoli visivi, uditivi, tattili, olfattivi e gustativi ai quali essi sono più abituati e che

permettono loro di identificarsi.

Gli interventi infermieristici favorenti il sonno ed il riposo sono semplici e tesi a riproporre, nel limite del possibile, un surrogato dell'ambiente più familiare al paziente, ovvero fornire guanciali, coperte supplementari, tenere la luce notturna molto bassa, fornire nel possibile un orologio, una radio, un calendario.

La comparsa delle psicosi da Terapia Intensiva è tanto più rapida quanto più gravi sono le limitazioni imposte dalle cure e dall'ambiente. Tali reazioni psichiche scompaiono gradualmente col trasferimento in normali reparti di degenza: ciò può significare che esse non sono dovute a danni cerebrali od ad altri fattori organici, ma solo all'ambiente della Terapia Intensiva.

L'isolamento dei pazienti dovrebbe essere valutato di volta in volta, e da un punto di vista logistico i letti non dovrebbero trovar posto vicino agli spazi di lavoro degli operatori poiché i pazienti che vi giacciono potrebbero subire maggiormente i rumori e le luci molto intense che inevitabilmente, e a volte distrattamente si producono in questi luoghi. L'International Noise Council raccomanda di non superare 45 dB durante il giorno, 40 dB la sera e 20 dB durante la notte (Hanscel, 1984).

L'illuminazione artificale dell'ambiente dovrebbe consentire soluzioni flessibili, l'intensità necessaria a chi lavora durante la notte e la minima luminosità ai pazienti che dormono. Durante il giorno una corretta stimolazione della vista dovrebbe essere favorita dall'illuminazione naturale tramite finestre

che guardino all'esterno.

Al fine di promuovere un riposo efficace bisogna porre attenzione anche al microclima, mediando i valori della temperatura, ventilazione, umidità con la priorità della patologia e le eventuali richieste dei pazienti.

Sono stati condotti studi per verificare l'effetto della musica in Terapia Intensiva: i risultati hanno evidenziato una riduzione significativa dello stress psico-fisiologico, del dolore, dell'ansia e degli effetti nocivi dell'isolamento. Perciò è consigliato di far scegliere al paziente cosciente la musica preferita, fornire cuffie aderenti per poter isolare il suono dall'inquinamento di rumori ambientali.

Per indurre il sonno nei bambini si sono rivelati efficaci la musica soft, il racconto di favole magari su nastri registrati con la voce dei genitori o altri familiari; in particolare, queste attenzioni riproposte in laboratorio, hanno determinato il senso di sicurezza nei bambini, la sensazione di casa sicura dove poter dormire.

Viste le gravi alterazioni che si vengono a creare a seguito dell'interruzione del sonno nelle fasi più delicate, risulta necessario e importante il rispetto dei ritmi biochimici e biofisici del paziente affinché si esplichino armonicamente nell'arco delle 24 ore.

Tenendo conto del ritmo circadiano si dovrebbe porre attenzione al momento dei diversi approcci infermieristici, terapeutici e farmacologici onde evitare di indurre ulteriore stress nelle fasi lente delle oscillazioni circadiane.

Inoltre, poiché il ciclo di sonno completo richiede dai 90' ai 100', dallo stadio REM a quello successivo, risulta importante non solo attendere almeno 90' tra un intervento e l'altro ma poter garantire al paziente un sonno ininterrotto di almeno 2 ore (Luce 1971).

Interventi sull'organizzazione

Si fa qui riferimento a tutte quelle procedure e attenzioni che nella stesura di un piano assistenziale potrebbero essere disposte e programmate con tempi diversi da quelli utilizzati nella routine quotidiana che basa i propri ritmi sulla sequenzialità delle attività dell'Unità Intensiva interferendo con la continuità del sonno e riposo dei pazienti in essa ricoverati.

Sviluppando nel proprio piano d'intervento un approccio basato sulla raccolta dei dati relativi al sonno, si potrebbero programmare altrimenti alcune pratiche quali noi tutti intuiamo: le cure dell'igiene, il peso, i prelievi ematici, gli esami radiografici se di routine, il monitoraggio dei segni vitali durante la notte, le condizioni respiratorie ed emodinamiche, le terapie respiratorie, ecc.

Tali argomentazioni sono per lo più suggellate da bibliografia relativa: uno studio comparante pazienti in Terapia Intensiva ed un gruppo di soggetti sani ha determinato una sovrastima del disturbo del sonno in Area Critica a causa della sovrarappresentanza nel campione di coloro che erano abituati a dormire anche di giorno: si trattava di un campione esiguo e privo di significatività statistica, ma non per questo non stimolante come tentativo di produrre interventi assistenziali esaltanti i bioritmi individuali dei ricoverati.

Rientra in questo capitolo tutta la letturatura riguardante la presenza dei parenti nell'Area Critica. Diversi studi producono risultati non sempre concordanti, taluni ritengono che sia più proficuo per i più giovani che per gli anziani la presenza dei parenti al fine di diminuire lo stato d'ansia e confusione direttamente dipendente dalla degenza in Terapia Intensiva.

Altri affermano che la maggiore disponibilità dei congiunti a rimanere nelle sale di Cura Intensiva produca effetti meno positivi sullo stato mentale del paziente, che non familiari meno disponibili: ciò sembra essere dovuto alla proiezione dello stato d'ansia parentale sul degente.

Nonostante i pareri discordanti, la programmazione assistenziale intesa in senso olistico prevede la partecipazione attiva dei parenti, infatti l'intervento congiunto dello staff sanitario e della famiglia potrebbe prevenire la già citata «sindrome da Terapia Intensiva» e il prolungamento della degenza.

Tale nuova concezione organizzativa renderebbe l'Area Critica meno rigida adeguandola alle esigenze individuali di ogni singolo utente.

Farmaci

Nella ricerca ed attuazione di interventi che favoriscano un sonno ristorativo e riequilibrante della funzione psichica, anche un corretto uso dei farmaci analgesici, sedativi, ipnotici si rivela un elemento da non sottovalutare.

Sembra opportuno, dunque, riassumere brevemente quali effetti, tali farmaci, producono sul sonno.

Barbiturici

Amobarbital, Secobarbital, Fenobarbital: producono soprattutto modificazioni del sonno riducendo la fase REM e simultaneamente accentuano lo stadio 2 NREM, dunque il loro uso non favorisce un sonno efficace.

Diazepam

Rappresentante principe è il Valium, riduce il sonno profondo con simultaneo aumento del sonno leggero.

Morfina solfato

Dichiarata soppressiva della fasi REM e 3-4 NREM, riduce il Tempo di Sonno Totale (TST), prolungando le fasi del sonno più leggero.

Cloralio Idrato e Flurazepam

Si tratta di ipnotici che a basse dosi non inducono interruzioni e modificazioni del sonno.

Levo-Triptofano

È un aminoacido essenziale presente nei prodotti caseari, nel latte, nella carne, nei legumi.

La presenza di questa sostanza è associata all'aumento della Serotonina a livello cerebrale che, a sua volta, è un neurotrasmettitore implicato nella produzione del sonno NREM, dunque una regolare assunzione dei cibi menzionati dovrebbe ridurre frequenza e durata dei risvegli notturni.

L'attenzione infermieristica deve essere posta particolarmente sia alla somministrazione dei medicamenti suddetti sia ai fenomeni di debito REM e 3 e 4 NREM e del relativo rimbalzo, ovvero compensativo di sonno dopo la sospensione di farmaci ipnotici, nonché allo svezzamento graduale dai REM soppressivi specie nei bambini la cui degenza in Terapia Intensiva si sia protratta a lungo.

A tale proposito è necessario preparare i genitori alla possibilità di permanenza di debito REM e NREM talora perdurante da 6 a 12 mesi oltre il ricovero, manifestandosi con un sonno prolungato.

Considerazione finale: è documentato ampiamente che la somministrazione di farmaci analgesici ed ipnotici è dipendente dalla capacità di sopportazione del dolore, dalla riposta individuale ai medicamenti menzionati e non ultimo da un approccio psicologicamente attivo da parte del personale infermieristico che sia in grado di fornire elementi e tecniche capaci di ridurre lo stimolo doloroso ed il livello di stress.

Conclusioni

Gli argomenti trattati in questo studio bibliografico sono stati delimitati da almeno tre condizioni:

- presenza esigua di fonti informative specifiche inerenti gli interventi infermieristici che favoriscono il sonno ed il riposo degli adulti in Terapia Intensiva, se non riferiti a pochi studi limitati a campioni di popolazione numericamente ridotti, tali da non essere rappresentativi;
- difficoltà a reperire le fonti bibliografiche nelle biblioteche italiane poiché prive di adeguate e complete raccolte di riviste di nursing dell'Area Critica;
- presenza di indagini riguardanti prevalentemente pazienti ricoverati in Unità di Cura Coronarica per cui questa esposizione ha fatto riferimento soprattutto ad individui vigili e collaboranti.

Inoltre, gli incontri dei partecipanti al gruppo di studio sono stati difficoltosi a causa della notevole distanza tra le varie residenze (Piemonte, Lombardia, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna).

La stesura di questo testo non ha avuto la pretesa di fornire risposte esaurienti ai quesiti dell'assistenza infermieristica riguardo il problema del sonno e riposo, ma, nonostante le difficoltà descritte, ha voluto offrire vari e numerosi input dai quali prendere spunto per ulteriori approfondimenti.

Ricordiamo, a tale proposito, che la maggior parte degli studi ed esperi-

menti consultati posseggono una linea di stesura che inevitabilmente termina con la descrizione di nuove ipotesi e problemi sorti durante la redazione del lavoro scientifico.

Ed è in questo senso che, anche questo testo, vorrebbe congedarsi.

Le «raccomandazioni per la pratica», così come spesso titolano le conclusioni degli studi, potrebbero essere:

- stabilire standard di rilevazione dati per argomenti specifici, per es. il dolore, il sonno, con tempi di raccolta definiti, ipotizzando interviste od anche questionari autosomministrati;
- definire criteri per processi d'intervento basati sulla ricerca con lo scopo di definire linee guida verificabili;
- costruire campioni di popolazione numericamente più ampi rispetto a quelli di ricerche già condotte;
- replicare percorsi di ricerca già sperimentati anche solo per verificare la propria realtà;
- identificare nuovi indicatori di misura dei fattori di disturbo del sonno e riposo;
- studiare modelli di ricerca che possano controllare variabili difficilmente isolabili utilizzando l'analisi multivariata.

Basta soffermarsi solo un attimo e ci si rende conto di quanti aspetti si potrebbero analizzare ed inventare.

Vero è che stimoli e quesiti nascono da terreni fertili quali le discussioni e gli incontri tra coloro che nutrono interessi comuni.

È così che se da un lato questo lavoro ha comportato un notevole dispendio di energie, dall'altro, ha offerto ai partecipanti di questo gruppo di studio l'occasione d'incontrarsi in modo fattivo, arricchente e produttivo.

È per quest'ultima ragione, nella coscienza dell'importanza primaria che offrono gli scambi culturali tra le varie realtà assistenziali, che desideriamo ringraziare la Segreteria Scientifica di questo Congresso che ci ha offerto tale possibilità.

.

CAUSE DI ALTERAZIONE DEL RITMO SONNO-VEGLIA IN AREA CRITICA

P. AMORUSO (relatore) *, F. LINCETTO *, S. MAZZOCCO *, M. PERUZZI *
* IP - UCIC U.L.S.S. n. 21

Il sonno è uno dei momenti più importanti della giornata e poiché vi dedichiamo circa un terzo della nostra vita, abbiamo sentito la necessità di prestare maggiore attenzione ai fattori che causano l'alterazione del ritmo sonnoveglia dei nostri pazienti.

L'arrivo in U.C.I.C. è fonte di emotività mista a paura, speranza e forse incredulità. Nelle prime ore di degenza si nota il prevalere di uno stato ansioso seguito da una fase depressiva che deriva dalla formulazione della diagnosi. Particolarmente penose si presentano le ore notturne, specie nei pazienti anziani con fenomeni di disorientamento che devono essere trattati e successivamente prevenuti sia con l'assunzione personalizzata di tranquillanti, sia con un supporto psicologico (presenza di un familiare).

Lo scopo di questa nostra ricerca vorrebbe essere quello di realizzare un'assistenza mirata del paziente insonne nell'ambito dell'U.C.I.C.

Il motivo che ha dato il via a questa indagine, è stato il continuo e frequente stato di insonnia nei nostri pazienti.

Volevamo dunque sapere quali fossero le cause che non permettevano ai ricoverati di dormire.

Abbiamo così svolto una inchiesta su 100 pazienti degenti nella nostra U.C.I.C., tenendo presente la struttura del reparto stesso che prevede sei stanzette singole e una doppia.

L'indagine è iniziata il 1° settembre 1989 e si è conclusa il 28 febbraio 1990. Abbiamo steso la traccia della scheda/questionario da somministrare ai degenti, facendo riferimento ad uno studio della N. Roper. Si tratta di una scheda anonima che raccoglie dati generali (età, sesso, attività lavorativa), una breve anamnesi del sonno (soffre di insonnia? usa tranquillanti?, tipo di sonno).

Le domande sono state poste al paziente sotto forma di colloquio nel corso di ogni prestazione al paziente stesso, e le risposte sono state riportate successivamente senza dare l'impressione all'utente di essere oggetto di studio.

Le schede sono state compilate dallo stesso operatore che aveva sostenuto il dialogo col paziente, sempre durante l'orario di servizio che poteva essere mattino, pomeriggio e qualche ora della notte. Abbiamo ritenuto importante che non fosse l'utente a compilare la scheda. I pazienti che abbiamo preso in considerazione erano tutte persone ricoverate presso la nostra U.C.I.C. con una degenza media di 4 giorni. Non abbiamo fatto alcuna selezione tra le pato-

logie (abbiamo solo scartato i pazienti intubati) quindi tra essi sono compresi pazienti con ricovero di 24 ore scarse. Persone con diagnosi, attività lavorativa ed età differenti. Dalla randomizzazione è emerso quanto segue:

100 pazienti

36 donne

64 uomini

4% di età fino a 30 anni 42% di età da 30 a 50 anni 44% di età da 50 a 70 anni 10% di età oltre i 70 anni

ATTIVITÀ LAVORATIVA DIVERSA: 30% Pensionati

18% Casalinghe

13% Liberi professionisti

20% Impiegati 19% Operai

Abbiamo verificato se prima del ricovero, era presente un'assunzione farmacologica di tipo sedativo:

54% Uso di tranquillanti tutte le sere

16% Uso di tranquillanti spesso, ma non sempre

30% Non uso di tranquillanti

Dopo aver rilevato i dati, abbiamo valutato i risultati che abbiamo suddiviso in: a) fattori psicologici, b) fattori ambientali, c) fattori biologici.

A) Fattori psicologici

Il 100% dei pazienti durante la notte si presentava ansioso e preoccupato per la scarsità di informazione medica e non medica datagli sulla malattia in corso, riportando stati di agitazione o depressione in cui il paziente resta fermo e sveglio per ore continuando a pensare ad episodi o parole che lo turbayano.

Quando si addormentava si svegliava più frequentemente e più facilmente di altri, affermando poi di aver dormito poco e male.

B) Fattori ambientali

Il 40% dei pazienti non riusciva a dormire per un alto livello di rumori: personale che camminava in corridoio, macchinari in funzione, emergenze, luci accese.

Il 21% era insonne per il tipo di letto ed accessori: i letti del nostro reparto ed in genere tutti i letti ospedalieri, sono più alti di quelli che vengono usati a casa. Questo fattore provoca ansia soprattutto alle persone abituate ad alzarsi di notte per urinare. Altro elemento: il materasso molto diverso da quello a cui il paziente era generalmente abituato. Quello ospedaliero è molto più duro ed è in gommapiuma. Ancora responsabile dell'insonnia sono apparsi i fili dei monitors a cui il paziente era collegato. Il paziente non si muoveva per paura di staccarne uno o di alterare qualcosa.

Il 17% presentava insonnia per la temperatura della stanza; infatti tempe-

rature fredde o calde incidono sul sonno.

Il 13% era insonne per imbarazzo di dividere la stanza con altri, portandoli al punto di dormire il meno possibile per aver minori possibilità di disturbare il compagno di stanza.

Il 5% riscontrava difficoltà ad addormentarsi per una mancata continuità delle proprie abitudini prima del sonno. Ciascun paziente infatti aveva le pro-

prie abitudini molto personali ed indispensabili a farlo rilassare.

Il 4% era insonne per dolori di schiena o dolori toracici significativi e non. Non sono stati esaminati tra i quesiti posti ai pazienti, i fattori biologici. Attraverso l'osservazione diretta si sono confermate le ipotesi ricavate dalla bibliografia, cioè che rispetto all'età, all'alimentazione, all'orologio biologico, i pazienti si comportavano come segue:

— i soggetti giovani dormivano più a lungo dell'adulto, avevano un sonno REM più prolungato; le persone anziane dormivano meno e il loro sonno veniva frequentemente interrotto da periodi di veglia con fase REM ridotta.

Siamo concordi con le ricerche precedenti sulle seguenti affermazioni:

alimentazione: bere il caffé prima di addormentarsi o mangiare il formaggio per cena provocherebbe insonnia;

— orologio biologico: l'organismo appreso il ritmo sonno-veglia nelle 24 ore, ripete questo schema; le attività di sonno e riposo vengono invertite quando si lavora di notte.

Visti i risultati rilevati, cioè, che l'informazione, i fattori psicologici e quelli alimentari erano valori che incidevano sull'insonnia, il gruppo ha pensato fosse necessario tentare di ridurre le cause di insonnia:

- informazione più dettagliata, comprensibile e precisa al paziente, aumentare i periodi di dialogo con l'utente stesso;
- eliminazione dei rumori: sono stati adottati tutti i sistemi idonei a rendere l'ambiente più silenzioso (chiusura delle porte delle stanze, attenuazione delle luci del corridoio, riduzione dei rumori da parte del personale);
- 15 sostituzioni di materassi in gomma con materasso tipo «permaflex».
 Maggiori sostituzioni non sono state possibili in quanto il numero dei materassi di ricambio non era sufficiente;

- spiegazione dell'importanza dei monitors e dei fili ad essi collegati;
- per la temperatura della stanza si è raggiunta una situazione ottimale facendo in modo che non scendesse durante la notte al di sotto di 18° C anche perché il controllo della temperatura corporea è meno efficiente negli anziani rispetto agli adulti di età media;
- rispetto della riservatezza e della intimità dei pazienti degenti nelle camere a più letti facendo uso di paraventi;
- somministrazione di antidolorifici o leggeri massaggi in loco per i dolori non significativi; adeguato trattamento medico per quelli toracici significativi;
- collaborazione col paziente al fine di favorire la continuazione delle proprie abitudini personali (letture, TV, esercizi ginnici semplici, ecc.).

Dopo tali interventi si sono ottenuti i seguenti risultati: 95 pazienti su 100 (95%) continuavano ad essere insonni per la mancanza, l'insufficiente o la poco soddisfacente informazione; non ci siamo resi conto se non in sede di verifica, di non essere riusciti a soddisfare la curiosità del paziente, la voglia di sapere sul suo stato di salute soprattutto sulle prospettive future.

Dei 5 pazienti su 100 (5%) che non riusciva a dormire per la mancata continuità delle proprie abitudini, solo 1 su 5 (20%) continuava ad essere insonne per tale motivo (attrezzistica).

Dei 21 su 100% (21%) che non riusciva a dormire per la rigidità del materasso, solo 6 pazienti su 21 (30,5%) rimaneva insonne ancora una notte dopo la raccolta dati, dopodiché si abituava alla rigidità del materasso stesso.

Non si verificavano insonnie dipendenti dalla rumorosità ambientale.

Conclusioni

Questa indagine è stata un primo approccio infermieristico nei confronti di un problema che l'infermiere ha da tempo colto nei riguardi del paziente. Ci siamo resi conto della difficoltà che comporta un lavoro di ricerca di questo tipo e ci scusiamo se non siamo stati chiari e se non abbiamo soddisfatto le «curiosità» di ognuno. Le conclusioni cui siamo giunti sono le seguenti: i fattori di disturbo ambientale, la terapia sedativa indiscriminata, il mancato rispetto delle abitudini personali, la diminuzione dell'attività fisica, l'insufficiente controllo del microclima, lo scarso rispetto per la privacy del paziente sono causa dell'insonnia o comunque dell'alterazione del ritmo sonno-veglia. Sono però aspetti della degenza che possiamo modificare, come infermieri professionali, nella pianificazione del nursing.

La causa principale dell'alterazione del ritmo sonno-veglia di un ricoverato in area critica però è da attribuire alla mancata informazione nei confronti del paziente stesso. Come personale infermieristico, probabilmente siamo giunti ad una situazione di questo tipo forse per un difetto di etica professionale, uno scarso rapporto di semplice dialogo con l'utente, e per metodi e cultura dell'istituzione «sanità». C'è una tendenza da parte nostra ad assumere un atteggiamento professionale che rispecchia sempre più la posizione medica, tralasciando una cosa importantissima come la comunicazione basata su termini semplici, chiari e comprensibili con coloro che chiedono forse di più di una semplice spiegazione.

L'utente desidera essere rassicurato sul suo stato di salute, in poche parole si deve trasmettere al paziente un senso di tranquillità facendogli capire che la sua situazione è sempre sotto controllo. Questo nostro comportamento incerto, è dato probabilmente da una situazione di carenza numerica di personale che non permette, più di tanto di aver tempo per colloquiare col paziente. O forse tutto questo è solo una scusante per giustificare un'assistenza sempre più tecnica, passiva e specializzata su ciò che può essere la cornice di una tela di cui non si conosce la vera importanza.

SCHEDA RILEVAZIONE DATI ANONIMA

N. Letto:

Attività lavorativa

Sesso

M F.

Soffre d'insonnia?

Usa tranquillanti?

Tipi di sonno:

DURANTE IL RICOVERO

Cause d'insonnia

- * Paura/Agitazione
- * Informazione/Dialogo scarsa
- * Rumore
- * Luci
- * Letto e accessori
- * Monitors
- * Temperatura ambientale
- * Presenza di altre persone
- * Mancata continuità abitudini serali
- * Dolore
- * Altro

Modalità di risoluzione del problema

Bibliografia

ROPER, LOGAN, TIERNEY: The elements of Nursing, Longman Group Limited.

C. Easton, F. Mackenzie: Delirium in the ICU, Heart and Lung.

P. Ashworth: The needs of the critically ill patient. Intensive Care Nursing, Longman Group UK Ltd.

W. F. Ganong: Fisiologia Medica, Piccin Ed.

INFERMIERE E PIANETA

*

NUOVE PROSPETTIVE DI ETICA PER LA PROFESSIONE SANITARIA

Relazione del Prof. AUTIERO

I. Che cos'è l'etica?

Questo contributo vuole essere più strettamente attinente all'universo della riflessione sul vissuto. Probabilmente occorre servirsi anche di un vocabolario e di uno strumentario di concetti, forse non immediatamente vicini alla pratica professionale quotidiana. Vi chiedo pertanto lo sforzo di seguirmi in questa avventura di riflessione.

Il progresso della medicina ci mette nelle mani immense possibilità, ma

ci mette nel cuore anche molti motivi di ansia.

E proprio in questo movimento pendolare tra possibilità e paure, si afferma da più parti che occorre fare riferimento all'etica per bilanciare le due coordinate: quella delle possibilità e quella delle paure. E direi, allora, che il nostro tempo si va caratterizzando sempre di più come tempo dell'etica. Viviamo nell'era etica. Dopo il primato della politica negli anni '70, gli anni '90 e la soglia del terzo millennio saranno indubbiamente sempre di più caratterizzati da una sorta di fame di moralità, fame di etica.

Quando andiamo ad analizzare perciò che cosa significa questa fame di moralità, ci troviamo di fronte a uno squilibrio. Questo squilibrio l'ha molto ben messo in evidenza il filosofo morale americano McIntayre, quando dice che, da una parte c'è il consenso universale di tutti sul fatto che abbiamo bisogno di moralità, e dall'altra c'è la frammentarizzazione totale quando andiamo a domandarci: «Ma che cosa è quest'etica?»

E allora risulta qui evidente, innanzitutto, una premessa che voglio fare, e cioè che, a fronte di questa fame di moralità che sta crescendo, cresce anche la difficoltà di definire l'universo etico.

A seconda di che cosa noi intendiamo per etica, derivano determinate risposte sia sul piano teoretico, sia sul piano pratico.

E se andiamo ad indagare per somme arcate la storia del pensiero occidentale sul tema dell'etica, ci troviamo di fronte a tre possibili modelli di risposta.

1: L'etica concepita come un pacchetto di norme da applicare, per cui si è «morali» quando si applicano giustamente le norme che sono state confezionate per regolare l'agire. In questo la storia della morale, soprattutto della teologia morale cattolica del '700 ci insegna con molta abbondanza di particolari quanto l'etica si sia attardata, si sia perduta nei meandri di questi corridoi della normatività. Essa ha creato una sorta di risposta per ogni tipo di

216 Autiero

problema, una risposta molto spesso normativamente definita e assertoria, molto rigida che chiameremo di tipo casistico.

Questa etica si è poco preoccupata di domandarsi ragione del fondamento da cui la possibilità di avere una norma poteva essere dedotto.

- 2. L'uomo moderno, l'uomo sorto nella temperie culturale dell'illuminismo europeo, si è domandato: «Ma quale ruolo ha la ragione? Per l'uomo, che è un essere razionale, che è capace di fare luce sulla realtà che vive, quale ruolo ha la ragione in questa vicenda dell'etica?». L'etica dell'illuminismo, in modo particolare sotto la spinta del filosofo tedesco Immanuel Kant, si è domandata ragione del fondamento. L'etica è diventata una sorta di scienza di riflessione teorica sul fondamento dell'agire e sulla legittimità dei processi logici che si applicano per passare dal fondamento astratto alla soluzione concreta. In questo tipo particolare di ottica concernente il fondamento dell'etica si è molto sviluppato il discorso dell'etica analitica, della scuola angloamericana. Dunque o una immediata, ristretta, direi addirittura talvolta ottusa attenzione alla concretezza dei casi, o una astratta, lontana dalla realtà, considerazione del fondamento teorico dell'etica.
- 3. Tra queste due figure di eticità, si colloca una strada che recupera sia la concretezza che la riflessione.

E tuttavia non riduce né la storia ad una serie di atti concreti, né la riflessione ad una astrusa elucubrazione mentale. Dal confronto di questi due modelli, nasce un'etica che vuole essere una sorta di aiuto a entrare nell'universo del senso. Definirei questa etica come una scienza interpretativa del senso del vivere e dell'agire umano; e di conseguenza proprio, partendo da questa analisi del senso, essa diventa attenta a regolare capace di ispirare l'agire concreto, dunque, una sorta di scienza interpretativa del senso e sistema normativo dell'agire. E in questa coniugazione che essa fa, tra senso del vivere da interpretare e agire concreto da regolare, essa recupera la cucitura che molto spesso viene scollata in altri sistemi tra persona e storia, tra ciò che io sono e ciò che io riesco a fare, dove il mio essere non è il fondamento remoto astratto e il mio fare non è l'accumulazione di una serie di atti concreti ma dove, tra il mio essere e il mio fare, c'è una possibilità di un nesso che costituisce la mia storia personale. E quando tra l'essere nel senso universale e il fare di tutti gli uomini nel senso universale si cerca questo legame comune, allora abbiamo il concetto di storia umana. E questa storia umana si carica di una valenza morale, sicché essa non è rinchiusa nella stretta prigione di un pragmatismo senza senso; non è una palla che si lascia rotolare e non si sa dove arriva, e neppure una statua dai lineamenti offuscati. In questo, l'etica, della quale io qui vorrei parlare, la paragonerei allo strumento ottico dello zoom che, nelle nostre macchine fotografiche ci consente un accostamento ravvicinato dell'oggetto. L'etica è una zoomata sul vivere, sull'esistere, tale da non far perdere la consistenza del soggetto che guarda e di non far perdere neppure l'approssimazione all'oggetto che viene osservato.

È in questo senso che desidero parlarvi di dimensione etica della vostra

professione sanitaria. E all'interno di questa premessa sulla natura dell'etica, intendo ora affrontare due problemi particolari, che mi sembra debbano aiutarci a dare una risposta a una domanda più circoscritta e concreta, e cioè quella che abbiamo formulato nel titolo di questa relazione: «Nuove prospettive di etica». Con questa premessa ho definito il secondo termine: che cosa è l'etica, ora intendo riempire di contenuti questo aspetto delle «nuove prospettive». Perché devono essere nuove queste prospettive e quali sono queste nuove prospettive dell'etica? Analizziamo qui due mutamenti ad ampio respiro che mi sembra diano all'etica, oggi, nuovi orizzonti e nuove prospettive.

Questi mutamenti sono: 1° lo sforzo di superamento dell'individualismo, 2° oltre l'individualismo lo sforzo di superamento della riduzione razionalistica.

Il primo — il superamento dell'individualismo — ci consentirà il recupero di un nuovo paradigma nell'etica, e cioè la dimensione di solidarietà.

Il secondo — il superamento del razionalismo — ci consentirà di individuare l'altro paradigma a cui vorrei fare riferimento, e cioè la dimensione di empatia. Come si vede questi due paradigmi, (solidarietà ed empatia), ci possono fornire una chiave di lettura per entrare nell'universo di quello che la vostra Associazione definisce «Area Critica». Infatti, l'agire sanitario ma direi, in generale, l'agire umano, è sempre un interagire, un interferire con un altro soggetto, da soggetto, mettendo in risalto lo spazio comune di due crisi.L'area critica, della quale voi vi occupate, non è soltanto l'area in cui si trova collocato il paziente, ma è anche l'area in cui, mediante la vostra prestazione professionale, venite a trovarvi voi. E l'etica, nel recupero di queste due dimensioni di solidarietà e di empatia, può darvi l'aiuto a comprendere come regolare questi due spazi interagenti di crisi.

Probabilmente vi è già noto l'approccio che al tema della malattia fa l'i-deologa Susan Sontag. Nel suo libro: «La malattia come metafora» ella ci avverte che non esistono pezzi malati del nostro organismo, ma quando la persona è malata, vuole evidenziare nient'altro che si trova in uno stadio di ripensamento, riadattamento, di ristrutturazione del suo vivere. E la parola crisi, che deriva dal verbo greco kalèo vuol dire, appunto, «chiamare in giudizio» e cioè necessità di ripensare a quello che si sta strutturando in maniera nuova.

Quando un paziente viene in ospedale ci porta questo suo dettato, questo suo appello: egli sta ristrutturando il suo modo di prendere contatto con la realtà, con la vita, col corpo, con la salute, col sistema, con la società. E in questa crisi, nella quale egli si trova, vuole che la struttura, l'ospedale, il terapeuta, il medico, l'infermiere, interagiscano. In questa reciproca interazione del rapportarsi l'uno alla crisi dell'altro il paradigma della solidarietà e il paradigma dell'empatia ci possono aiutare.

Perché abbiamo bisogno di solidarietà? Perché l'etica deve scoprire questa nuova prospettiva, al di là dell'individualismo?

Qui consentitemi una digressione di carattere storico dove, con l'aiuto di tre concetti che sono stati studiati per capire la relazione di aiuto, possiamo probabilmente meglio intendere la necessità di questo mutamento.

218 Autiero

I tre concetti a cui mi riferisco, sono quelli studiati da Robert Sahle, il quale parla di tre strutture del modo di rapportarsi esistenti già nelle società arcaiche: la struttura del dono, la struttura dell'elemosina e la struttura dell'aiuto.

- 1. Il dono è una forma portante di relazione tra le tribù primitive. Nel suo saggio sul dono come forma e ragione dello scambio nelle società arcaiche, l'antropologo francese Michel Mauss ha mostrato come il dono serviva nelle società primitive per regolare la potenza. Chi è potente, dona. Se si pensa al sinonimo del dono che è il regalo si vede che la parola regalo deriva appunto dalla semantica del concetto di re. Il re è potente, possiede e quindi dona e quello che egli dona è un regalo. Perciò il dono, nelle società primitive, serviva per manifestare la potenza di qualcuno e laddove questa potenza veniva lesa attraverso un attacco di guerra, si ricorreva al dono per rappacificare le tribù. Ma tutto ciò avveniva sempre in una concezione abbastanza chiaramente individuale: è il re che afferma la sua potenza, è il re che provvede alla pacificazione dei suoi sudditi, con gli appartenenti ad una tribù esterna.
- 2. Questa forma del dono, come prima modalità di rapporto tra tribù e tribù, persone e persone, si è poi evoluta più tardi nelle società a influsso cristiano, soprattutto nel medioevo. Non c'è più il dono con questa tipologia dell'affermazione di potenza, ma si sviluppa un'altra categoria che è quella della elemosina, frutto della carità. E il cristianesimo primitivo, con la sottolineatura della dimensione caritativa e come si suol dire «diaconica», ha messo molto in evidenza che una persona si mette in rapporto con un altro quando fa l'elemosina. Nel medioevo si sviluppano molto gli Ordini Mendicanti (i francescani, i domenicani, gli ordini poveri, i pauperisti) che vivono dell'elemosina altrui. Ma l'elemosina ha una grande colorazione e un grande significato: serve, per chi fa l'elemosina, come una sorta di mezzo per salvarsi.

Dunque, si ha di nuovo una affermazione di impotenza, ma ancora una volta fortemente individualistica. La persona ha bisogno di salvezza, fa l'elemosina per accaparrarsi questo diritto alla salvezza. Poi, nella Riforma protestante, Lutero metterà molto in evidenza questo fatto e, sotto la sferza della sua critica, cadrà anche il tintinnio delle monete che scendono nelle cassette dell'elemosina per salvarsi l'anima. Ad ogni modo, l'elemosina acquista questo significato risolutivo, di carattere salvifico per chi la fa. E poi, quando c'è la coscienza di impotenza che sviluppa anche il senso, la consapevolezza del proprio limite, del proprio peccato, l'elemosina diventa una forma di riscatto, sì, una penitenza. E in questo concetto di elemosina come penitenza e come acquisto della salvezza ancora una volta la relazione si mantiene su un terreno di individualità da regolare.

3. Il terzo passaggio: dopo il dono e l'elemosina, l'aiuto. Questo terzo passaggio l'abbiamo, in modo particolare, nel periodo della rivoluzione umanistica del XVI secolo, quando cominciano gradualmente le pretese di scientificità della medicina, della biologia... e quando le scienze mediche, in senso generale, cominciano a fondare delle vere e proprie professioni. A questo punto,

la relazione di aiuto che il medico, l'infermiere, o l'operatore ospedaliero costruisce è una relazione nella quale si fa fortemente appello al fatto che chi mi sta di fronte e necessita del mio aiuto, è come un oggetto rispetto a me che sono un soggetto.

Nello schema soggetto-oggetto, colui che viene aiutato viene ridotto a una cosa da aiutare e, contemporaneamente, colui che aiuta riprende una sorta di primato, di soggettività, nel senso individualistico del termine, per cui — ancora una volta — quello che sorge dalla cultura moderna, dopo la incipiente formazione delle professioni sanitarie, è appunto una cultura del soggetto individuale che viene in soccorso di un oggetto da aiutare.

Sul piano dell'etica, nel mondo sanitario, questo comporta delle rivoluzioni molto vistose: si accentua sempre di più la struttura della diagnosi, della diagnosi differenziata, così che questo oggetto da conoscere e poi da aiutare, viene sempre di più scandagliato nel suo universo parzializzato. Le diagnosi differenziate comportano la necessità di una settorializzazione per conoscere di più. La quantità di conoscenze che esse consentono di accumulare cresce a dismisura sotto la lente di ingrandimento dello strumento diagnostico e — sotto il profilo più ampio dell'etica sociale — questo rapporto schematizzato tra individuo che conosce e oggetto da conoscere porta al fatto che le istituzioni nelle quali avviene questa dinamica dell'aiuto sanitario diventano sempre di più delle istituzioni dominanti, delle istituzioni totalizzanti, come scriveva Ivan Illich nel '78, nel volume: «Le professioni mutilanti», quando parlava delle professioni dominanti.

E cito un brano da questo testo. «A differenza delle professioni liberali di un tempo (nel medioevo), che si limitavano a imputare uno specifico bisogno al singolo cliente che si rivolgeva al loro aiuto, le nuove professioni dominanti pretendono di governare i bisogni umani tout court. Col loro avvento, lo stato moderno diventa una holding di imprese che permette l'esplicazione di competenze di cui esse imprese sono, a un tempo, creatrici e garanti. Al cittadino cliente vengono attribuiti uguali bisogni, all'unico scopo di soddisfarli in un gioco a somma zero». (p. 15)

Voi vedete, allora, che queste professioni che mettono in movimento le istituzioni nelle quali avviene la relazione di aiuto istituzioni che abbiamo definito dominanti, totalizzanti finiscono per limitare, spezzettare il tu che ci viene affidato nella relazione di aiuto; e allora, con Illich possiamo dire che qui si tratta di istituzioni dominanti e perciò mutilanti. La relazione su cui si basano queste professioni diventa un attacco, un pericolo vero e proprio per la crescita globale di colui o di colei che ci viene affidato in aiuto. Più che produrre aiuto in questa ottica uscita dalla modernità, concepita come ottica di intervento su un oggetto spezzettato, noi produciamo più danno di quanto siamo in grado di correggere. Ci troviamo di fronte a una aporia, a un paradosso e cioè che, mentre sorgono le professioni nello stato moderno, mentre si affina sempre di più l'esigenza di produrre un èthos professionale, e, quanto più moralizziamo il nostro agire professionale tanto più danneggia-

220 Autiero

mo. E l'etica, che doveva essere quella scienza ispirativa del senso e quel sistema normativo dell'agire per zoomare l'esistenza, per avvicinarla e sanarla, finisce per diventare il grande pericolo, il grande nemico dell'umanizzazione.

E allora, qui occorre cambiare paradigma, altrimenti l'etica, della quale siamo in qualche modo qui a parlare più che una chiave di soluzione, diventa un attacco e un pericolo.

E, come mai questo pericolo diventa poi così emergente?

Qui mi viene in aiuto la considerazione che fa l'ideologo Ignatieff, nel libro intitolato «I bisogni degli altri», quando dice che noi abbiamo corso il rischio: di trasformare il concetto di bisogno altrui sotto la lente d'ingrandimento del concetto dei diritti. Abbiamo in qualche modo trasformato il concetto di bisogno in concetto di diritto. E abbiamo così messo in ombra il fatto che non tutto ciò di cui abbiamo bisogno può essere garantito come una risposta ed un diritto.

Pendiamo un brano da questo testo di Michel Ignatieff: «Nel tentativo di difendere il principio in base al quale i bisogni costituiscono dei diritti, è possibile dimenticare quella serie di bisogni che non possono essere espressi come diritti fino a cancellarli dal linguaggio della politica, dell'etica. Il linguaggio dei diritti offre un ricco vocabolario alle richieste che un individuo può fare alla collettività o contro di essa, ma è relativamente povero come mezzo per esprimere i bisogni di collettività degli individui. Può esprimere solamente l'ideale umano della fraternità come rispetto dei diritti reciproci e può sostenere soltanto la richiesta di essere trattati con dignità, alla luce della nostra comune identità di creature portatrici di diritti, ma noi siamo qualcosa di più di creature portatrici di diritti. E in una persona c'è qualcosa di più da rispettare che non i suoi diritti. La buona coscienza amministrativa del nostro tempo sembra consistere nel rispettare i diritti degli individui ma, al tempo stesso, umiliandoli come persone». (pagg. 9-10)

Ecco allora il paradosso nel quale cade un'etica che affronta tutta la sua competenza con questa categoria di bisogni che si esprimono con il concetto di diritti. Ma regolare i diritti — si dice — è compito della ragione.

II. Oltre la ragione

Ed eccoci al secondo mutamento di paradigma che potrei introdurre così: la ragione non basta più perché i diritti non bastano più. La nostra umanità ha combattuto tanto per l'acquisizione dei diritti fondamentali ... ahimè, non riuscendovi certamente per intero, eppur tuttavia dobbiamo dire che ci stiamo incamminando in una sorta di comune vicenda del vivere dove i diritti non bastano più.

Siamo in un'epoca che va al di là della semplice acquisizione dei diritti. E allora la ragione che stabilisce il bilanciamento tra i diritti, anch'essa è inadeguata. E come dall'etica individualistica, occorre uscire per scoprire la globalità del nostro intervento, così dall'etica della ragione che regola i diritti, occorre uscire per trovare qualcosa d'altro.

Che cosa ha prodotto quest'etica della ragione?

Ho citato inizialmente Immanuel Kant con il suo sforzo di mettere in evidenza il fatto che l'etica dovesse avere un fondamento. E questo sforzo è sacrosanto e va fatto attraverso lo strumento della razionale: l'autonomia della ragione del soggetto diventa in qualche modo il fondamento dell'etica stessa. Ma tutto questo non basta per capire le vere competenze dell'etica rispetto al vivere. Partendo proprio da questa sottolineatura di razionalità dell'epoca moderna, oggi molti filosofi morali, molti eticisti, vanno approfondendo criticamente il ruolo della ragione. Penso, per esempio, a quello che studiando il costume dei bambini, Piaget aveva introdotto e cioè la fondazione del giudizio morale nel bambino e, basandosi sulle ricerche di Piaget, il filosofo americano Lorenz Kolberg aveva esposto rispetto alle fasi con cui si sviluppa l'organismo morale di una persona. Per lui si alternano delle fasi con diverse gradazioni dove la capacità di razionalizzare, di mettere sotto la lente di ingrandimento conoscitiva, cresce sempre di più col crescere della sensibilità morale e porta a definire l'etica come la scienza della giustizia. Il principio di giustizia diventa il principio fondamentale di questa etica che si basa sullo sviluppo cognitivo nelle diverse fasi di cui egli parla: preconvenzionale, convenzionale e postconvenzionale dell'agire morale.

Credo che l'aiuto che ci può dare una simile etica sia molto limitato. Che la categoria di giustizia entri fortemente nell'etica è un recupero di fondamentale importanza, ma solo con la giustizia non si fa etica. E allora comprendo così la svolta che si è sviluppata soprattutto nella filosofia morale proveniente dall'ambiente femminista nord-americano, a partire da Karol Gilligan. L'etica messa nella riflessione del rapporto con la categoria di giustizia e nella categoria di razionalità che gestisce i diritti ha mostrato di essere un'etica fragile. Perciò è venuta fuori la necessità di questo paradigma nuovo — che io ho chiamato il paradigma dell'empatia — e che con una immagine molto più colorata, un filosofo americano — Karl Shelton — chiama «l'etica del cuore». La moralità del cuore deve integrare la moralità della mente, la moralità della ragione.

Il cuore diventa la metafora più unificante ed anche più convincente per capire la strutturazione dell'agire morale. E in questo senso, questa moralità del cuore ci porta a riscoprire determinate altre categorie che vanno ben al di là della categoria di giustizia di cui ho parlato. L'etica del cuore si basa sul carattere, sullo stile di vita, sull'èthos, sulla virtù.

Ho citato precedentemente MacIntyre, il cui saggio: «Dopo la virtù», ha mostrato come il fallimento dell'avventura etica dell'illuminismo europeo non poteva tardare a venire. Avendo l'illuminismo fatto centro sul concetto di ragione, non poteva che arrivare al limite ultimo in cui le cose sono, per dirla con Pascal, non affidate alla ragione, ma alle ragioni del cuore, quelle ragioni che la ragione non conosce.

222 Autiero

Ed è questa l'etica del cuore, l'etica dell'empatia che dobbiamo riscoprire, l'etica delle virtù, l'etica del carattere fondamentale che noi intendiamo riprodurre quando ci mettiamo in relazione di aiuto con gli altri. Quali sono le virtù più emergenti in questo paradigma dell'etica del cuore, dell'etica dell'empatia?

Mi ha colpito molto la lettura di un recente libro di un medico americano che intitola così il suo scritto: «Come diventare un bravo medico, come diventare un buon dottore. Il ruolo della virtù e del carattere nell'etica medica».

James Drane descrive diversi livelli del rapporto terapeutico che devono essere integrati insieme perché il nostro carattere morale sia pieno e rispetti le ragioni del cuore. A me pare che si possa operare un ampliamento rispetto a quello che James Drane dice a proposito del bravo medico; si potrebbe parafrasare e dire «come si diventa un bravo infermiere». Sotto il profilo etico qual è la categoria di carattere e di virtù che più è in grado di dare organicità e valore al vostro agire professionale?

Le sei dimensioni di cui egli parla a proposito del rapporto medico-paziente, potremmo dire, sono le stesse dimensioni del rapporto infermiere-paziente. E le espongo brevemente mettendo in risalto come a ogni dimensione, che è una parte di tutto l'èthos globale, corrisponde una particolare virtù, un particolare frammento del carattere.

- 1) La dimensione medica, innanzitutto. Potremmo dire la dimensione della professionalità, quella che fa sì che l'atto diagnostico e l'atto terapeutico sia un atto competente. Ecco perché, a chi potrebbe pensare che un discorso di etica del cuore nella professione sanitaria è soltanto un vuoto e vago movimento di parole, va detto che l'etica del cuore non va contro l'etica del sapere professionale. Tutt'altro: implica come prima condizione la competenza, la professionalità e si fonda su questo atto diagnostico e terapeutico rispettoso del sapere e della scienza, secondo quello che deriva dalla ricerca condotta con i metodi più moderni. E a questo atteggiamento della dimensione medica nel rapporto corrisponde la virtù di benevolenza o di beneficenza: fare del bene, produrre bene, far sì che cresca il bene nella persona che ci sta di fronte e che domanda la nostra prestazione di aiuto.
- 2) Una seconda dimensione è la dimensione spirituale, che potremmo chiamare molto meglio, dimensione comunicativa alla quale corrisponde la virtù della sincerità, che potremmo analizzare in modo più concreto. Noi abbiamo fatto discussioni molto accapigliate sul problema della verità da dire o non dire al paziente: quando, come, a chi, con chi parlare, di che cosa parlare. Io credo che questo sia un problema parziale di un sistema più ampio che è il sistema comunicativo nell'ambito dell'atto terapeutico. E questa dimensione comunicativa, che non è soltanto lo scarico di verità, ci mette in rapporto perché, se non c'è il rapporto, se manca la relazionalità, non c'è comunicazione, ma solo tutt'al più informazione. Nella relazione terapeutica, è la comunicazione che implica la virtù di sincerità e non soltanto l'atteggiamento

di veridicità. Ciò che conta è la sincerità, cioè il far camminare due cuori che si mettono all'unisono; ecco perché questa virtù fa parte del paradigma etico dell'empatia. Nel sistema comunicativo della relazione terapeutica, si afferma molto più profondamente il fatto che la parola ha un significato e noi, di questa parola, nell'atto terapeutico, ne abbiamo fatto abuso. Non parliamo, o se parliamo — soprattutto in certi livelli delle professioni sanitarie — parliamo un linguaggio astruso che non è comprensibile, anzi, che vogliamo che non sia compreso, perché così si mantengono i mondi e le loro diversità, le barriere non crollano perché se la parola dice di più colpisce il cuore dell'altro ma anche il mio; allora tra l'altro e me cade la barriera, c'è comunicazione reale. Il ritorno del cuore implica un ritorno della parola; questa parola che nell'atto terapeutico avevamo messo da parte concentrandoci fortemente sull'aspetto strumentale e sulla mediazione farmacologica, deve tornare nel nostro èthos della professione sanitaria. Lasciamo spazio alla parola che esprime la sincerità e che manifesta realmente l'empatia. Allora scopriremo — e qui mi sembra molto bella l'immagine di Emmanuel Levinàs — che l'altro ha un volto e non è soltanto un corpo che giace nel letto e sul quale noi ci curviamo magari misericordiosi, però sempre come su un oggetto. Lasciamo tornare il volto perché è dal volto che viene la parola e la parola produce comunicazione e la comunicazione ci fa uscire dalla crisi.

3) La terza dimensione è la dimensione volitiva e cioè il fatto che il medico, il paziente, l'infermiere, l'operatore sanitario, siano in grado di prendere decisioni, decidere e non «lasciar decidere», co-decidere, decidere insieme e non subire le decisioni altrui.

A questa dimensione corrisponde la virtù del rispetto e il rispetto non è il mantenimento delle gerarchie oltre le quali non possiamo andare, ma è l'assunzione dell'altro, come altro, nella sua crisi, di uno che mi sta di fronte e che domanda di essere accolto in tutta la sua totalità.

- 4) E poi c'è la dimensione affettiva, e cioè il feeling che, reciprocamente, si sviluppa tra operatore sanitario e paziente. E qui corrisponde la categoria di cordialità, non soltanto come aspetto formale di urbanità nei rapporti (già questo sarebbe tanto in molti casi) ma come capacità reale di calarsi con il cuore nel cuore dell'altro.
- 5) Infatti c'è la dimensione sociale, e cioè quella dimensione in base alla quale quello che facciamo su un soggetto singolo ha sempre una rilevanza sociale.

Chi aiuta un uomo a essere più uomo aiuta sempre tutta l'umanità ad essere più umana; come chi fa nascere un uomo fa nascere un mondo, così chi aiuta a sanare una singola persona, aiuta a sanare sempre l'intera società. E allora qui io vedo la virtù di giustizia, in questo paradigma dell'empatia e non nel paradigma dell'etica ispirata alla razionalità cognitiva.

6) Ed infine c'è la dimensione religiosa, una dimensione del rapporto che può essere discutibile, e che qualcuno si può rifiutare di accettare. J.Done dice: mai come oggi il medico, l'operatore sanitario è vicino al ruolo del sacer-

224 Autiero

dote. Ma non perché si siano invertiti i ruoli e meno che mai perché l'operatore sanitario acquisisca sopra di sé i difetti professionali del ruolo del prete, quanto piuttosto perché chi ti domanda un aiuto per uscire dalla crisi ti fa sempre una domanda globale riguardante il senso della vita.

Dietro un fegato che è malato, c'è una esistenza che è scompensata e se curi soltanto il fegato hai trascurato il più, il meglio, il più profondo di ciò che ti viene consegnato.

Conclusione

Quello che noi possiamo produrre nel nostro agire morale, con questo bilanciamento nuovo del trapasso da una etica individualistica, ad un'etica della solidarietà diffusa, da un'etica razionale di preponderante concentrazione sul concetto della giustizia regolativa ad un'etica dell'empatia, ci aiuterà a un passaggio fondamentale nella nostra vita professionale, e cioè al passaggio da un èthos professionale ad un èthos post-professionale. L'etica professionale va mantenuta, perché regola la nostra capacità di intervento relativamente alla sfera concreta della nostra professione, ma il carattere (èthos vuol dire, appunto, carattere) che è sotteso all'esercizio di questa professione è un carattere post-professionale che va al di là delle parcellizzazioni della professionalità e implica il coinvolgimento totale del nostro essere.

Qui direi che l'etica della quale ci occupiamo è l'etica dell'agire solidale, quell'etica che — al di là della schematizzazione dei bisogni e dei diritti — fa sì che la relazione di aiuto diventi sempre un frammento di storia di due soggettività in crisi, di due soggettività che vogliono uscire dalla crisi. E tutto questo mai soltanto per produrre benessere di una sola entità, di una sola soggettività quanto piuttosto come via di uscita per il recupero di un tessuto umano di vita risanata per l'intera società.

Allora si può dire che questa etica dell'agire solidale che recupera il cuore e il volto e che riscopre la parola, fa sì che avvenga una vera e propria crescita e cioè innanzitutto una crescita di identità, di colui che agisce, dell'operatore questo si ridefinisce all'interno del paradigma dell'empatia per cui la professione non diventa banalizzante e il lavorare non diventa schiavizzante.

C'è una grande risorsa per il recupero di identità delle professioni sanitarie che viene proprio da questa ripresa di moralità. Ma non di una moralità che controlla mediante la ragione il nostro agire, quanto piuttosto di una moralità che deriva dall'èthos, dal carattere, dal cuore, dalle virtù che noi siamo capaci di ispirare. E poi, una seconda crescita riguarda la crescita di libertà dell'utente, di colui che ci sta di fronte ed è affidato alle nostre cure.

Questi è un soggetto libero non quanto è liberato dalla malattia, ma quanto è liberato dalla paura che questa malattia produce in lui come lampeggiatore di una crisi.

Noi potremmo rimandare a casa un paziente non sanato e pur, tuttavia,

un paziente che è più libero come persona. In quel senso gli avremo dato realmente, se non la guarigione, come la correzione fisica del difetto con cui si è presentato, almeno la capacità di vivere e di convivere con la sua realtà.

Ed infine, c'è una crescita di solidarietà perché il tessuto umano prodotto dall'agire solidale è sempre e comunque, un tessuto più rappacificato, rispetto a ciò che le professioni espresse nei termini razionali e con le categorie dei diritti riescono a produrre. Le conflittualità eccedenti possono essere sanate soltanto attraverso una ripresa globale di identità, di libertà e di solidarietà.

Intervento di Elio Drigo

Ringraziamo il Prof. Autiero per questo importante intervento che ha chiarito alcuni aspetti di determinata importanza per il nostro lavoro.

I concetti che sono stati chiariti, le idee presentate, gli spunti di riflessione, mi sembrano particolarmente significativi in questo momento anche di riflessione, di introduzione, di impegno al cambiamento, alla ricerca di strade nuove che, sia all'interno dell'intera professione che all'interno anche nostro come Associazione — come discorso specifico per quanto riguarda l'assistenza al malato in condizioni critiche — si sta sviluppando.

Sono stati puntualizzati alcuni concetti fondamentali dell'etica guardati anche da un punto di vista storico e sono state poste in evidenza alcune caratteristiche, alcuni aspetti di limite delle professioni sia storiche che, per quanto riguarda la loro ultima evoluzione moderna, il rapporto tra bisogno e diritto. Credo anche di interessante importanza focalizzare l'attenzione su questi argomenti.

Il problema poi della comunicazione: un tema che, se osserviamo, nei nostri incontri, nei nostri convegni, è un tema particolarmente presente e particolarmente dibattuto, un tema che evidentemente fa parte integrante del nostro essere professionale, del nostro agire e del nostro lavoro, della parte, forse, più precisa, più difficile, quella che ci mette più in crisi.

Su questo tema, probabilmente, possiamo sviluppare delle notevoli riflessioni.

È interessante vedere come tutte le idee di fondo di «Area critica» vengano riprese e si inseriscano in gran parte delle considerazioni che il Prof. Autiero ci ha fatto.

Importante poi il discorso finale di recupero delle identità delle professioni per passare da una professione semplicemente orientata alla risposta di un bisogno e sviluppata invece come una professione che deve essere in grado di creare un rapporto tra due soggetti che si integrano e contribuiscono contemporaneamente a risolvere il problema di una persona che ha provocato il rapporto e provocano anche, comunque, la crescita come un feed back, anche nel professionista in seguito a questa relazione che è l'elemento

226 Autiero

che consente costantemente una crescita, un cambiamento, una diversificazione, un orientamento verso orizzonti più ampi, più precisi e più pregnanti.

Il concetto di libertà: anche questo di estrema importanza nella conside-

razione di tutti questi problemi.

Bene. Credo che gli spunti di discussione non manchino. Pregherei di fare attenzione a tenerli presenti per sviluppare un dibattito che mi auguro proficuo e fruttuoso, alla fine dell'intervento di Alexander Langer che adesso inizierà.

«CRITICA DELLA RAGIONE SANITARIA»

Relazione dell'On. A. LANGER

Il tema odierno «Infermiere e pianeta» lascia riflettere su di una analogia: il «pianeta» è un paziente, un paziente forse di «Area critica», come voi dite.

E in tal senso, probabilmente, tutti quanti ci troviamo nella necessità di fare da infermieri o da medici, dal momento che la salute del pianeta oggi, per molte ragioni che io adesso qui non elenco, è spesso in «Area critica». La sua condizione di paziente è forse dovuta ad alcuni fenomeni mai esistiti in epoche precedenti; dalla seconda guerra mondiale, ma soprattutto dagli anni '60 il pianeta non riuscendo più a vivere dei frutti intacca ormai l'albero. La rigenerazione oggi è seriamente compromessa. La quantità di inquinamento chimico ma anche radioattivo causa l'appesantimento complessivo dei polmoni verdi della terra (le foreste, i boschi), non ha mai raggiunto i tassi di oggi e non può che crescere.

L'effetto serra, di cui tanto si sente parlare in questi giorni, è destinato solo a crescere. Secondo gli esperti, dalla fine della seconda guerra mondiale ad oggi, un quarto degli alberi della terra è sparito: è come se a ognuno di noi fosse stato tagliato un quarto dei suoi polmoni; la mutilazione è quindi molto forte. È stato calcolato, anche se non siamo in grado di controllarlo, che oggi sulla terra in un giorno brucia una quantità di combustibili fossili (benzina, carbone, sostanza biologica depositata) per la cui formazione sono necessari mille anni. La sproporzione tra distruzione ed eventuale ricostruzione, o salvaguardia è quindi enorme. Questo forse fa capire come a volte anche gli ecologisti, o chiunque rifletta sulle condizioni del pianeta, lo confronti in qualche modo con un paziente su cui discutere per un trattamento con terapie mediche aggiornate e sofisticate. A tal proposito è interessante notare come la lista delle tecnologie ambientali sia lunga quanto quella delle tecnologie sanitarie.

Si discute se per salvare questo paziente occorra una forte autorità, un dirigismo che sostanzialmente e centralmente decida quanto si può prelevare dalla dispensa del pianeta, chi deve controllare il razionamento, a chi spetti eventualmente fare e consumare i prelievi e così via.

Come succede anche nella vostra professione, molto spesso non si riesce a capire come mai un paziente, seppure avvertito e consapevole della gravità della sua malattia, della sua situazione, non abbia né la capacità né la forza necessarie ai cambiamenti. In tal senso è inutile parlargli della nocività del fumo, dell'alcool o dello stress se essi non hanno già compromesso la sua salute; i meccanismi che spingono nella direzione distruttiva sembrano dunque più forti.

Così come nella vostra riflessione, emerge a questo punto con chiarezza che le norme, le tecniche, e le burocrazie non riescono a dare una risposta adeguata alla malattia ma possono, a volte anche molto efficacemente, curare

228 A. Langer

dei sintomi, bloccare dei degradi e forse anche invertirli. Nell'insieme possiamo dire che la tendenza che porta al diffondersi così endemico di malattia non si corregge se non si lavora per una svolta, per una conversione, per un cambiamento.

Il tipo di cambiamento che credo sia richiesto per la salute del pianeta mi pare che oggi consista essenzialmente nella individuazione e nella accettazione di limiti; in sostanza, la specie umana dovrebbe limitarsi ed evitare di procurare un danno maggiore di quello che è in grado di correggere. Purtroppo, allo stato attuale dei fatti, il bilancio negativo supera quello positivo.

Se fosse qui, Illic probabilmente parlerebbe della soglia della controproduttività, quella cioè superata da un certo progresso, che alla fine si capovolge su se stesso. È come se si dicesse: «La macchina dà libertà di movimento a tutti, ma se tutti la usano c'è l'ingorgo»; il vantaggio acquisito da questa promessa tecnologica di libertà viene così capovolto e conduce a paralisi e frustrazione.

Saper scoprire, accettare, valorizzare i limiti, rendersi conto che molte volte il minimo può dare il massimo, ci rende consapevoli del fatto che nella difficile accettazione di un limite possiamo individuare aspetti positivi. Risulta difficile motivare l' accettazione di un limite, l'etica, di cui ha parlato Autiero che con la sua relazione mi ha preceduto, è senz'altro una motivazione forte.

La questione dei limiti e dei confini è quella che maggiormente ho visto collegata al vostro lavoro. Pur sapendone pochissimo, tendo a vedere le infermiere, gli infermieri, i medici e così via, che lavorano in quella che mi è stato spiegato essere l'«Area critica», un po' come delle guardie di un confine molto delicato; guardie che, nel complesso, spesso lavorano anche per spostare un po' più in là il confine tra la morte e la vita.

Penso ad una storia di guardie di confine che mi è sempre piaciuta molto; è una poesia di Bertold Brecht, ed è la leggenda sulla nascita del libro «Taute King».

Qualcuno di voi forse conosce questa poesia: c'è il vecchio Lao Tse che va in esilio perché i cattivi hanno preso il sopravvento nella sua terra, è accompagnato da un suo servo e arriva al confine. La guardia di confine chiede: «Ha qualcosa da dichiarare?» E il servo che risponde al posto di Lao Tse (in un rapporto bello tra subalterni, come potrebbe essere tra infermieri) risponde: «No, non ha niente da dichiarare. Sapete era un maestro, quindi è chiaro che non poteva guadagnare niente». A questo punto però, l'altro subalterno, la guardia di confine, si sveglia e dice: «Ah!, allora era maestro! Allora forse, ha qualcosa da insegnare». E non contento del «niente da dichiarare ai fini delle tariffe doganali», aggiunge: «Se è un maestro avrà scoperto qualcosa. Fermati, io ho una cena per te, ho un letto. Fermati finché non avrai scritto quello che hai scoperto perché può essere interessante per qualcuno».

Questa, nella leggenda, è la nascita del «Taute King», un libro di saggezza. Conclude Brecht: «Lode non solo al saggio che lo ha scritto, ma lode anche

a chi glielo ha strappato», lode a chi è riuscito, appunto, a prendere questo sapere.

Per il momento io vi vedo da non utente (altra brutta parola) ma credo comunque che molta della saggezza delle guardie di confine potrebbe essere esplorata.

Le guardie di confine spesso conoscono qualcosa di entrambe le parti, anche se stanno poi da un solo lato (e il vostro confine poi è a senso unico) e hanno, credo, anche una dimestichezza non solo con i passanti ma anche con i contrabbandieri, con altri funzionari di confine (nel vostro caso, forse, i sacerdoti); come i rifugiati e i pendolari sanno dove ci sono i passaggi migliori, dove è meglio non passare.. Io credo che il vostro ruolo di guardie sia oggi molto difficile, visto che si discute se abbia ancora un senso presidiare i confini e obbligare le persone a restare al di qua con raffinate tecnologie di trattenimento talvolta forzato. Questa è una domanda che forse voi vi ponete, per la quale sarei curioso di conoscere la vostra risposta anche se so che è difficile rispondere a freddo.

Vorrei a questo punto considerare un secondo parallelo da sottoporre alla vostra riflessione. Credo che l'arte sanitaria e quella agricola fin dall'antichità abbiano entrambe operato per correggere e migliorare la natura. Gli specialisti delle due arti e cioè i contadini, i medici, gli infermieri, gli stregoni, i sanitari in genere si sono sforzati di migliorare la natura rilevandone i limiti e hanno quindi senz'altro lavorato per spostare il confine. Si pensi ad esempio alla fertilità spontanea della terra, alla durata della vita, al dolore, alla sofferenza, alla riparabilità dei guasti, dei danni che possiamo avere.

Agricoltura e medicina, che dall'inizio dell'umanità intervengono per correggere la natura, oggi sono (ritornando alla riflessione di Ivan Illic) davanti al monumento, alla controproduttività. L'agricoltura si trova oggi davanti diversi problemi: sovrapproduzione dei paesi ricchi, enorme settorializzazione nella monocoltura in quasi tutti i paesi ed in particolare in quelli impoveriti da noi, enorme deposito di veleni chimici che ormai il suolo comincia a riportare alla superficie. Il primo ciclo di inquinamento comincia già a tornare a noi; si parla di circa un trentennio perché il processo chimico si concluda; questo nei nostri paesi sta ormai avvenendo e molte ricerche, ad esempio sui tumori, mi sembra che lo indichino come un processo già in atto nel nostro Paese. Altrettanto può dirsi della medicina o dell'arte sanitaria in generale che è spesso di fronte alla domanda se non sia diventata controproduttiva, se non controproducente, se non abbia in molti casi superato la soglia in cui i benefici superano in qualche modo gli svantaggi, i costi.

Vorrei aggiungere una riflessione più generale (e questo è anche il punto centrale di quello che io vorrei sottoporre alla vostra discussione): il progresso, il miglioramento di tutto, è stato finora concepito, soprattutto negli ultimi 200-300 anni, come ottenibile attraverso processi sempre più spinti di parcellizzazione, di atomizzazione. Si sono parcellizzati e divisi ad esempio i processi lavorativi: pensate a quello che chiamiamo, il fordismo e il tailorismo nel-

230 A. Langer

la fabbrica, e cioè l'introduzione della catena di montaggio in cui ciascuno si occupa di un pezzetto sempre più piccolo. Nella scienza il sapere è stato frammentato, i servizi sono spezzettati per guadagnare maggiore funzionalità; tutto è sezionato, in un insieme di parti giunte non comunicanti.

Questa parcellizzazione o atomizzazione ha portato a una forte settorializzazione ma anche ad una enorme velocizzazione di tutti i processi che ha favorito la specializzazione dei saperi. La ricomposizione di questi frammenti può essere anche artificiale; si pensi ad esempio al processo che il computer fa riproducendo segmenti di ragionamento umano, trasformati in processi macchinali che possono essere ricomposti più velocemente.

Il progresso molte volte è potuto apparire tale perché è riuscito a distanziare sempre di più l'ottenimento dei vantaggi dal pagamento dei costi. Vantaggi subito quindi e sempre più grandi; costi rimandati sempre più lontani nello spazio, nel tempo, magari in altri paesi, soprattutto del terzo mondo. È come se si lasciasse una bolletta da pagare a chi verrà dopo di noi, o agli strati sociali più deboli, per l'inquinamento, la deforestazione, la distruzione di qualsiasi cosa.

La separazione tra costi e benefici (che è un aspetto di questa parcellizzazione, di questa atomizzazione) finora è stata vista come quint'essenza del meccanismo che produce progresso, migliora, accelera ogni processo. Questo tipo di progresso ha vinto nella nostra civiltà da essa ha conquistato le altre civiltà le ha sottomesse; ha portato alla possibilità di misurare quasi tutto (pensate solo agli strumenti che voi usate o di cui avete tra le mani i risultati), a quantificare praticamente tutto; indicatori quantitativi dai quali desumere una notizia sicura sul benessere e sul malessere, sul miglioramento o sul peggioramento.

Quello che Galileo sognava come grande conquista per la fisica, il poter tradurre dei criteri di qualità in quantità e quindi renderli misurabili e prevedibili, è diventato, legge ordinaria di funzionamento del nostro progresso. Tutto può essere costruito sinteticamente: la vita, la specie vegetale o animale, attraverso macchine sofisticate, tecniche, grande professionalizzazione di esperti dei diversi settori. Tutto questo è stato certamente di grande aiuto ma ha anche originato interrogativi sulla sofferenza, e sull'importanza di vivere in buona salute.

Un episodio che mi è stato raccontato mi sembra pertinente al caso; una persona in una discussione sapeva tutto nei minimi dettagli su come erano organizzati i monasteri del medioevo perché aveva condotto grandi studi sul feudalesimo, ma sostanzialmente non sapeva perché la gente ci andasse, quale fosse la motivazione e cosa cercasse in un tale gesto. Questo suo atteggiamento potrebbe, anche se in forma diversa, ritrovarsi in tanti altri contesti.

L'aver ritenuto inutile la ricerca di una motivazione ha causato una forte ghettizzazione di molti aspetti della sofferenza: penso al dolore, penso alla malattia, alla vecchiaia, alla pazzia, all'handicap, a tutto quello che in qualche

modo sostanzialmente contrasta con la velocizzazione e il progresso di cui sopra.

Anche le rappresentanze popolari e democratiche, dalle organizzazioni politiche ai sindacati, hanno via via accettato, forse a volte inconsapevolmente, di trasformarsi in organizzazioni della quantità invece che della qualità. Pensate, per esempio, alle piattaforme rivendicative dei nostri sindacati, a cui contribuiamo direttamente, che hanno una impostazione puramente quantitativa: dal salario, alle condizioni normative, al riposo, alle sostituzioni, alle qualifiche, alle carriere, insomma a una quantità di aspetti che però continuano, molto spesso, ad eludere la domanda sul senso del lavoro e sul possibile contributo, anche critico, di iniziativa, di cambiamento che chi svolge quel lavoro potrebbe apportare. E questo, ovviamente, vale per tutti quanti. Consideriamo ancora la storia delle Unità Sanitarie Locali, che all'inizio sarebbero dovute essere il luogo dove anche i pazienti rappresentati dai loro delegati avrebbero potuto intervenire, portando la loro domanda di salute, di organizzazione sanitaria. Naturalmente nulla di tutto questo è stato realizzato.

Il vostro presidente, Elio Drigo, ha chiesto di parlare di proposte; è molto difficile, soprattutto per chi non vede le cose dall'interno, fare delle proposte sensate; per questo ho cercato di raggruppare alcuni stimoli intorno ad una idea centrale che vorrei proporre in risposta a quello che ho cercato di trat-

teggiare.

La mia proposta, tra l'altro già accennata da Elio Drigo, è quella del recupero di interezza. Rispetto allo spezzettamento, alla malattia, alla disintegrazione se vogliamo, sia del pianeta che degli uomini oggi, ritengo sia non tanto richiesto un ulteriore affinamento di diagnosi q di proposte di terapia ulteriormente settorializzanti, che comunque verranno fatte da altri. Anche per l'ambiente ci saranno ancora tanti convegni, tanti simposi di esperti che diranno, quanto inquinamento possiamo ancora sopportare, eventualmente come utilizzare altre risorse di inquinamento, visto che in certi settori siamo già andati oltre... A questo ci penseranno altri.

Anche nella vostra professione non mancheranno, anzi non mancano, coloro che su questo aspetto della cura lavorano, guadagnano, motivano le loro carriere e trovano la loro affermazione. Uno sforzo in qualche modo controcorrente può condurre alla riconciliazione, alla ricomposizione, al recupero di interezza, di riequilibrio, di pacificazione. Ciascuno può scegliere i termini che crede opportuni per comunicare il messaggio di semplicità. Una semplicità non da ingenui, da sempliciotti, ma di chi pur non riuscendo a capire la complessità del fenomeno lo accetta. È la semplicità di uno scalatore, che pur volendo affrontare la vetta, se si rende conto delle cattive condizioni metereologiche, è pronto a rinunciarvi, senza sfidare una forza più grande di lui, ma accettando così anche il suo fallimento.

Questo non è però il fallimento di chi non ha le capacità di riuscire, ma piuttosto un'autolimitazione volontaria. Un detto biblico recita: «Non può guadagnare la propria vita se non chi è disposto a perderla.» Credo che questo

232 A. Langer

possa valere in molti contesti; non dovrebbe avere potere chi non è disposto a perderlo ed è incapace ad esserne distaccato. E la stessa cosa si potrebbe dire del denaro del sapere professionale, dell'arte di saper fare.

Il messaggio forse più forte che potremmo dare, se volessimo sintetizzare, è proprio questo: il progresso per noi oggi non può più stare in un ulteriore spezzettamento, in un affinamento della settorializzazione, della specializzazione; il progresso oggi è recupero di interezza, la cura oggi necessaria è il recupero di interezza.

Le mie riflessioni non sono specifiche per la professione di infermiere, potrebbero essere generalizzate; si potrebbe formulare l'ipotesi di una deprofessionalizzazione, e con questo spero di non essere frainteso. Non intendo autoriduzione all'ignoranza o cose di questo genere, ma introduzione di accorgimenti, perfino nella organizzazione della nostra vita professionale, in modo da non essere ripetitivi nel lavoro, fino ad identificarsi con quella mansione, ed essere così l'illustrazione del mansionario.

La deprofessionalizzazione può avere legami con l'interazione tra funzioni diverse, e forse anche con una qualche rotazione nel tempo, nelle cose che si fanno; potrebbe avere a che fare con l'organizzazione di forme di interazione con non professionisti. Nel vostro caso, in particolare, questo potrebbe essere proiettato sui pazienti o i loro parenti. La prima volta che ho sentito parlare di «Area critica» l'avevo interpretata diversamente: pensavo che «Area critica» volesse indicare la criticità degli infermieri rispetto al loro mestiere ho poi capito che si trattava di un termine tecnico e ho pensato che i due significati fossero entrambi validi.

Un'altra considerazione alla quale si potrebbe pensare molto in concreto, mi pare sia stata accennata anche già da Autiero, quando ha parlato della comunicazione. Da sempre, e oggi più che mai, la separatezza delle professioni, la salvaguardia della parcellizzazione e della specializzazione si basano anche sul segreto dei chierici, sul fatto che gli addetti parlino nel linguaggio degli addetti e solo agli addetti senza rompere il muro della comunicazione che li separa dai non addetti.

Voi che siete al confine più cruciale, appunto, anche tra parenti, pazienti, medici, tra vita e morte, benessere e malessere, siete oggi, forse più dei medici, un organo che può capire dove c'è la soglia e dove si rischia di superare la soglia verso la controproduttività.

L'esperienza della vostra Associazione è molto interessante, io non ne conosco altra paragonabile; voi cercate di trasformare, le organizzazioni della quantità in organismi della qualità. Cercate di costruire senza nulla togliere agli organismi della quantità, quelli che si reggono su tessere, su voti, su rivendicazioni quantitative, proponendo invece una prospettiva di qualità che, come tale, non è ristretta ai soli addetti ai lavori.

Ritengo che un'altra cosa sia comune oggi alla vostra e ad altre professioni: lo sforzo di detecnologizzazione. Quanto dicevo prima dell'ingorgo delle macchine, delle automobili, oggi è una situazione abbastanza generalizzata.

L'eccessiva dipendenza dalle macchine è tale che la perdita di autonomia, la perdita, di sapere, di capacità di modulazione, di adeguamento dell'intervento alla situazione reale, sono ormai tali da rendere necessaria l'introduzione di una voce controcorrente. Contro l'ulteriore tecnologizzazione, questo può essere un aiuto, un riconoscere dei limiti e un dichiararsi disposti ad accettarli.

Un ultimo punto riguarda la femminilizzazione. In ambiti ecologisti si ascolta il femminismo americano, che vede la valenza femminile come un approccio culturalmente e storicamente più renitente alla settorializzazione, alla tecnologizzazione, alla trasformazione in macchine. Forse questo andrebbe valorizzato; non è una questione semplicemente di numeri, cioè della percentuale di infermiere, ma di quanto pesa un diverso tipo di approccio, di sapere, di sensibilità; in altre parole, ancora una volta, un discorso di qualità.

In conclusione voglio sottolineare che il mio intervento vorrebbe servire all'individuazione, al riconoscimento, all'accettazione dei limiti. Il richiamo ai conflitti bellici che continuamente scoppiano nel mondo per questo motivo è immediato. Ma non parlo in senso territoriale, bensì di campi occupati da eserciti non meno armati, non meno superspecializzati in cui, probabilmente, rispetto ad alcuni di questi confini, ci si dovrebbe semplicemente ritirare.

Può essere un ritiro negoziato, non deve essere imposto con la guerra. Accetto volentieri il suggerimento di empatia o di compassione. Compassione non nel senso pietistico, ma in quello di mettersi nella stessa condizione e condividere; anche se la compassione si rivolge a chi non ha speranze. Compassione, insomma, non vuol dire fatalismo, ma non vuol dire neanche idea di onnipotenza per la quale è possibile avere rimedio per ogni male, purché si abbiano i mezzi adeguati.

In questa prospettiva, individuo un orizzonte di riconciliazione, di ricomposizione, di interezza: dalla distruzione alla ricostruzione, gli esperti difficilmente ci sapranno guarire, sapranno forse aggiustare molti guasti, ma difficilmente sapranno guarire. Chi serve l'interezza, invece, forse non sempre vorrà spingersi al massimo nella ricerca e nel montaggio dei vari pezzi di ricambio, ma aiuterà meglio a guarire. Non si può rimuovere l'idea di malattia; dobbiamo convivere con lei più serenamente anche con la prospettiva della morte, che è inutile esorcizzare, rinnegare o rimuovere facendo finta che non ci sia.

DIBATTITO

Intervento di Elio Drigo - moderatore

Mi sembra che gli stimoli non siano mancati, abbiamo visto come, proprio attorno al tema del limite, si sono sviluppati diversi altri argomenti. Cre-

do che questo dovrebbe far parte del nostro pensiero mentre lavoriamo; proprio perché ci troviamo in una situazione di «frontiera».

Il problema del limite degli sforzi in molte situazioni, dell'impiego di risorse, dell'impiego di tecnologia: questo è un aspetto che in alcune situazioni ci ha posto in crisi, ha creato dei problemi, ai malati ma anche agli infermieri, per il tentativo esasperato di spostare il limite della vita e della morte. Senza considerare, facendo questa operazione, le conseguenze che questo discorso può portare. Ha senso quindi tenere al di qua del limite una persona? Qual è l'apporto ulteriore che qualche volta questa parvenza di vita ha ancora?

L'iperproduttività della medicina, il problema dei costi, dei benefici, lo spostamento dei benefici rispetto ai costi.

Si chiama questo progresso? Tutte queste cose che facciamo, queste operazioni, questi interventi, queste modalità di vivere, questi modi di espressione della vita delle persone all'interno delle strutture, ad esempio, di terapia intensiva, di cardiologia, nei vari ambienti sanitari. Si chiama ancora vita questo essere delle persone in tali condizioni? Questo rapportarsi tra operatori e malati, possiamo chiamarlo ancora vita, in certe situazioni?

Che senso ha il dolore, la malattia? Siamo riusciti a mantenere un significato all'interno della vita dell'uomo, di questi concetti, di queste realtà?

Ci siamo impegnati a sufficienza a risolvere i problemi più banali? Oppure in alcune situazioni abbiamo posto attenzione maggiormente a quello che forse, così, ci stimola di più, o potrebbe gratificarci, forse, molto di più a livello epidermico, mentre abbiamo dimenticato alcuni aspetti? il dolore, ad esempio. Abbiamo dimenticato delle forme semplici di ridurre o anche di eliminare il dolore e a questo aspetto non abbiamo mai fatto sufficiente attenzione; ma molte volte non siamo presi da quegli aspetti proprio di curiosità, di sperimentazione, magari anche noi infermieri?

Il problema della comunicazione.

Ci troviamo a volte a definirci quasi esperti in questo settore, esperti in quanto soggetti direttamente implicati per molto tempo della nostra giornata in questo problema? Molte volte sentiamo che molto tempo, di più dovremmo impiegare a questo aspetto del nostro lavoro, ma siamo impediti nel farlo perché abbiamo molte cose da fare, molte cose da eseguire, cose che magari non sono precisamente indispensabili o sono addirittura inutili, o contro quelli che sono gli interessi reali della persona.

Il recupero dell'interezza.

Un discorso di fondo che l'Aniarti ha sempre sostenuto (ma non è un'idea esclusivamente dell'Aniarti, e non è un'idea esclusivamente infermieristica,

anche se gli infermieri sono sempre in prima linea su questo discorso) nasce da una serie di movimenti all'interno dell'umanità, all'interno della nostra società, in questo periodo storico in particolare.

Vediamo comunque che questo è un elemento di fondamentale importanza se vogliamo che il futuro recuperi il senso profondo di quella che è la persona e per come attualmente si sta percependo in modo nuovo, in modo diverso rispetto al passato.

Il problema della deprofessionalizzazione.

Sembra quasi un gioco di parole: mentre stiamo qui a parlare di necessità di professionalità, di essere formati in modo adeguato per dare delle risposte adeguate alle persone, adesso parliamo di deprofessionalizzazione, ma sono due modi diversi di concepire questo discorso. Mi ricordo che un paio di anni fa avevo affrontato anch'io questo argomento e c'era stata una certa difficoltà a capirlo perché intendevo dire che l'infermiere dovrebbe tendere alla deprofessionalizzazione reale, cioè a non essere professionista come professionisti sono attualmente molte persone, anche di professioni storicamente molto affermate. Ecco questo è un discorso che dovremmo sviluppare moltissimo, nel nostro lavoro, nel nostro quotidiano impegno nei confronti delle persone, che mi pare abbiamo sviluppato, ma forse soltanto in modo inconscio. In realtà, molte volte parliamo di relazione di aiuto, il che significa che se noi consideriamo la persona, veramente come un individuo che può e deve sviluppare al massimo le proprie prerogative, le proprie caratteristiche, è importante che noi facciamo semplicemente da catalizzatori di un processo positivo per il recupero dell'interezza di questa persona. Ecco, questo è il concetto di fondo che implica una «deprofessionalizzazione». E, probabilmente, è un concetto che recupera anche tanti aspetti etici di cui abbiamo sentito parlare questa mattina.

Il passare da una civiltà della quantità ad una civiltà della qualità.

Mi pare che anche noi ci stiamo impegnando su questa linea; probabilmente è l'unico che può prometterci un futuro migliore nelle fosche nubi che a volte si profilano all'orizzonte.

Limitare la tecnologia.

Nel momento in cui, noi che non siamo in grado di decidere i livelli di tecnologia, l'ammassamento di queste strumentazioni all'interno delle strutture nelle quali lavoriamo, ci mettiamo a parlare di tecnologia, soprattutto noi che in molti casi siamo quelli che gestiamo gran parte di questi strumenti

per la maggior parte del tempo durante la giornata..., che a volte rischiamo di focalizzare l'attenzione sulla macchina anziché sul malato e perdiamo di vista l'oggetto fondamentale del nostro interesse professionale.

Maggiore femminilizzazione.

Anche questo è un aspetto molto interessante da affrontare. Siamo qui tre maschi, purtroppo, io dico, a parlare di questo argomento, ma credo che sia, effettivamente un aspetto da sviluppare, da recuperare, da incentivare come sviluppo e da precisare con decisione all'interno dei nostri dibattiti.

Credo che sia di fondamentale importanza — in questa società che è strutturata, soprattutto, con un'ottica maschile, efficientista — inserire degli altri elementi che sono propriamente specifici generalmente del "femminile", degli aspetti che consentono di recuperare, anche qui, una interezza di cui c'è attualmente bisogno per progredire in un modo equilibrato. Probabilmente, anche questi aspetti contribuiranno a eliminare alcuni elementi che attualmente costituiscono turbativa o, comunque, che non consentono di recuperare un equilibrio bio-psico-sociale di cui si parla quando si parla di salute.

Ecco, direi che lo spazio per il dibattito, gli argomenti, i temi, gli spunti, le provocazioni, non mancano.

Primo intervento

Mi chiamo Rosella, vengo da Milano, pongo una domanda al Prof. Autiero : se noi, a questo punto possiamo essere sensibilizzate a qualche aspetto della sua relazione, potremmo però correre il rischio di andare incontro a una specie di facile sentimentalismo che poi si spezzerebbe facilmente contro una prassi quotidiana molto rigida, molto tecnologizzata. Ecco, vorrei chiederle se questo rischio è reale.

Prof. Autiero

Grazie della sua domanda. Un rischio c'è: quello di essere interpretata in chiave sentimentale o sentimentalistica.

Questo rischio non è soltanto insito nella professione sanitaria, quanto piuttosto in tutto il blocco che oggi potremmo mettere sotto l'etichetta di "etica femminista". Io ho citato la Karol Gilligan. La Gilligan è un'allieva sociologa ideologa di Colberg ed è andata oltre il suo maestro proprio perché ha capito che non è tanto il recupero del sentimento contro la ragione, quanto piuttosto l'ampliamento della capacità di capire con le ragioni del cuore.

E questo è il contributo tipico, specifico che può dare l'etica femminista. E tuttavia occorre però precisare che qui non si tratta di cadere in un vecchio

schema dove le donne portano i sentimenti e i maschi portano la ragione, perché questo schema, in fondo sta anche a fondamento dell'equivoco che nella prassi infermieristica potrebbe essere smascherato. Sono molto grato a Langer di aver messo l'accento su questo problema della femminilizzazione di questo intervento sanitario, non saprei dire i numeri, ma probabilmente i 2/3 del pubblico che esercita questa professione sanitaria è femminile e tuttavia l'ottica sanitaria è maschile. Questa è una discrasia, una sproporzione che a mio modo di vedere va interpretata nel senso che l'elemento femminile nell'esercizio, è un femminile di carattere subalterno. Le donne eseguono, però chi decide, chi stabilisce le condotte di marcia sono ancora i maschi: allora una ripresa di femminilità, dell'elemento femminile consiste, non tanto nell'intensivare quantitativamente le presenze, quanto piuttosto nel trasformare il ruolo della presenza femminile nella professione sanitaria: da un ruolo subalterno a un ruolo di soggettività. È la soggettività del femminile che occorre recuperare. E questa soggettività del femminile non si traduce con una ripresa di sentimenti soltanto perché altrimenti corriamo il rischio, nuovamente, di tracciare quelle soglie bianconere del maschio che ragiona e della donna che ama; dei sentimenti che appartengono all'universo femminile e invece delle razionalità che appartengono all'elemento maschile. In questo io vedo il rischio di sentimentalizzare il discorso. Ecco perché, con molta prudenza, ed anche sinceramente per la prima volta, in occasione di questo congresso, ho riflettuto su questo tema anche perché sono stato sollecitato da questo libro, che ho citato, di Charles Sheffon "Morality of heart", "La moralità del cuore" uscito nel '90; ed illuminato nel mettere insieme delle idee che nella storia dell'etica già circolano, già circolavano e di capire, un po' più profondamente, che cosa vuol dire questa conversione al cuore. Non è la conversione al rosa, ai sentimentalismi: è la conversione a una ripresa di totalità, a una ripresa di globalità, a un èthos dell'interezza a questa etica dell'interezza che fa ragionare con il cuore non contro la ragione. E allora, direi, questo rischio che c'è va temperato, poi va visto com'è. Ecco perché io le ho parlato anche delle dimensioni del rapporto sanitario e la prima dimensione è la dimensione della competenza, della professionalità e non un primato dei sentimenti. Non è un «vogliamoci tutti bene» che ci fa stare meglio: non è questo; però è un capire l'etica al di là del paradigma strettamente razionale.

Secondo intervento

Mi chiamo Roberto Reziero ed abito in provincia di Verona. Volevo chiedere al Prof. Autiero se poteva darci, per così dire, un aiuto in queste giornate di studio. Ci sono state 2 sessioni in cui si è parlato della morte di interazione con i pazienti del problema del sonno e della veglia. Non siamo riusciti ad avere un dibattito su questo. In un senso abbiamo riconosciuto il bisogno di parlarne, ma poi quando abbiamo dovuto parlarne in sala, non siamo riusciti a comunicare.

Ecco, volevo chiedere, appunto, se ci poteva dare un aiuto. E poi volevo chiedere anche al Dr. Langer... Mi è piaciuto molto questo suo descrivere delle guardie del confine, non nel senso delle guardie come qualcuno che ha in mano del potere, ma di guardie, come persone siamo in un contesto nel quale, appunto, possiamo vedere molti aspetti e pensarci sopra e chiederci se stiamo scavalcando il confine oppure meno. Grazie.

Dr. Langer

Posso fare un suggerimento di lettura interessante. È un libro di Joseph Roth che si chiama, in italiano: «Il peso falso» edito da Adelphi; è un romanzo, il luogo centrale di questo romanzo è una piccola osteria di confine tra l'ex impero austroungarico e l'ex impero zarista ed è un luogo malfamato, frequentato da gente un po' ambigua di confine in cui però i pesi veri — ritenuti tali dalla società ordinata — vengono poi sostanzialmente smentiti... insomma si rivelano pesi falsi.

È la storia di un misuratore, di un verificatore di pesi e misure.

Terzo intervento

Sono una infermiera che lavora in terapia intensiva e vorrei chiedere: qual è il limite del nostro contributo nei confronti di certe manovre volte a pazienti attuali delle quali non sempre conosciamo gli effetti ma con l'interrogativo che i pazienti del domani potrebbero fruirne dei benefici. Perché noi ci troviamo in difficoltà in certe situazioni, se fare certe cose come infermieri. Grazie.

Quarto intervento

Viviamo in un tipo di società che tende piuttosto a dividere che non a unire. Mentre una volta eravamo più uniti tra le famiglie, tra le case, io abito in Toscana, per esempio tra le corti si trovavano le porte aperte fino a mezzanotte... si entrava, si usciva... Io non dico di ritornare a cinquant'anni fa, però c'era una relazione migliore fra le persone, mentre oggi praticamente la società tende a dividere, all'interno degli ospedali per esempio con le categorie, si tende a dividere... uno è più portato a cercare nella professione, per esempio, un contributo economico, quindi si cerca di svincolare, di avere una contribuzione a parte, magari dietro a quello che è previsto dal contratto e quindi tende a dividersi da quello che sta accanto ... Che so, nelle aziende, una volta nascevano i circoli, i gruppi ... si ritrovavano alla sera mentre ora queste cose tendono a sparire. Perché qui magari ci si scervella in convegni sulla socialità e poi si va a casa e ci si divide sempre di più. Penso ci si qualcosa che non va.

La gente discute di più, si riunisce, si ritrova, fa i convegni di due giorni, di tre giorni, di quattro giorni sulla socialità, poi esce di qui e manda il vicino, magari, a casa in bicicletta perché non gli dà nemmeno il passaggio in macchina.

Moderatore

Vogliamo rispondere?

Prof. Autiero

Per quanto riguarda il suggerimento venuto dal signore di Verona a proposito della morte, sono molto imbarazzato nel dire in due parole qualcosa. Se vi fidate a chiamarmi ancora una volta vi potrei parlare diffusamente su questo tema del quale mi occupo anche in modo molto particolare.

Però vorrei dire questo.

Prendo due termini che sono anche due grandezze, due grandezze etiche e cioè nei confronti della morte bisogna far armonizzare la categoria di accompagnamento e la categoria di compagnia. La categoria di accompagnamento: se ci prendiamo cura di un soggetto che è in crisi, inevitabilmente facciamo un pezzo di strada insieme a questo soggetto; e se questo soggetto è nel declino, nel cammino della morte, noi il pezzo di strada lo facciamo accompagnandolo a questa fase. E quindi un primo atteggiamento etico nei confronti del morente è di camminare insieme al morente: non morire col morente, ma partecipare a questo cammino del morente verso la morte. E poi la seconda categoria è quella della compagnia; qui non penso alla «Compagnia della buona morte», cose che erano presenti nell'universo medioevale e che qualche volta ancora agiscono nei nostri contesti meno evoluti. Parlo piuttosto della compagnia, cioè di stare di fronte. Quando muore un malato in ospedale la routine ospedaliera è tale che immediatamente bisogna fare i passi successivi, cioè la deposizione del paziente che è morto nelle sale adatte a questo tipo di deposito. Noi facciamo molto in fretta a disfarci del morto, dei morti, perché in questo modo ci siamo allontanati, in questo modo ci siamo trincerati, ci siamo assicurati nei confronti di quegli interrogativi, di quelle domande che ci vengono dal fatto che di fronte a noi ci sia una persona che era persona viva e che adesso è un morto. Questo ci interroga, ci logora e allora, immediatamente, corriamo alle misure igienico-sanitarie di disfacimento, di allontanamento, di deposito.

In questo senso qui direi che confrontarsi con questa realtà è molto importante perché noi trattiamo i morenti in un modo ben preciso che è sempre il riverbero della proiezione di come noi staremo nel momento del morire e quindi, in qualche modo, cogestire la morte altrui è sempre un prendere posizione rispetto alla nostra morte futura che poi è morte già al presente.

Mi scuso per la brevità della indicazione ma direi che sotto questa angolazione può essere sviluppato un discorso etico.

A proposito della domanda della signora di Milano anche qui suggerirei uno spunto di risposta. E cioè: è vero che alcune forme di terapia, certe manovre, certe forme di tecnica terapeutica possono avere poca importanza nell'efficacia, nella risoluzione in ordine al paziente presente, ma possono essere di grande vantaggio per l'apprendimento, sì, diciamo anche, per escogitare forme di tecnica terapeutica per pazienti futuri. Questo problema è il problema molto più ampio della sperimentazione, e qui ci riferiamo a una sperimentazione immediatamente di carattere terapeutico; allora un punto di riferimento può essere proprio quello dell'etica della sperimentazione a scopo terapeutico e cioè che occorre stare attenti: se il rischio che si provoca al paziente concreto è molto alto rispetto a un eventuale vantaggio allora, evidentemente, si supera una soglia di rispetto della dignità e della libertà del paziente. Ma se la situazione estremamente critica del paziente anche se il risultato non è reale, ma può essere una via per accumulare conoscenze per il risultato su pazienti futuri, allora io direi: lì l'etica deve essere molto vigilante nel non perdere di riferimento la categoria del futuro. Perché noi saniamo per una umanità più sana e questa umanità più sana si esprime oggi ma si esprimerà soprattutto domani. E quello che noi possiamo fare domani comincia oggi anche se il vantaggio è differito su una linea di futuro.

Quindi, mettendo a guardia questo criterio del rispetto della dignità del paziente presente — anche laddove i risultati possono essere circoscritti, limitati per il presente, ma possono coprire uno spazio per il futuro — ecco, io vedrei lì una possibilità di intervento non estremamente restrittivo; molto attento, molto vigile al criterio di dignità e di libertà, ma vedrei anche un criterio di solidarietà nei confronti delle generazioni future.

Al signore della Toscana che parlava delle strutture di separazione più che non delle strutture di unità...

ecco, questo è un tema che riguarda immediatamente non soltanto il vostro ambito professionale, ma tutto il nostro essere collocati oggi nella storia, da uomini del nostro tempo e direi che siamo messi in pericolo da una grande manovra di ritorno nel privato come forma di spavento. Perché in fondo è per lo spavento che chiudiamo le case non come nel passato, è per quello che non diamo il passaggio in macchina, è per quello che ci chiudiamo dentro, perché l'altro — l'altro che è diverso da noi — molto spesso lo percepiamo nella sua diversità che diventa perversione, l'altro che è diverso diventa probabilmente perverso. E da questo ci possiamo difendere soltanto se distruggiamo l'alterità, se distruggiamo il fatto, il carattere della altruità dell'altro. E quindi è una sorta di ritorno «all'io» in una forma spietatamente privata e anche una manovra, questa, molto pericolosa perché questo «io» che va a chiudersi in una casa sicura, magari è protetto dalle pareti, però dentro di sé — per la mancanza di quella circolarità che l'altro e la sua socialità potevano apportargli — questo «io» è sicuro, però è vuoto.

Dr. Langer

Io mi trovo più in difficoltà a rispondere perché sulla questione dei limiti in particolare di applicazioni o sperimentazioni di tecnologie sanitarie, non sono abbastanza «dentro» per sentirmela di dire qualcosa di sensato.

Viceversa, se me ne dovessi occupare in qualche modo da legislatore, oggi tenderei a limiti molto ristretti per una ragione abbastanza semplice: perché purtroppo non c'è nessun reale bilanciamento alle ragioni del denaro e se vogliamo del potere.

Purtroppo finché la nostra società è organizzata così come è organizzata ora, è molto difficile che funzionino degli efficaci, «temperamenti»; insomma qualcosa che moderi la dinamica spontanea del denaro e del potere per cui la ricerca farmaceutica, la ricerca medica, la sperimentazione non sono affidate neanche all'èthos alla coscienza dei limiti dello scienziato, del ricercatore. Ma anche questa difficilmente potrebbe essere l'unico presidio che controlla questo confine, oggi nei fatti, le ragioni dell'industria o anche semplicemente dell'affermazione, dell'autoaffermazione degli scienziati, sono talmente forti che mi sembra che il solo èthos, la sola coscienza dei limiti degli operatori, in qualche modo, non siano sufficienti. In questo senso mi sembrerebbe, invece, molto importante che una riflessione si sviluppasse tra voi, cioè tra chi, forse, paradossalmente, essendo comunque meno gratificato dall'eventuale successo di queste terapie o sperimentazioni, forse conserva una maggiore libertà di giudizio, una maggiore capacità di interpellarle, non solo a nome dello stregone, ma anche a nome della gente normale. Cioè voi siete, probabilmente, un po' a metà, un po' più nell'incrocio tra le persone comuni e i ricercatori, gli scienziati titolari di questo.

Sull'altra questione su cui volevo ancora dire qualcosa è la questione appunto dei convegni sulla socialità che aumentano e dei passaggi in macchina che diminuiscono. Osservazione acutissima e vera e penso che qualcosa, probabilmente, può essere fatto cercando appunto di fare di questo un tema di cui la gente si renda conto. Quindi anche forse a qualcosa, qualche convegno, può servire. Però non c'è dubbio che molte volte, da questi convegni, viene fuori in parallelo la distruzione delle corti di cui lei ha parlato o dei passaggi in macchina e magari è possibile che venga fuori una soluzione apparentemente molto più avanzata, forse il buxi - che è la combinazione fra bus e taxi che, mi pare, in alcune Regioni venga sperimentato — ma che hanno spesso, come loro caratteristica, quella di promettere maggiore indipendenza, cioè di promettere alle persone di non dipendere più dal buon volere altrui, di non dipendere più dall'andare a chiedere una cosa, dal restituire un favore, ecc., ma di diventare indipendenti perché con l'acquisto di una tessera o con la lettura corretta di un orario ci si rende indipendenti, ma che in realtà aumentano moltissimo la dipendenza e in più tagliano le relazioni sociali, per cui non resta che cercare di difendere accanitamente e possibilmente di sviluppare, soprattutto le occasioni di gratuità, e se vogliamo anche di informali-

tà, in cui lo stare insieme non avviene perché qualcuno fornisce una cornice ufficiale in cui questo si verifica.

Ad esempio già da circa 20 anni sono scomparse praticamente tutte le fontane perché questo ovviamente obbliga la gente ad andare nei bar. Ora, il bar può essere ancora un luogo di socializzazione ma in cui uno è obbligato pur di poter chiacchierare con qualcuno a prendere un analcolico, un caffè o non so che cosa.

Sviluppare la gratuità vorrebbe dire difendere e sviluppare tutti i posti in cui ci si può appunto ritrovare, si può sostare, ci si può parlare, ecc., senza dover far parte di una struttura, senza dover pagare un biglietto di ingresso, senza essere abbonato a un circuito, senza avere poi un contratto di assistenza tecnica che dopo cura la manutenzione, e così via. Non resta che la pratica diretta. Mentre i convegni in genere, non partoriscono questi effetti.

INDICE

ELIO DRIGO Relazione introduttiva	Pag.	5
LE RADICI DELL'AREA CRITICA		
R. Pastore Aspetti sociologici di evoluzione	»	11
G. Martignoni Le modificazioni della medicina. Di alcune aporie del pensiero medico contemporaneo	»	15
APERTURA SESSIONE POMERIDIANA: NOTE METODOLOGICH	E	
L.A. Rigon Note metodologiche sulle sessioni pomeridiane del 9° Congresso Na- zionale Aniarti	»	27
GRUPPO DI RICERCA ANIARTI SUL TEMA: L'INCIDENTE CRITI- CO COME INDICATORE DI QUALITÀ DEL PROCESSO ASSI- STENZIALE		
E. CAPUZZO, M. GIACOMAZZO, A. PARPAIOLA, A. PACCAGNELLA Definizione di incidente critico, indicatore di qualità, qualità dell'assistenza	»	33
G. RISALITI, M. BARONI Descrizione di tre incidenti critici	»	41
F. Tontini Analisi: punti di caduta sotto l'aspetto professionale, organizzativo e formativo	»	55
M. Santinello L'incidente critico come strumento di analisi e formazione dell'in- fermiere dell'area critica	»	61
OBIETTIVO ORGANIZZAZIONE		
G. Pontello Elementi di progettazione delle strutture organizzative	»	69

244		Indice
L. Larsen Settori medici ed area critica: la diversità dell'ottica	»	77
G. Pitacco, A. Silvestro Uno schema organizzativo per l'area critica	»	81
ASSEMBLEA DEI SOCI		
Relazione del Presidente Assemblea generale dei soci Aniarti	»	91
GRUPPO DI RICERCA ANIARTI SUL TEMA: NELLA REALTÀ DEL MORIRE: L'INFERMIERE NEL RUOLO DI MEDIAZIONE TRA VISSUTO ED ASSOLUTO		N)
F. STANGANELLO Nella realtà del morire: il ruolo di mediazone dell'infermiere professionale tra il vissuto e l'assoluto	» .	99
E. Cappello, M. Piazza Visione della morte nel tempo e nella cultura	»	103
M. Toffanin, D. Biancu, L. Orrù, D. Miele, L. Pettenello Il vissuto della morte: ruolo di mediazione dell'infermiere tra l'é-	"	
quipe ed il malato	»	115
Lista dei diritti della persona moribonda	»	119
OBIETTIVO FORMAZIONE		
E. Drigo, C. Pegoraro Il modello formativo Aniarti per l'infermiere specializzato nell'assi- stenza in area critica	»	123
M. Cantarelli Le specializzazioni infermieristiche: attualità e prospettive della le- gislazione italiana	»	129
TAVOLA ROTONDA		
Renzulli	»	141
Morini	»	147
Maioli	»	147
Tommasi	»	150
Mariotti	»	154
Biscaro	»	161

Indice		245
Dibattito	»	163
GRUPPO DI RICERCA ANIARTI SUL TEMA: IL SONNO ED IL RI- POSO: BISOGNO DI RISPOSTA INFERMIERISTICA PER UN'ASSISTENZA DI QUALITÀ		
T. Lavalle, S. Villani Il sonno e il riposo: aspetti neuropsicobiologici e le alterazioni più comuni del sonno	»	177
A. Genovese, M. Lorenzutti La deprivazione di sonno in terapia intensiva	»	189
C. RIVOLTELLA, A. ALESSI, P.A. SPADA Interventi infermieristici finalizzati alla riduzione dei disturbi del sonno e del riposo e del ripristino del ritmo sonno-veglia dei pazienti ricoverati in terapia intensiva	»	197
P. Amoruso, F. Lincetto, S. Mazzocco, M. Peruzzi Cause di alterazione del ritmo sonno-veglia in area critica INFERMIERE E PIANETA	»	207
AUTIERO Nuove prospettive di etica per la professione sanitaria	»	215
A. Langer «Critica della ragione sanitaria»	»	227