NOTIZIARIO DEL COLLEGIO PROVINCIALE
INFERMIERI PROFESSIONALI,
ASSISTENTI SANITARI, VIGILATRICI D'INFANZIA
DELLA PROVINCIA DI SONDRIO

IPASVI

Parliamone

Anno 19 - N. 2 - Novembre 2009 - Poste Italiane S.p.A. Spedizione in Abbonamento Postale - D.L. 353/2003 (conv. in L. 27/02/2004 n. 46) art. 2, comma 1, DCB Sondrio

Trimestrale di informazione settoriale - Autorizzazione Tribunale di Sondrio n° 218 del 19-2-1991 - Direttore Responsabile Ercole Andrea Piani
Redazione: Via IV Novembre, 11 - Sondrio - tel. 0342-218427 - fax 0342-517182 - E-mail: info@ipasviso.org - Stampa Lito Polaris (So)

In caso di mancato recapito restituire a:
Centro Postale Operativo Sondrio

Ci aspettano ancora appuntamenti importanti

di Ercole Andrea Piani

Anche in questo anno le attività del Collegio sono state tante e impegnative ma sarebbe sbagliato ribadire le cose fatte, magari esaltandole un po', più importante fermarci e riflettere su quegli appuntamenti e impegni che non hanno dato i risultati attesi.

Personalmente ho esternato più volte che è sempre più importante la partecipazione di tutti noi infermieri alla vita del nostro Collegio ma, troppo spesso, bisogna sollecitare questa disponibilità, altre volte, ancor peggio, si sentono pesanti esternazioni che trovano origine da una cattiva interpretazione del ruolo che il Legislatore ci ha chiesto nella funzione di autogoverno della professione.

Aver incontrato nelle 12 giornate d'aggiornamento nell'anno in corso i Colleghi ha permesso di poter chiarire il ruolo e le competenze del nostro organo di rappresentanza, ancor più significativo averlo potuto fare grazie alla presentazione del Codice Deontologico.

Per ritornare agli appuntamenti attesi, ci aspettavamo che la XII commissione affari sociali della Camera convocasse la nostra categoria professionale prima della stesura delle normative inerenti le cure di fine vita, il non voler sentire gli infermieri, in un ambito operativo che ci vede fortemente coinvolti, conferma ancor più che la sanità italiana è troppo medico centrica, in tal senso invito a leggere la nota delle Federazione pubblicata a fianco.

Richiamato il nostro Codice Deontologico rileviamo che lo stesso, seppur recentemente promulgato, risulta già superato soprattutto, per restare in tema, sulle cure del fine vita dove i casi Welby e Englaro, per citare i più eclatanti, pongono nuove riflessioni dai grandi richiami etici.

Ancora una volta la trasformazione da Collegio in Ordine sembra cosa fatta e forse, mi auguro che le promesse diventino realtà, nel 2010, il tanto atteso riconoscimento, si attuerà; ma anche per questo serviranno ulteriori risorse umane ed economiche per far fronte al ruolo di rappresentanza che prevede nuove funzioni.

Ma se per chi scrive il condividere le preoccupazioni è fonte di sollievo, bene è sottolineare che la nostra professione continua a dimostrare di avere le basi ben solide e, nei giovani, stanno aumentando le richieste di accesso al nostro corso di Laurea, richieste che vanno ben oltre la disponibilità dei posti disponibili. Proprio in questi giorni sono di ritorno dalle discussioni di tesi in Università e posso segnalare, con orgoglio, il grande livello di preparazione dei nuovi Colleghi.

Altri Colleghi nel 2009 hanno completato i master di specializzazione e alcuni hanno raggiunto il dottorato, a tutti vanno le congratulazioni dell'intera categoria; anche per questo sarà importante agire, sollecitando soprattutto le Organizzazioni Sindacali, nel promuovere il riconoscimento contrattuale per chi, con enormi sacrifici, perfeziona il proprio curriculum professionale.

Abbiamo voluto, per concludere questo anno con rinnovato ottimismo, ringraziare tutti gli infermieri che hanno partecipato all'evacuazione del padiglione nord dell'ospedale di Sondrio perché hanno svolto il proprio dovere garantendo assistenza e sicurezza ai pazienti ricoverati nei loro reparti; lo faremo il 19 dicembre durante la nostra Assemblea straordinaria alla quale ognuno di noi è invitato. Sarà importante trovarci per condividere e trovare insieme nuovi percorsi nell'esclusivo interesse dei cittadini utenti del Servizio Sanitario Nazionale che hanno diritto di trovarci preparati e disponibili.

Le rubriche all'interno

NOTIZIE DAL COLLEGIO	pag. 2
LA MALAOMBRA	pag. 6
ESSERE SOLO UN INFERMIERE	pag. 7-10
PAGINA DEGLI ANZIANI	pag.12-13
COUNSELLING PSICOSINTETICO	pag. 14
PAGINA DELL'ETICA	pag. 3-4

IPASVI

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

Protocollo P-5245/I.01

Data 22 OTT 2009

Fax del 14/10/09

Rif.

Oggetto Proposte di legge recanti 'Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento - Memoria

On.le Giuseppe Palumbo
Presidente della XII Commissione
Camera dei Deputati
Fax 06/67602546

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/46200131
Cod. Fisc. 80186470581

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

Egr.Sig. Presidente

La *Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI* ringrazia Lei e la XII Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati per la richiesta di una "*memoria*" sulle proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento" ma vuole, contemporaneamente, manifestare il profondo disagio per una richiesta giunta dopo che la Commissione da Lei presieduta ha concluso gli incontri nei quali sono state audite, oltre alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici e degli Odontoiatri, numerose Associazioni e Società mediche e molteplici Associazioni di cittadini coinvolti a vario titolo in questa delicata tematica.

Gli infermieri da sempre e quotidianamente accompagnano le persone nella fase e nel momento di fine vita, non solo attraverso le competenze tecnico scientifiche di cui sono portatori e che rendono concrete le prescrizioni e le indicazioni mediche, ma anche e soprattutto con le loro capacità di accogliere, assistere, lenire, ascoltare e comunicare.

Là dove più nulla o poco può la medicina, tanto ancora può l'assistenza infermieristica sia nei confronti del morente o di chi non sa più sperare, sia nei confronti dei familiari e delle persone di riferimento dell'assistito che vengono sostenuti "*in particolare nella evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto*" . (art.39 del Codice deontologico dell'Infermiere)

Mal potranno comprendere, pertanto, questa scelta gli Infermieri che mi onoro di rappresentare.

Per quanto attiene le proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento", si evidenzia in premessa che gli Infermieri italiani hanno approvato nel febbraio del corrente anno il loro novellato Codice deontologico che, per quanto inerente i contenuti delle proposte di legge succitate, fornisce chiare indicazioni comportamentali:

a) Per quanto attiene la relazione con la persona assistita

art. 3 *"La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo."*;

art. 35 *"L'infermiere presta assistenza qualunque sia la condizione clinica e fino al termine della vita dell'assistito, riconoscendo l'importanza della palliazione e del conforto ambientale, fisico, psicologico, relazionale, spirituale."*;

art. 36 *"L'infermiere tutela la volontà dell'assistito di porre dei limiti agli interventi che non siano proporzionati alla sua condizione clinica e coerenti con la concezione da lui espressa della qualità di vita"* ;

CONTINUA A PAGINA 2 ▸

art. 38 "L'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito."

b) Per quanto attiene l'informazione alla persona assistita

art. 20 "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.";

art. 24 "L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.";

art .37 "L'infermiere quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui espresso in precedenza e documentato".

c) Per quanto attiene la modalità di assistenza

art. 14 "L'infermiere riconosce che l'integrazione tra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito.";

art. 27 "L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.";

art. 39 "L'infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento dell'assistito, in particolare nelle evoluzione terminale della malattia e nel momento della perdita e della elaborazione del lutto"

Ciò stante, richiamato il proprio Codice deontologico e rilevati i contenuti del Codice di Deontologia medica, gli infermieri italiani per quanto attiene alle proposte di legge recanti "Disposizioni in materia di alleanza terapeutica, di consenso informato e di dichiarazioni anticipate di trattamento",

ritengono:

– che i rapporti tra persona assistita (e sue persone di riferimento), medico, infermiere ed equipe assistenziale *non* debbano essere rigidamente definiti da una legge dello stato, potenzialmente fonte di dilemmi etici, difficoltà relazionali e criticità professionali e giuridiche *ma normati dai dettati dei relativi Codici deontologici a cui dare* – come è già per il Codice deontologico dell'Infermiere – *valenza giuridica;*

– che sia di nocumento per l'assistito, il completo misconoscimento del rilevante rapporto che intercorre non solo tra lui ed il medico ma anche tra lui *e gli altri* professionisti sanitari a garanzia del mantenimento della presa in carico e della continuità dell'assistenza;

– che l'alleanza tra l'assistito, il medico *e gli altri* professionisti sanitari (equipe assistenziale) acquisti peculiare valore proprio nella fase di fine vita, fase in cui è di fondamentale valore il rapporto che si crea proprio tra l'assistito, l'infermiere e l'intera equipe assistenziale.

Chiedono:

– che, qualora l'iter legislativo prosegua, sia data la possibilità agli infermieri e ai componenti l'equipe di assistenza, di avvalersi di quanto previsto nell'art. 8 del Codice deontologico dell'Infermiere che recita: "L'infermiere nel caso di conflitti determinati da diverse visioni etiche, si impegna a trovare la soluzione attraverso il dialogo. Qualora vi fosse e persistesse una richiesta di attività in contrasto con i principi etici della professione e con i propri valori, si avvale della clausola di coscienza, facendosi garante delle prestazioni necessarie per l'incolumità e la vita dell'assistito".

Cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI

Agli iscritti all'Albo
del Collegio IP.AS.VI.
della provincia di Sondrio
Loro sedi

23100 SONDRIO
Tel 0342/218427
Fax 342/517182
info@ipasviso.org
codice fiscale.:80000370140

Collegio provinciale di Sondrio

Sondrio, 9 novembre 2009
Prot. 2009/1869/II.01-tb

OGGETTO: Avviso di convocazione assemblea straordinaria.

L'assemblea straordinaria del Collegio IPASVI della provincia di Sondrio è indetta in prima convocazione il giorno 18 dicembre 2009 alle ore 23.00 presso la sede del Collegio IPASVI, Sondrio, Via IV Novembre 11.

Qualora non si raggiungesse il numero legale degli iscritti, l'assemblea è indetta in ***seconda convocazione il giorno 19 dicembre 2009 alle ore 15.00, presso la Sala "Vitali" del Credito Valtellinese, Sondrio, Via delle Pergole n. 10 (accesso da via Cesura).***

Ordine del giorno:

1. *Riconoscimento ai colleghi che hanno partecipato , sabato 24 ottobre u.s.,all'evacuazione del padiglione nord dell'Ospedale di Sondrio;*
2. *Conferimento mandato al Consiglio Direttivo per acquisto nuova sede Collegio IPASVI;*
3. *Adeguamento quota di iscrizione all'albo per l'anno 2010.*

I colleghi che non potessero intervenire hanno facoltà di delegare a rappresentarli un iscritto partecipante all'assemblea.
La delega, posta in calce al presente avviso, dovrà essere consegnata alla persona incaricata all'inizio dell'assemblea.
Ogni iscritto partecipante può essere investito di sole due deleghe.

Distinti saluti.

IL PRESIDENTE
f.to IP.AFD Ercole Andrea PIANI

Il/la sottoscritt. ..... iscritto/a. all'albo professionale del Collegio IPASVI della prov. di Sondrio dal ..... n. di posizione ..... impossibilitato/a. a partecipare all'assemblea straordinaria degli iscritti del giorno ***19 dicembre 2009****, delega a rappresentarlo/a. il/la Sig. ..... iscritto/a. all'albo.*

Data, ...

Firma .....

POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA

Richiamate le disposizioni in merito, si ricorda agli iscritti in possesso di posta elettronica certificata, che vige l'obbligo di darne notizia al Collegio che deve stilare un elenco ufficiale a disposizione delle Pubbliche Amministrazioni.

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA

IPASVI

Protocollo P-283/I.14 RE — E-mail — Ai Presidenti dei Collegi Ipasvi
LORO SEDI

Data 16 novembre 2009

Rif.

Oggetto Convegno CUP "PEC: un'opportunità per il sistema paese" – Roma 11/11/09

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/4620131
Cod. Fisc. 80186470581

Ufficio di Bruxelles
70 Coudenberg
B-1000 Bruxelles

Come noto in data 11 novembre 2009 si è tenuto a Roma un convegno organizzato dal CUP dal titolo "*PEC: un'opportunità per il sistema Paese*".

Alla giornata hanno partecipato i Presidenti dei Consigli Nazionali e Federazioni Nazionali degli Ordini e Collegi.

E' intervenuto il Ministro della Pubblica Amministrazione e l'Innovazione on.le Renato Brunetta che ha sottolineato l'importanza dell'adozione della PEC non solo da parte dei professionisti ma anche di tutti i cittadini in quanto rappresenta uno strumento che comporterà un sensibile risparmio dei tempi nel disbrigo delle pratiche della PA, una sensibile riduzione dei costi e un significativo impatto sociale a favore dei cittadino.

Il Ministro ha espresso la sua disponibilità ad ascoltare gli Ordini e Collegi per il tramite dei rispettivi organi centrali al fine di raccogliere criticità e problematiche e si è altresì detto disponibile ad apportare eventuali modifiche alla normativa. Il Ministro ha nel contempo sottolineato la sua determinazione nel mantenere il termine di novembre 2009 per l'adozione da parte dei professionisti di una PEC senza la possibilità di eventuali proroghe.

Al momento si è evidenziata l'effettiva adozione della PEC da parte dei liberi professionisti specie nell'ambito di quelle professioni che necessitano di contatti ufficiali con altre PA (per es. i Consulenti del Lavoro con INPS e l'INAIL).

Risulta evidente la criticità per quelle professioni, come l'infermieristica, che esercitano principalmente in regime di dipendenza, cosa che non comporta un contatto diretto del professionista con gli uffici della pubblica amministrazione.

Infatti, normalmente, per i professionisti "dipendenti", è l'amministrazione di riferimento che provvede a fornire la posta certificata per le necessità d'ufficio.

Nel tavolo tecnico di cui sopra, verranno rappresentate le peculiarità della professione infermieristica e vi sarà una costante informazione sulle eventuali conseguenti determinazioni ministeriali.

Si auspica comunque che i Collegi pongano in essere quanto di necessità per informare i professionisti iscritti agli albi in ordine all'applicazione della normativa vigente, ponendo come prioritaria, stante quanto in sintesi rappresentato, l'applicazione della data indicatoria per quanti esercitano come libero-professionisti.

Cordiali saluti.

La presidente
Annalisa Silvestro

PAGAMENTO DELLA QUOTA ASSOCIATIVA ANNO 2009: ultimo avviso!

Rammentiamo agli iscritti le modalità di pagamento della quota associativa dell'anno 2009 la cui scadenza era il 28/02/2009:

- versamento di euro 60,00 su c/c postale 24204208 intestato a Collegio IPASVI Sondrio - Gestione - quote annue - causale di versamento "Quota associativa 2009 sig.…"
- versamento di euro 60,00 sul c/c acceso presso la TESORERIAdel Credito Valtellinese, sededi Sondrio, codice IBANIT67Q0521611010000000024367 - causale di versamento "Quota associativa 2009 sig.…"

N.B.: Ricordiamo che scaduto il termine del 31/12/2009 gli iscritti morosi riceveranno presso la propria residenza la cartella esattoriale di pagamento della quota sopra menzionata, maggiorata delle spese di istruttoria.

Cordiali saluti

Il Tesoriere
Andrea Pedrini

Complimenti

La Redazione di Parliamone si complimenta con la Dottoressa Carmela Ongaro che ha brillantemente ottenuto la Laurea Specialistica.
Tutti noi la attendiamo di nuovo in redazione.

L'angolo dell'etica per la pratica infermieristica

di Fumasoni Alessandro*

Quest'anno è stato introdotta la nuova versione del Codice Deontologico ma come parlarne agli infermieri senza dare uno spunto pratico anche dell'etica nell'operato dell'infermiere ?
Come molti altri infermieri anch'io vedevo molto lontana l'etica dalla pratica: che ci azzecca una scienza immateriale come l'etica con la scienza infermieristica culturalmente improntata sul sapere e sul saper fare più che sul saper essere? Grazie allo studio e la fortuna di aver dei nuovi insegnamenti universitari, e all' iniziativa colta con grande entusiasmo di collaborare alla redazione di Parliamone, è nata l'idea di inserire questa pagina come un punto di condivisione con tutti i lettori. Questo vuol dire che sarebbe interessante un rimando con una collaborazione attiva con voi che come me si vogliono cimentare a scrivere o delineare scenari che hanno fatto riflettere sulla pratica infermieristica. Non dico che sia facile, ma uno strumento valido (che non è l'unico) c'è dato dalla lettura delle situazioni infermieristiche con il modello di riferimento di Fry – Johnstone che è un testo da utilizzare come guida per la presa di decisioni etiche in complesse situazioni di assistenza infermieristica.
Coloro i quali sono interessati a mandarci dei lavori da pubblicare in questa pagina possono inviarlo tramite mail a ipasvi@ indicando L'angolo dell'etica. Spero che qualcuno si dia da fare.....
Mi scuseranno coloro i quali sono docenti di deontologia professionale ma ometterò molti concetti, che nemmeno un corso intero universitario potrebbe esaurire, per rivolgere maggiormente lo sguardo sull'obiettivo di portare anche l'etica in prima linea cioè nel lavoro di tutti i giorni e nelle situazioni anche impensabili che deve fronteggiare un professionista quale è l'infermiere.
Per introdurre i lavori che via via saranno pubblicati anche nei prossimi numeri di Parliamone, bisogna fare alcune premesse sulla formazione dei valori e i conflitti dei valori.

- **Un valore è uno standard o qualità di una persona o di un gruppo sociale che sia ritenuto importante.** Spesso i valori derivano da bisogni o esigenze e hanno varie origini quali la cultura personale, la famiglia, un gruppo o un ambiente lavorativo. Ciascuno ha un sistema di valori che si possono individuare con una scala gerarchica di priorità. Qualsiasi valore , nel momento in cui diviene parte dell'insieme dei valori proprio di una persona, può acquisire il potere di motivarne e guidarne le scelte. Sfortunatamente gli individui sono spesso inconsapevoli dei valori che stanno alla base delle loro scelte e decisioni: come conseguenza la comprensione dei propri valori rappresenta il primo passo per prepararsi a prendere decisioni etiche.

- **Le convinzioni personali sono valori che un infermiere possiede ma che non sono di natura morale.** Queste non sono basate sulle considerazioni morali più importanti per le persone bensì sono valori come lo stile o il senso di dignità, correlati a preferenze personali, convinzioni o questioni di gradimento o gusto.
- **I valori morali sono di natura squisitamente morale** poichè originano da quegli interessi morali importanti che fanno sì che le persone difendano concetti come la vita umana, la libertà e l'autodetereminazione, il benessere sociale e personale.
- **I valori culturali sono identificabili come degli standard accettati e dominanti in uno specifico gruppo culturale.** I valori culturali insieme con le convinzioni svolgono un ruolo determinante nell'influenzare usanze e tradizioni (comprese le pratiche religiose). E' importante capire che ogni cultura possiede un proprio sistema etico, e che ognuno di questi sistemi etici rappresenta il prodotto della storia e della cultura che lo ha generato. Tuttavia non è solo possibile, ma quanto mai necessarioche gli infremieri comprendano la natura delle differenze culturali (e delle similitudini) e come i diversi valori culturali possano influenzare le attitudini, le convinzioni, le prassi assistenziali, le decisioni e i comportamenti delle persone (professionisti e non) nei vari contesti sanitari.
- **I valori religiosi (spesso confusi con le convinzioni e i valori culturali e / o con la cultura di una persona) sono, come la morale, il prodotto della storia e della cultura dalla quale originano.** I valori appresi in un contesto religioso sono talmente solidi e duraturi da continuare a influenzare le attitudini e le convinzioni delle persone anche quando queste abbiano abbandonato un particolare credo religioso.
- **I valori personali sono convinzioni morali o personali, attitudini standard e ideali individuali che fanno da guida al proprio comportamento e al modo in cui una persona si rapporta alla vita.** Ad esempio un infermiere potrebbe attribuire un valore personale alla pulizia (convinzione personale) e all'onestà (valore morale).
- **I valori professionali rappresentano degli standard fondamentali che sono stati condivisi e che quindi ci si aspetta che vengano rispettati da un gruppo di professionale.** I valori professionali degli infermieri sono quelli promossi dai codici deontologici e dai codici di condotta professionale; gli infermieri apprendono i valori professionali sia dall'istruzione formale, sia dall'osservazione informale di come lavorano gli altri infermieri, incorporandoli gradualmente nel proprio sistema di valori personali.
- **Il primo passo da compiere per prendere decisioni etiche è quello di identificare i valori all'interno del proprio sistema valoriale attraverso l'introspezione, la riflessione e l'autoanalisi. Il secondo passaggio consiste nel comprendere quali siano i valori importanti per gli altri e la ragione per cui sono considerati tali**. Ciascun individuo , basandosi sul proprio complesso di convinzioni e sulla propria scala di valori, configura delle priorità diverse da quelle degli altri. Nel prendere decisioni etiche è essenziale capire l'insieme di valori degli altri così come rispettarlo e riconoscere che esso è valido allo stesso modo del proprio.
- **Purtroppo sia i valori morali, sia le convinzioni personali, sia quelli professionali, culturali o religiosi possono facilmente entrare in conflitto.** Ad esempio il valore dell'infermiere di operare per il bene del paziente potrebbe essere in contrasto con quello di rispettare le scelte del paziente e con il diritto che questo ha di compierle. In ciascuna di queste situazioni l'infermiere deve innanzitutto essere in grado di identificare: i valori coinvolti, la forza e rilevanza dei diritti reclamati e dei corrispondenti doveri, dove può essere presente un conflitto tra valori, diritti e/o doveri. L'infermiere deve successivamente prendere una decisione che tenga conto di quali valori siano più importanti in quel determinato contesto e di quali siano i diritti più legittimi e degni di rispetto.
- **Gli infermieri di solito sono tenuti ad assistere ogni persona a prescindere dai propri valori personali, soprattutto nel caso in cui nessun altro infermiere sia disponibile. La responsabilità principale di ogni infermiere è infatti rivolta alle persone che necessitano di assistenza infermieristica e coloro i quali si trovano in stato di bisogno hanno diritto a ricevere tale assistenza a prescindere dalle loro convinzioni religiose o da qualsiasi altra considerazione. L'unica eccezione a queste indicazioni si verifica quando il prestare assistenza metta in pericolo la salute o la vita stessa dell'infermiere. Qualora l'infermiere si rendesse conto che gli potrebbe essere abitualmente richiesto un tipo di assistenza infermieristica contraria alla propria coscienza, egli dovrebbe farsi sostituire in modo di garantire assistenza anche in quelle situazioni, oppure considerare la possibilità di operare in un diverso ambito clinico: in questo si può avvalere della calusola o obiezione di coscienza.**

Ora passiamo dalla teoria alla pratica:
per iniziare pubblico nelle pagine seguenti un mio lavoro per dare l'idea di come si traduce nella realtà la lettura secondo il modello di Fry – Johnstone: ovvio che anche questo scritto è perfettibile...

È etico trascurare convinzioni religiose/culturali per preservare la vita?

Lettura secondo il modello Fry

ABSTRACT

L'infermiere nell'erogare assistenza infermieristica tiene conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona. L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia. "L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica. La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo. " (IPASVI 2009)

Nel caso affrontato si vuole analizzare una situazione problematica derivante dal conflitto tra i valori culturali/religiosi di una paziente di cultura afgana che si presenta in Pronto Soccorso e i valori professionali degli infermieri che sono in turno. Analizzando il caso secondo il modello etico di Fry e Johnstone si vogliono cercare delle possibili soluzioni per la situazione e permettere a tutta l'equipè infermieristica di riflettere eticamente, per avere una consapevolezza maggiore nell'agire professionale e crescere anche in situazioni di disagio.

L'analisi effettuata con il metodo Fry-Johnstone per la presa di decisioni etiche mette in luce i principi e i valori professionali che sono legati alla competenza del personale infermieristico. Le parole chiave che sono presenti nell'esposizione sono: advocacy, accountability, caring, competenza.

PRESENTAZIONE

L'elaborato si propone di evidenziare, attraverso l'analisi di un caso realmente accaduto, alcuni degli aspetti di natura etica a cui può andare incontro un infermiere nella gestione dell' assistenza infermieristica e soprattutto di comprendere come ogni giorno siamo posti di fronte a "questioni etiche" nell'assistere di tipo specialistico infermieristico. Tante questioni di malessere lavorativo che a volte attribuiamo allo stress della professione sono invece da osservare sotto un'altra ottica che ci permetta di capire come tante volte siano i nostri valori personali e professionali ad entrare in conflitto con le situazioni vissute. Inoltre ci sono casi che potrebbero essere impensabili ai giorni nostri e alle nostre latitudini che possono far riflettere. Il caso che si andrà a presentare è scaturito dalla mia esperienza lavorativa in un Pronto Soccorso di piccole dimensioni dove la comunità straniera è ancora una piccola minoranza nei confronti della popolazione e in alcune zone non ancora ben integrata per mancanza di conoscenze reciproche. L'arrivo di una paziente donna con una cultura diversa ha generato dei problemi in apparenza organizzativi ma se approfonditi anche di natura etica. Questo ha portato allo scrivente di poter ripensare all'evento sotto quest'ultimo aspetto e di cercare di dare una soluzione concreta per il futuro.

La metodologia utilizzata prevede l'utilizzo del modello di Fry-Johnstone per la presa di decisioni etiche. Tale modello utilizza quattro quesiti fondamentali:

Quali sono i retroscena dei conflitti di valori?

Quale significato hanno i valori implicati?

Qual è il significato di questi conflitti per le parti implicate?

Che cosa si dovrebbe fare? (Fry, Johnstone, 2004).

L'utilizzo di questo modello, pur difficoltoso per l'inesperienza di applicazione, si è rivelato appropriato essendo profondamente ancorato alla realtà infermieristica e a quelle che sono le quotidianità.

QUALI SONO I RETROSCENA DEI CONFLITTI DI VALORI?

La signora Mariam di nazionalità afgana si presenta in Pronto Soccorso accompagnata dalla sorella per una importante addominalgia; la donna, riferito dalla sorella si presenta pallida, sudata ed è molto sofferente.

La donna è in Italia da 10 giorni, dove ha raggiunto la sorella e la famiglia di quest'ultima che vive in un paese di montagna da circa 20 anni. La sorella di nome Consuelo si è ben integrata nella cultura italiana mentre la donna con addominalgia è legata alle tradizioni afghane tra le quali il burqa che le copre tutto il viso e il corpo; Mariam è entrata in Italia con il marito circa da una decina di giorni per sfuggire alle rappresaglie di guerra tra afgani e forze di pace americane.

Al momento dell'episodio così grave che ha fatto sì che le donne si rivolgessero al PS, il marito della protagonista era fuori casa con il cognato.

Alla presentazione al triage, la signora incontra un infermiere uomo, Paolo, così come uomo è l'altro infermiere Dino, che la fa accomodare sul lettino di una saletta. Al momento della visita entrano nella stanza il medico e l'infermiere Paolo entrambi maschi; l'unica infermiera donna è uscita in ambulanza su un incidente stradale.

A parte la lingua che Mariam non conosce, ovviata da una buona traduzione della sorella, si ha subito la sensazione di poca collaborazione suffragata dall'intervento della sorella che esprime la non convinzione della donna a farsi visitare da personale maschile senza la presenza del suo uomo sebbene si trovi in palese difficoltà e in sofferenza. La donna si tiene avvolta nel burqa e, non parla ma e si tiene vicina alla sorella; dai suoi gemiti traspare la sua sofferenza fisica e in apparenza sembra spaventata. Il medico resta basito mentre l'infermiere cerca di convincere la donna spiegando che ne andava a rischio della sua salute e che non ci sono alternative in quel momento. Quando Paolo cerca di avvicinarsi Mariam si allontana evitando il contatto e di essere avvicinata per la visita e si rifiuta di farsi toccare anche dal medico. La sorella cerca di convincerla della necessità di essere visitata subito, data la gravità dei sintomi e l'apprensione del medico e infermiere. Quali provvedimenti Paolo dovrebbe prendere? Dovrebbe costringere Mariam a sottoporsi ad un esame fisico obiettivo? Come può migliorare la sofferenza fisica di Mariam se non gli permette di avvicinarsi? Come migliorare la situazione problematica garantendo il rispetto dei valori dei soggetti?

QUALE SIGNIFICATO HANNO I VALORI IMPLICATI?

In questa situazione i vari attori vivono una situazione di disagio che deve essere risolta analizzando i vari valori in gioco per capire se sono valori o convinzioni personali. *"Gli infermieri hanno quattro responsabilità fondamentali: promuovere la salute, prevenire la malattia, ristabilire la salute e alleviare la sofferenza"* (Codice Deontologico ICN, 2000).

L'infermiere Paolo vive una situazione di disagio per non riuscire ad erogare assistenza infermieristica alla donna sofferente.

Mariam dal suo punto di vista ritiene infatti di non poter essere vista da altri uomini, anche se operatori sanitari, all'infuori del marito o parente maschio. Infatti alle donne afghane è vietata ogni forma di lavoro, non possono accedere all'educazione scolastica o ad alcun'altra forma d'istruzione, l'accesso ai servizi sanitari, peraltro precari, è quasi nullo. Le donne oggi in Afghanistan, possono uscire di casa solo accompagnate da un parente maschio, non hanno diritto di associazione o parola, devono portare sempre il burqa, non possono usare trucco e scarpe con il tacco in quanto non si deve sentire il passo di una donna ed è prevista la fustigazione pubblica per coloro che mostrano le caviglie. Ella Appartiene all'etnia Talebana, che significa coloro che studiano nelle scuole coraniche; i Talebani sono noti per essersi fatti portatori dell'ideale politico-religioso che vorrebbe recuperare tutto il portato culturale, sociale, giuridico ed economico dell'Islam (almeno come da essi stessi inteso e interpretato) per costituire uno stato teocratico.

La loro interpretazione della sharia impone la proibizione di qualsiasi svago o attività ludica, riduce la condizione della donna ad una quasi totale assenza di diritti fondamentali e nega qualsiasi attivismo politico. La politica dei Talebani prevedeva la proibizione del lavoro femminile e l'esclusione delle ragazze da qualsiasi forma di istruzione. Alle donne era negato il trattamento ospedaliero per impedire il loro contatto con medici e personale ospedaliero di sesso maschile.

Gli infermieri Dino e Paolo conoscono il valore di rispondere delle proprie azioni e di essere in grado di erogare un'assistenza, il valore di essere preparati per poter agire per il bene del paziente e inoltre essere coscienti che qualunque azione scelta ha un'influenza sulla salute del paziente.

Il principio etico che possiamo trovare in questo caso riguarda il **Principio di beneficenza – non maleficenza**: *"promuovere il bene della persona, evitare ciò che nuoce o danneggia la persona":* agire bene per la persona;

Ogni mancanza nel rispetto di questo principio è da interpretarsi come un atto grossolanamente non etico, indipendentemente dal contesto (Fry, Johnstone, 2004).

Importante anche il concetto di **advocacy**: l'infermiere deve tutelare i diritti e il benessere delle persone: infermiere come difensore dei diritti del paziente all'interno del sistema sanitario, lo informa circa i propri diritti e si assicura che li abbia ben compresi. Inoltre l'infermiere aiuta il paziente a discutere delle proprie necessità, interessi e scelte nel rispetto dei valori e degli stili di vita del paziente stesso. L'infermiere non impone le proprie decisioni o valori, ma aiuta il paziente a valutare i vantaggi e gli svantaggi delle varie opzioni riguardo la sua salute, in modo che egli possa prendere le decisioni più coerenti con le proprie convinzioni e valori. L'infermiere inoltre rispetta i valori umani fondamentali del paziente(dignità, privacy,benessere).

Anche il concetto di **accountability** è presente in questa analisi: l'infermiere è competente nel momento in cui ha la capacità di rispondere a determinate situazioni e gestisce queste responsabilità; quando è in grado di spiegare come queste responsabilità vengano espletate, giustificando le scelte e le azioni conformemente alle norme o agli standard morali accettati.

Importante, è tenere in considerazione in questa analisi, anche il concetto di **caring**: i comportamenti orientati al **caring** sono diretti alla protezione della salute e del benessere delle persone; il **caring** può essere inoltre definito come una forma di coinvolgimento con gli altri che crea un interesse in merito a come le altre persone avvertono il mondo che le circonda. Tutto questo richiede sensibilità, capacità di relazione e coinvolgimento così come capacità di dare assistenza, conoscenze e abilità. Questi comportamenti sono fondamentali per il ruolo dell'infermiere: il **caring** è un concetto basilare per un'etica infermieristica che protegge e rafforzi la dignità umana dei pazienti che ricevono assistenza sanitaria: è proprio della pratica infermieristica.

Definendo poi il concetto di **competenza** esso è costituito dalla capacità di rispondere delle proprie azioni e assumerne la responsabilità; questa "*non comprende solamente la propria condotta intenzionale ma anche qualsiasi cosa nei confronti*

della qual si ritiene che il soggetto in questione abbia una relazione di tipo causale" (Fry, Johnstone, 2004), e investe una sfera più ampia del rapporto infermiere paziente contemplando tutta una serie di livelli di responsabilità.

QUAL E' IL SIGNIFICATO DEI CONFLITTI PER LE PARTI IMPLICATE?

Affrontando questa problematica da un punto di vista etico e deontologico, condiviso da tutti i professionisti infermieri, i Codici deontologici, italiano e dell'ICN, offrono degli spunti interessanti.
Nel PATTO INFERMIERE – CITTADINO, del 12 maggio 1996, viene affermato che "*Io infermiere mi impegno nei tuoi confronti a:… INDIVIDUARE i tuoi bisogni di assistenza,condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi; RISPETTARE la tua dignità, le tue insicurezze e garantirti la riservatezza FORNIRTI INFORMAZIONI utili a rendere più agevole il tuo contatto con l'insieme dei servizi sanitari; RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini; FAVORIRTI nel mantenere le tue relazioni sociali e familiari. RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini.."*
Anche nella premessa al Codice dell'ICN viene espresso che "*Il rispetto dei diritti dell'uomo, compresi i diritti culturali, il diritto alla vita e alla scelta, alla dignità e ad essere trattati con rispetto, fanno parte integrante dell'assistenza infermieristica. L'assistenza infermieristica è rispettosa..".*
Queste due norme di comportamento indicano l'impegno che l'infermiere deve prendersi nell'assistere con dignità la persona, che è un obbligo morale considerando sempre i diritti e valori della persona.
Inoltre come sancito nel codice deontologico italiano 2009 nell'Art.3: *"La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo."* Nell'Art. 4 viene espresso: *"L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona*;" e nell'Art. 5: *"Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica."*
In questi articoli viene ribadito l'importanza di conoscere e tenere conto dei valori della persona a cui si sta erogando assistenza infermieristica nel rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo.
Anche nel Codice dell'ICN troviamo al punto 1: *"Nell'esercizio della sua professione, l'infermiere crea le condizioni affinché siano rispettati i diritti umani, i valori, le consuetudini e la fede religiosa della persona, della famiglia e della comunità. L'infermiere si assicura che la persona riceva le informazioni sufficienti sulle quali basare il proprio consenso all'assistenza e ai trattamenti ad essa correlati."*
Nel codice deontologico italiano 2009 nell'Art.20 viene espresso: *"L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte*"; e nell'Art. 21*: "L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza. Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati."*
In questi due articoli viene ribadita l'importanza di comunicare apertamente col paziente riguardo l'assistenza infermieristica di cui necessita coinvolgendo le persone a lui care, come in questo caso la sorella di Mariam.
In questo caso per Mariam è fondamentale eliminare il dolore che la affligge e la sofferenza che comunque l'ha "convinta" a seguire la sorella in Pronto Soccorso anche se si trova in difficoltà perché nella sua cultura non può essere visitata da uomini senza la presenza di un parente maschio.
Per gli infermieri in turno è necessario fare di tutto per salvaguardare la vita e alleviare la sofferenza rispettando il principio di beneficenza: il dovere di operare il bene; temono che aspettando troppo la situazione possa precipitare.
Anche nel codice deontologico italiano 2009 all'Art. 34 si cita*:"L'infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l'assistito riceva tutti i trattamenti necessari. "*

CHE COSA SI DOVREBBE FARE?

Gli infermieri dovrebbero in questo caso usare una comunicazione efficace: trasmettere a Mariam le motivazioni per cui è necessario che il medico la visiti e loro possano erogare assistenza infermieristica proprio perché potrebbe essere in pericolo la sua vita.
La cosa fondamentale è che la donna capisca che in quel momento non sta mancando di rispetto al marito e che l'assistenza sanitaria è un suo diritto.
Facendosi aiutare dalla sorella Consuelo, ben integrata nella cultura europea, gli infermieri trasmettono la loro attenzione, voglia di aiutarla ad alleviare la sofferenza al più presto possibile.
La comunicazione in effetti è fondamentale nel rapporto infermiere-paziente e aiuta la nostra professione a capire l'altro anche solo con un ascolto attivo e partecipante. Se Mariam capisse tutto questo riuscirebbe a superare la difficoltà in cui si ritrova per poi capire che cosa provoca questa importante addominalgia.
Gli infermieri sono obbligati a rispettare i valori, i costumi, le convinzioni spirituali di tutti gli individui a cui prestano assistenza infermieristica. Tuttavia sono anche responsabili della propria pratica professionale e, nel fornire assistenza, devono usare la propria capacità di giudizio. In questa situazione il giudizio è quello di voler salvaguardare la vita di Mariam. In questo ragionamento si potrebbe giustificare la decisione facendo appello al principio morale di beneficenza-non maleficenza.

CONCLUSIONI

Le realtà della pratica professionale quotidiana spesso costringono l'infermiere a riconsiderare seriamente le proprie responsabilità etiche. Mentre è chiara la responsabilità etica di alleviare la sofferenza, che costituisce un mandato professionale, intervenire su tale responsabilità può non essere facile quando il paziente è un malato che si sta riprendendo da un passato dal quale è scappato per vivere meglio.
Non possiamo rimanere indifferenti di fronte a certe situazioni etiche per due motivi:

- perchè il "non fare" si scontra sempre con i nostri valori personali e professionali e ci crea disagio
- perchè chi ha abbracciato la professione infermieristica ha anche aderito al suo codice deontologico ed è obbligato a intraprendere azioni morali "allo scopo di conseguire un risultato morale desiderabile" (Fry, Johnstone, 2004).

Al termine di questo corso universitario di Deontologia Professionale, del corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche, si è maturata la consapevolezza che sarebbe interessante indagare i conflitti di valori che coinvolgono gli infermieri impegnati in esperienze simili e produrre degli strumenti che li guidino nella pratica.

BIBLIOGRAFIA

- Fry T. S., e M. Johnstone M. (2004) *Etica per la pratica infermieristica*. Milano: Casa editrice Ambrosiana
- Baccin Giliola, materiale non edito fornito nel corso di deontologia professionale Laurea Specialistica in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche anno accademico 2008/2009
- Federazione Nazionale Collegi IPASVI, *Codice Deontologico dell'infermiere*, Roma, Febbraio 2009
- Fry T. S., e M. Johnstone M.(2004) *Etica per la pratica infermieristica*. Milano: Casa editrice Ambrosiana
- International Council of Nurses, *il Codice Deontologico dell'infermiere*, Ginevra, anno 2000
- Sgreccia E. (1999) *Manuale di bioetica*. Roma: Vita e Pensiero

** infermiere S.S. Neurorianimazione di Lecco*

ACCADEMIA SCIENZE INFERMIERISTICHE

ACCADEMIA SCIENZE INFERMIERISTICHE

Prot. n. 1/2009

Alla Presidente
Federazione Nazionale IPASVI
Dott.ssa Annalisa Silvestro

Ai Presidenti Provinciali Collegi IPASVI

Gentile Dottoressa, Egregi Presidenti,

abbiamo il piacere di comunicarVi che il giorno 27 luglio 2009 a Milano si è formalmente costituita l'associazione denominata *A.S.I.* (Accademia Scienze Infermieristiche).
L'*A.S.I.* ha carattere volontario, non ha fini di lucro ma finalità di pubblica utilità nonché di promozione professionale e culturale, è apolitica e si prefigge i seguenti obiettivi:

- collaborare con le autorità politiche e amministrative alla promozione e allo sviluppo d'iniziative atte a migliorare il riconoscimento professionale degli infermieri;
- promuovere e organizzare iniziative culturali, incontri scientifici, congressi, predisposizione e implementazione di linee guida, allo scopo di diffondere le conoscenze disciplinari infermieristiche e di accrescere la cultura professionale;
- promuovere e favorire l'istituzione e la realizzazione di corsi di perfezionamento e d'aggiornamento d'interesse per la professione infermieristica;
- promuovere la ricerca infermieristica in tutti i campi di competenza professionale;
- realizzare programmi annuali d'attività formativa ECM (Educazione Continua in Medicina) per l'aggiornamento professionale e la formazione permanente degli associati, nel rispetto dei criteri e dei limiti stabiliti dalla normativa nazionale e regionale;
- svolgere attività di consulenza presso strutture pubbliche e private.

SOCI FONDATORI: Alessandro Adduci, Paola Arcadi, Francesco Bombelli, Cinzia Botter, Pasqualino D'Aloia, Stefania Di Mauro, Antonio Durante, Antonietta Fortunato, Enrico Frisone, Bianca Gritta, Vincenzo Magistrelli, Vincenza Maniaci, Luca Amedeo Meani, Monica Morici, Sergio Nobile, Luca Piacenza, Paola Ripa, Barbara Sappa, Antonino Zagari.

ORGANI:
Presidente: Pasqualino D'Aloia
Vice Presidente: Paola Arcadi
Consiglieri: Francesco Bombelli, Cinzia Botter, Bianca Gritta, Monica Morici, Barbara Sappa
Segretario: Sergio Nobile
Tesoriere: Vincenza Maniaci
Collegio dei Revisori dei Conti: Vincenzo Magistrelli, Antonietta Fortunato
Collegio dei Garanti: Stefania Di Mauro, Luca Amedeo Meani, Antonino Zagari

Nell'ambito delle proprie finalità associative, l'A.S.I. è ben lieta di offrirVi la più ampia disponibilità per una proficua e costruttiva collaborazione.

Cordiali saluti.

Milano, 22 settembre 2009

Il Presidente A.S.I.
Dott. Pasqualino D'Aloia

LA MALAOMBRA

Il perturbante caso dei suicidi in una vallata alpina

Il 17 settembre 2009, al policampus in Sondrio, la Caritas Valtellina-Valchiavenna e Communitas hanno organizzato un'importante convegno sul tema del suicidio portando in Sondrio un dibattito che ha coinvolto amministratori, politici, i massimi esperti sul tema, associazioni di volontariato, il mondo imprenditoriale e cittadini sensibili al problema.
E' stata presentata la ricerca effettuata da Aaster con Caritas che ha raccolto quasi mille questionari distribuiti a campione tra Bormio, Tirano, Sondrio, Morbegno e Chiavenna. Sono state inoltre effettuate cento interviste in profondità a persone rappresentative dei soggetti sociali e produttivi della comunità. per interrogarsi, con ricerca approfondita, sui casi dei suicidi in una vallata alpina e per capire come è possibile intervenire.
Il Collegio IPASVI è sempre stato presente sin dall'inizio e ora, finito il dibattito, siamo pronti a dare il nostro contributo perché il lavoro sin qui svolto possa continuare attraverso iniziative volte a promuovere azioni di prevenzione all'inquietante fenomeno del suicidio così fortemente presente nella nostra provincia.
Ringraziamo quindi la Caritas provinciale per il grande lavoro svolto dai suoi volontari e il professor Aldo Bonomi per la competenza con cui ha svolto il delicato ruolo di "Responsabile scientifico" all'iniziativa.
Di seguito, tra i vari interventi al Convegno, pubblichiamo il dialogo pubblicato da Communitas con Annibale Salsa.

L'antropologico Spaesamento

dialogo con **Annibale Salsa***

Annibale Salsa oltre ad essere presidente del Club alpino italiano è anche antropologico. Per questo può affrontare la questione del suicidio nelle Alpi in una prospettiva di lunga durata. Dal punto di vista quantitativo siamo infatti di fronte ad una forte incidenza del fenomeno in tutte le Alpi – italiane, francesi, svizzere o austriache che siano – da lunghissimo tempo. La ricerca effettua in promozione di Sondrio cerca di raccontare il mutamento dei significati attribuiti al gesto nella nostra epoca. Sembrerebbe tuttavia che, a prescindere dai mutamenti culturali, il dato non cambi.

Communitas: *Secondo lui siamo di fronte ad una storica difficoltà di adattamento delle popolazioni alpine rispetto ai processi di modernizzazione che man mano si succedono nel corso delle epoche?*
Annibale Salsa: A mio modo di vivere non c' è dubbio che le trasformazioni socioculturali cambino gli scenari. C sono oggi situazioni legate alla crisi della comunità che in passato non c' erano. Pero non c' è solo questo a determinare il fenomeno. Occorre perciò adottare un punto di vista di lunga durata, dal momento che anche in epoche non sospette, dal punta di vista della crisi della montagna, il tasso di suicidi ara comunque molto significativo. Inoltre aggiungo che si è circoscritto alle sole Alpi. Certamente è un fenomeno di tipo "settentrionale": alpino, mitteleuropeo o nordeuropeo, mentre è poco frequente nelle aree mediterranee. Ci sono quindi elementi ambientali che incidono sul fenomeno, mentre è più difficile se esistono aspetti biogenetici. Non c' è dubbio, tuttavia, che ci sia una linea latitudinale che separa l' incidenza dei fenomeni suicidari. Se consideriamo l' Italia, ad esempio, vediamo come il fenomeno sia di scarsissima rivelanza nel Centro-Sud. Un elemento di riflessione è quindi l' ipotesi che vi siano non solo aspetti culturali ma anche biogenetici che possono dare sbocchi diversi al disagio: di tipo autodiretto o eterodiretto. Nel nord Europa prevalgono dinamiche implosive, mentre nel Mediterraneo prevalgono le forme del disagio esplosive. Mi sembra quindi che un' analisi di tipo etno-psichiatrico possa essere significativa per accrescere la conoscenza del fenomeno.
Intanto abbiamo chiarito la condivisione del fatto che il suicidio ha a che fare con "lo stare insieme", con le reazioni sociali. Opinione non del tutto scontata se si guarda alla ricerca, che evidenza la presenza di una buona fetta di popolazione che si rappresenta il suicidio come fatto legato esclusivamente alla sfera privata. Tuttavia vi è meno da considerare l' ipotesi che mentre in passato l' incidenza del fenomeno era legato anche alla chiusura all' isolamento delle comunità, oggi che queste stesse comunità sono state investite dalla modernità senza avere strumenti di metabolizzazione culturale, ecco che il tasso di suicidio nono muta, ma per motivi diversi, quasi opposti.
Communitas: *Sembra che gli abitanti della montagna siano costantemente spiazzati…*
Salsa: da antropologico ho un tipo di sensibilità leggermente diversa voi sociologi. Nel senso che noi cerchiamo di evidenziare i fatti di tipo culturale ma senza escludere aspetti di tipo genetico o biologico. Mi rendo conto che è pericoloso impegnarsi su questo esplorano. L' importante è non cedere nel dualismo oppositivo proprio del passato tra biologismo e culturalismo.
Il fatto che di fronte a scenari sociali diversi l' incidenza dei fenomeno sia sempre la stessa mi fa pensare che sia qualche elemento di natura biogenetica che occorre cogliere e valutare. Il fenomeno continua ad essere diffuso secondo quelle caratteristiche geografiche cui accennavano di fronte a scenari sociali in continua evoluzione. Nella società premoderna, preindustriale, l'orizzonte comunitario è un' orizzonte di controllo sociale totale, analogamente a quello che avveniva anche in contesti lontani come quelli africani. Una comunità che controllava e ammortizzava, che assorbiva il disagio individuale e lo metabolizzava con appositi strumenti e ritualità, convertendo il dramma in tragedia. Con l' industrializzazione, gli scenari cambiano profondamente determinando una secolarizzazione dei rapporti sociali. Tuttavia, come detto, il fenomeno persiste nella stessa misura, abbiamo una costanza delle risposte che sembra prescindere dagli scenari sociali. A questo punto, pur avendo io un' impostazione di tipo organicista, devo fare i conti con questo dato. Poi, un conto è l'organicismo positivista hard, un conto sono gli approcci multiprospettici delle neuro scienze che non escludono a priori la possibilità di attingere a contesti interpretativi diversi (biologico psicogenetico). Inoltre, bisogna tenere presente l' effetto del contesto naturale, dello specifico contesto alpino, del tipo di insediamenti umani nella genesi di questo disagio, che non necessariamente è il suicidio ma può essere la depressione. Oggi io mi interrogo su tali dati, benché io provenga da una scuola antropologica socio-genetica.
Communitas: *Tornando alle rappresentazioni culturali, un altro dato dalla ricerca evidenzia come gli intervistati abbino nostalgia della qualità delle reazioni sociali di n tempo. Si tratta, evidentemente, di un sentimento figlio di un giudizio non positivo sul presente.*
Salsa: qui basta citare la "voglia di comunità" di Barman. Non c'è dubbio che il nostro tempo induca nostalgia per le forme comunitarie di un tempo. La percezione che si possa stare meglio in contesti tradizionali ci dice, quanto meno, che si guarda con attenzione alla capacita di quelle forme sociali di "prendersi cura" del disagio individuale. la cultura della cura dei soggetti in condizione di disagio viene gestita nella nostra società contemporanea attraverso la tecnologia psichiatrica, non più attraverso il rapporto faccia a faccia, rapporti giocati sull' emotività e sull' affettività. Questa situazione contribuisce a generare sentimenti di nostalgia per una società che per immaginario comune aveva connotati di ruralità. I rimandi fra i diversi approcci sono in effetti complessi. Ad esempio, gli psichiatri che operano localmente hanno sottolineato frequentemente il peso assunto da questioni genetiche come la consanguineità, piuttosto che l' incidenza dell' ambiente naturale in relazioni ad aspetti apparentemente secondari come l' alternarsi delle zone d' ombra, l' influsso delle stagioni, etc. Sono cose che invece hanno un valore. La costanza del sole, la temperatura, l' escursione termica hanno un valore. Basti pensare alla meteopatia. In certi paesi transalpini, in certi lander austriaci, in certi cantoni svizzeri, le giornate di foehn erano considerate a forte rischio patogenico. Si parla di sindrome favonica in Svizzera. Non c' è dubbio che il fattore climatico abbia il suo peso. Non voglio costruire una teoria così disinvolta, però dobbiamo tenere conto di tutti i possibili aspetti della questione.
Communitas: *Certo però se queste variabili hanno veramente un peso, allora non c' è molto da fare per cambiare le cose…*
Salsa: Io mi guardo bene dal farne una teoria. Prendo atto che si tratta di fattori influenzali. In ogni caso la lunga durata ci porta a dire che sino ad ora non abbiamo individuato soluzioni valide, sebbene poi le motivazioni sottostanti al gesto del suicidio cambino. Un altro dato storicamente costante riguarda la composizione di genere dei suicidi. I tre quarti sono maschi. Al netto delle differenze biologiche, diciamo così, sembra che le motivazioni "maschili" siano più legate a crisi della propria immagine sociale, mentre quelle "femminili" a crisi nell' ambito delle reazioni effettive. Nella fattispecie della provincia di Sondrio il tasso di suicidi femminile è quasi in linea con quello nazionale, mentre è la componente maschile a determinare il differenziale con il dato nazionale. I maschi intrattengono più relazioni sociali, sono esposti all' erosione di ruolo, così come i giovani di oggi appaiono meno coinvolti dal punto di vista dei sentimenti di pietà o tristezza verso il suicidio perché figli della tarda modernità.
Communitas: *Quali sono, in definitiva, le prospettive culturali degli ambienti della montagna per avere un rapporto con la modernità meno confittal-subalterno?*
Salsa: I processi culturali avvengono per ibridazione, per meticciamento. Nella storia secolare delle Alpi i fattori di innovazione, i rapporti con l' esterno, gli elementi di ingresso, erano in qualche modo assorbiti e metabolizzati. Questa metabolizzazione del diverso, del nuovo, avveniva in tempi lenti e quindi c' era la possibilità di mantenere una costanza legata alla tradizione, sebbene costantemente rielaborata. è così che si è venuta a costituire in mille e cinquecento anni quella che chiamiamo cultura alpina. Ora la dialettica porta le Alpi a chiudersi, piuttosto che ad aprirsi. Ciò è paradossale nella nostra epoca ed è un fenomeno particolarmente evidente, seppure non esclusivo, delle Alpi italiane. La frequentazione intra-alpina è notevolmente più ridotta rispetto al passato. I giovani Valtellina sono giocoforza costretti ad andare a Milano per studiare o nella fascia perialpina per trovare il lavoro. Non c'è più quell'economia stagionale funzionale all'economia alpina, c'è invece abbandono, migrazione che da temporanea diventa definitiva. E' chiaro che in questo modo diventa egemone la cultura urbanometropolitana. I giovani delle Alpi, piaccia o non piaccia, introiettano questi modelli, anche perché non mi pare che la cultura alpina goda di prestigio presso i giovani.
Il problema è quindi quello di ridisegnare la mappatura della realtà alpina. pensiamo alle divisioni che ancora sussistono tra Valtellina-Valchiavenna e Grigioni. Sono stato recentemente ad inaugurare l'apertura del cancello sulla frontiera di Villa di Chiavenna – Castasegna. Sono cose che vanno bene, ma la frontiera nascosta rimane: il bregagliotto di Castasegna va a Coira o Zurigo, il bregagliotto di Villa di Chiavenna va invece a Milano. Non c'è osmosi intra-alpina, questo non accadeva nella fase premoderna. Ciò significava anche maggior senso di appartenenza sociale, maggiore prestigio sociale. Oggi anche in zone come il Tirolo il senso di appartenenza comincia ad inclinarsi. La cosa interessante è che mentre negli anni '50 abbiamo assistito all'abbandono dei distretti delle Alpi estreme, quello Cuneese e quello Carnico-giuliano, oggi vediamo che mentre queste aree recuperano, zone "forti" sotto il profilo della percezione del proprio essere, popoli fieri come il Tirolo e la Svizzera incontrano crescenti difficoltà in termini di integrazione culturale e sociale. Il problema sta oggi investendo fortemente anche la Svizzera: il mito della tenuta sociale e comunitaria è veramente solo un mito. E' in atto un progetto di disaggregazione impressionanti. Pensiamo ai fenomeni di urbanizzazione spinta del Ticino verso Milano. Il Sottoceneri è una specie di periferia di Milano, pur con una berriera doganale in mezzo. Ovviamente la situazione dei Grigioni è diversa trattandosi di un cantone più rurale, più tradizionale nella mentalità.
Communitas: *Come impattano queste sue analisi sulle politiche associa tive del Cai?*
Salsa: Io ho avviato un processo di rinnovamento e di posizionamento del Cai, anche perché non è più possibile pensare la montagna esclusivamente in termine di frequentazione ludico-creativa. Non ha più senso anche perché il Club alpino non nasce come associazione sportiva. Nasce con una forte attenzione alla cultura della montagna. Quello che si è prodotto nel corso degli anni è stato un allenamento della vocazioni originarie. Dopo il recente congresso di Predazzo, il dovere di un'associazione alpina è quello di preoccuparsi della montagna a 360 gradi. Non basta la frequentazione della domenica. Il Cai non può più essere questo. Del resto se vogliamo sciare o arrampicare non è più indispensabile andare in montagna. Interesse a 360 gradi significa avere attenzione all'ambiente naturale e all'ambiente sociale.
Communitas: All'interno dell'associazione si riproduce la dicotomia culturale tra associati della "pianura" e associati della "montagna"?
Salsa: Il comune denominatore c'è, però ci sono anche delle differenze profonde. La percezione della montagna del cittadino è ancora molto idealizzata, un po' alla "Heidi". C'è un po' una visione da ambientalista da città: la montagna come luogo puro, dove tutto bello tutto buono. Il socio di montagna ha altre priorità: la manutenzione dei sentieri, la cura del territorio e la fatica di stare in montagna. Il vantaggio del Cai è che pesca da una parte e dall'altra. Questo può produrre un'associazione virtuosa, creare un'alleanza tra queste stanze del mondo associativo. Il Cai deve svolgere una funzione di mediazione culturale tra città e montagna. Noi dobbiamo riuscire a dar vita a buone pratiche di sussidiarietà, facendo alleanze territoriali con quelli che hanno una visione simile alla nostra. Penso all'Uncem o alle associazioni dei coltivatori, non siamo per la cultura del no o del mero vincolismo protezionistico. L'agricoltura di montagna, ad esempio, è fondamentale per il mantenimento del paesaggio antropizzato, proprio per evitare una wilderness di ritorno e anche un inselvatichimento del paesaggio culturale.

** Insegna antropologia culturale all'Università di Genova, ricopre la carica di Presidente Generale del Club Alpino Italiano*

Essere solo un Infermiere

a cura di Fumasoni Alessandro*

Suzanne Gordon

Visiting Professor at the University of Maryland School of Nursing.
Premiata giornalista *freelance* americana, autrice di 12 libri e più di 350 articoli per le principali riviste e quotidiani nord-americani, da 22 anni Suzanne Gordon è andata osservando gli infermieri e altri operatori sanitari che lavorano negli ospedali e altre istituzioni degli Stati Uniti è ha scritto di assistenza infermieristica,caregiving e altre tematiche inerenti la riforma del servizio sanitario. Nel corso della stesura del suo libro best seller Life Support: tre infermiere in prima linea, ha letteralmente seguito, osservato e riportato il lavoro di tre infermiere del Beth Israel Hospital di Boston (la prima edizione è del 1996). Con Bernice Buresh ha scritto Dal silenzio a far sentire la propria voce: che cosa gli infermieri sanno e devono comunicare al pubblico, che nel 2000 vinse il riconoscimento come miglior libro dell'anno da parte dell'American Journal of Nursing. Il libro del 2005, che ha anch'esso vinto numerosi premi, dal titolo Infermieri alle strette: come i tagli nella spesa sanitaria, gli stereotipi mediatici e la dominanza medica insidiano la professione infermieristica e i pazienti, è una puntuale descrizione delle cause e delle conseguenze dell'attuale carenza mondiale di infermieri.
In visita in Italia dal 26 agosto al 01 settembre 2009 ha partecipato come relatrice al convegno promosso dal Coordinamento Collegi IPASVI Lombardia dal titolo " Perché gli infermieri rimangono invisibili – strategie per far sentire la voce ".
Abbiamo raccolto alcuni suoi recenti scritti per capire la realtà odierna dell' assistenza infermieristica nel mondo, vista da occhi oggettivi (esterni alla professione), che hanno una profonda conoscenza sia delle dinamiche geopolitiche sia della professione infermieristica stessa. Cogliamo innanzitutto, l'occasione per ringraziare la Dott.ssa Cecilia Sironi coordinatrice del corso di Laurea in infermieristica all' Università dell' Insubria e la CNAI per il grande sforzo prodotto in questi anni per la professione nella traduzione e l'incoraggiamento a rendere fruibile i testi della Gordon. Qui di seguito proponiamo, oltre alla relazione del convegno sopraindicato, alcuni articoli dell' autrice che possono dare modo ad una riflessione critica sulla visibilità e sulla concretezza e autonomia della professione infermieristica a cui manca ancora un riconoscimento pieno della comunità pubblica sia in Italia che in altri Paesi. Si invitano i lettori che vogliono approfondire tali temi la visione della pagina web http://www.cnai.info/ dove si possono trovare altri articoli molto interessanti. Si segnala inoltre che i riferimenti dell'autrice nei suoi eolaborati sono da ascriversi a tutti gli effetti alla società americana / anglosassone ma comunque rapportabili alle società occidentali.

SUZANNE GORDON
Milano, 1° Settembre 2009

Traduzione in sintesi dall'inglese dell'intervento

Grazie per l'invito, sono onorata per essere stata coinvolta nella campagna di visibilità che voi state conducendo qui. Come ho spesso detto, quando gli infermieri spiegano la difficoltà e l'importanza del loro lavoro al pubblico, possono trasformare la visione che il pubblico ne ha. E' per questo che sono qui oggi, per dirvi quanto è importante per gli infermieri parlare del proprio lavoro, spiegarvi su che aspetti dovete concentrarvi quando ne parlate, in modo che la giornata della visibilità dell'infermiere diventi il secolo della visibilità, il perché e il percome.
Ho scritto un nuovo libro chiamato " La sfida infermieristica: come l'infermieristica e la cura dei pazienti sono danneggiati dai tagli nei costi, dagli stereotipi mediatici e dall'ubris dei medici". L'ho scritto, come ho scritto tanti altri libri e articoli sull'argomento perché credo che al giorno d'oggi la visibilità infermieristica sia essenziale. Questo perché nei paesi industrializzati come l'Italia sempre più persone necessitano di assistenza infermieristica, anzi, dipendono da essa per vivere. Gli anziani vivono più a lungo, spesso con malattie croniche, che rendono necessaria l'Assistenza Infermieristica (A.I.) Così anche persone più giovani che hanno avuto incidenti o soffrono di malattie genetiche o congenite, necessitano di A.I. per molti mesi o anni. Basti pensare a Christopher Reeve-Superman, che sopravvisse paralizzato per nove anni, assistito ogni momento da infermieri.
Nonostante ciò, in quasi ogni paese del mondo, l'A.I. è minacciata. Gli amministratori e i responsabili minacciano costantemente di rimpiazzare infermieri qualificati con lavoratori di bassa specializzazione, poco o nulla addestrati. Mentre gli ospedali e i sistemi sanitari si preoccupano ossessivamente di reclutare infermieri, fanno poco per trattenerli. Così, agli infermieri è affidato un pesante carico di lavoro, o sono trasferiti da reparti dove hanno accumulato esperienza, a reparti dove non ne hanno nessuna, perché gli amministratori-e la comunità pubblica in generale- considerano l'infermiere un semplice aiutante del medico, mentre è un lavoratore dotato di specifiche conoscenze e specializzazioni (ovvero un professionista ndr). Come se un paziente si sentisse dire"Il neurochirurgo che doveva operarla è stato sostituito da un pediatra, ma non si preoccupi,il pediatra ha eseguito una dissezione cerebrale all'Università di Medicina vent'anni fa. Povero paziente! Eppure ogni giorno i pazienti subiscono una cosa simile a livello infermieristico. Voi e io sappiamo che quando il paziente lascia la sala operatoria ha bisogno dell'assistenza non solo del neurochirurgo, ma anche di un infermiere specializzato nell'assistenza al paziente neurochirurgico.
Quanti di voi sono convinti che il pubblico si fidi di voi o degli infermieri in generale? Alzate la mano. Ora, quanti di voi pensano che la maggior parte del pubblico capisca cosa davvero comporti il lavoro dell'infermiere e il loro contributo al sistema sanitario? Alzate ancora la mano.
(pochisssime mani alzate ndr).
Non è paradossale che la gente si fidi di voi ma non conosca veramente la natura del vostro lavoro? Perché si fida, perché siete dolci e gentili o per la vostra professionalità che aiuta a salvare vite, risparmiare denaro ed evitare sofferenze?
Purtroppo i diretti destinatari delle cure spesso non si rendono conto di ciò. Un'infermiera chiese a una persona anziana appena dimessa da un reparto di terapia intensiva informazioni sul suo stato psicologico e di salute, utili ai fini dell'assistenza e della guarigione. L'infermiera però seppe che la paziente aveva detto alla figlia "L'infermiera è stata molto gentile, s'è fermata a parlare con me", interpretando un'indagine clinica come un atto di pura cortesia. Perché certi pazienti pensano che solo i medici abbiano conoscenze professionali su malattie e farmaci?
Gli stereotipi e incomprensioni sul lavoro degli infermieri derivano, oltre che da una informazione incompleta, anche dalle difficoltà che molti infermieri trovano nel descrivere il proprio lavoro. Ma altri hanno saputo farlo, e per questo ho potuto e posso ora parlarne. Gli infermieri,usando la loro considerevole conoscenza ed esperienza, usando l'intelligenza non meno della loro sensibilità, proteggono il paziente dai rischi e conseguenze non solo della malattia, della disabilità e dell'infermità, ma anche della stessa terapia. Proteggono i pazienti dai rischi che incontrano quando la malattia li rende così vulnerabili che anche attività così semplici come respirare, deglutire, girarsi nel letto o andare in bagno da soli, possono rivelarsi pericolose o letali. E nel contempo gli infermieri fanno sì che i pazienti sopravvivano non solo fisicamente ma anche emozionalmente, aiutando i membri della famiglia ad affrontare la malattia del loro caro, aiutandoli ad assistere il paziente permettendo al paziente di tollerare meglio le diverse possibili vicende del decorso della malattia. E' anche importante il ruolo degli infermieri come educatori sanitari, quando aiutano i pazienti a seguire con correttezza e sicurezza i trattamenti terapeutici, adattarsi e guarire dalla malattia e dalla disabilità, e funzionare in un mondo che la malattia o i traumi possono aver permanentemente alterato. In breve, gli infermieri salvano vite, prevengono sofferenze e complicazioni, riuscendo anche in questo modo a risparmiare risorse.
Perché gli infermieri trovano tanto difficile spiegarlo? Probabilmente a causa di ciò che lo storico dell'infermieristica Sioban Nelson chiama "Il copione della virtù", focalizzarsi sulle virtù degli infermieri piuttosto che sulle conoscenze e capacità professionali che utilizzano nella pratica quotidiana. Le parole e le immagini delle campagne di reclutamento per infermieri, e quello che loro stessi dicono del proprio lavoro,omettono di citare e pubblicizzare dati derivanti da studi condotti da ricercatori medici e infermieristici, che hanno documentato i legami fra l'assistenza infermieristica e la diminuzione di infezioni ospedaliere,cadute, complicazioni da decubito, embolie polmonari e morti in ospedale, tutte cose che gli infermieri contribuiscono ad evitare. Ma le campagne promozionali non citano questi dati, preferendo focalizzarsi sull'affidabilità, l'umanitarismo,la dedizione, la comprensione e l'empatia nella cura del paziente. Così facendo banalizzano le complesse abilità che un infermiere acquisisce con la formazione e l'esperienza, diluendole in un generico sentimentalismo. Ma sapere come interagire con il paziente, sapere il momento adatto per comunicare informazioni che potrebbero disturbare, comprenderne i bisogni e le necessità, sono cose che richiedono abilità complesse. La campagna di visibilità vuol spiegare appunto questo.
Ancora adesso il lavoro dell'infermiere è rappresentato in termini quasi sacrali, di lavoratori e lavoratrici devote , altruiste, che operano in anonima abnegazione, per puro senso del dovere. Nelle sue origini la professione infermieristica aveva connotazioni religiose, molti infermieri appartenevano ad ordini religiosi dove l'individualità era sacrificata all'obbedienza e ciò perché anticamente le infermiere non dovevano reclamare riconoscimenti per il loro lavoro e risultati, ma dovevano quasi vedersi come strumenti della volontà divina spesso interpretata da vescovi, abati, madri superiori: dovevano far molto e dir poco, perché parlare delle buone azioni fatte era peccato d'orgoglio, ma potevano accettare complimenti per le loro angeliche virtù.
Questa visione religiosa fu adottata da riformatori quali Florence Nightingale, che organizzò il lavoro delle infermiere in termini quasi monastici, tanto che le infermiere, in Inghilterra, venivano chiamate "sorelle", il loro matrimonio veniva scoraggiato, mentre veniva incoraggiato il sacrificio di sé, da cui derivava una sorta di superiorità morale. Tutto poi si complicò quando i medici, nell'800, cominciarono a stabilirsi permanentemente negli ospedali, e si prepararono a dominarli e controllarli. Una infermiera esperta veniva tollerata dal medico solo se diventava la sua subordinata. L'enfasi sul ruolo di angeli guardiani faceva e purtroppo ancora fa passare in secondo piano la professionalità. Si crea un circolo vizioso per cui l'immagine dell'infermiere come virtuoso e angelicato assistente viene diffuso dagli stessi infermieri, recepito dal pubblico che si aspetta poi che gli infermieri si conformino a questo ideale. I media spesso rinforzano questo messaggio focalizzandosi sugli aspetti umanitari, per esempio, dell'assistenza infermieristica ai bimbi prematuri, riservando la menzione di conoscenze professionali ai medici.
Per ottenere maggiore visibilità per la vostra professionalità , delle vostre conoscenza tecniche, mediche e tecnologiche dovete parlarne con il pubblico e soprattutto con i pazienti.
Una cosa di cui penso vi occorra parlare è la vostra conoscenza di medicina e il fatto che partecipate al processo di cura , all' innovazione medica, alle diagnosi e ai trattamenti. Spesso, invece di descrivere il prendersi cura del paziente come un'abilità sembra quasi che gli infermieri banalizzino il loro prendersi cura adottando le auto definizioni sessiste che sono usate per denigrare e sentimentalizzare il loro lavoro. Vengono adottati luoghi comuni come "I dottori curano, gli infermieri si prendono cura", oppure, più ufficialmente,che gli infermieri rappresentano "la risposta umana alla malattia", come se i medici non fossero umani. Mentre scrivevo il mio libro " Supporto vitale, tre infermieri in prima linea", seguii tre infermiere in una reparto di Oncologia per tre anni. Vidi le infermiere somministrare la chemioterapia, assicurarsi che fosse efficace, trattare la nausea e il vomito dei pazienti, vigilare contro le infezioni, assicurarsi la sopravvivenza del paziente. Eppure le infermiere ripetevano che i medici curano e gli infermieri si prendono cura. Ma gli infermieri si prendevano cura e,anche, curavano, per l'80% del tempo. Gli infermieri permettevano ai medici di attribuirsi il merito del loro lavoro. Perché?
Quando gli infermieri raccontano le loro vicende devono essere chiari in merito a quello che fanno e al perché lo fanno. Durante i workshop chiedo agli infermieri di fare il seguente esercizio: descrivere una situazione in cui gli atti della routine quotidiana del loro lavoro migliora concretamente la situazione del paziente. Dico di usare un linguaggio chiaro comprensibile anche ai "non addetti ai lavori" e di non minimizzare il proprio lavoro usando termini come "fare piccole cose per il paziente" o che il loro lavoro comporta "piccole vittorie". Un'infermiera chirurgica riuscì a indurre a mangiare un paziente il quale dopo un'operazione si rifiutava di mangiare e rischiava di morire per malnutrizione: ci riuscì parlandogli e scoprendo quale cibo avrebbe potuto tollerare. Chiamava ciò una "piccola vittoria", ma salvare una vita è molto di

"Solo un infermiere"

di Suzanne Gordon

"Sono solo un infermiere", faccio solo la differenza fra la vita e la morte.

"Sono solo un infermiere", sono solo addestrato a prevenire errori medici, lesioni e altre catastrofi.

"Sono solo un infermiere", faccio solo la differenza fra la guarigione, l'adattamento o la disperazione.

"Sono solo un infermiere, sono solo un ricercatore infermieristico che aiuta gli infermieri e i medici a dare cure migliori, più sicure ed efficaci.

"Sono solo un infermiere", sono solo un professore d'infermieristica o un formatore che educa future generazioni di infermieri.

"Sono solo un infermiere", lavoro in un ospedale universitario dove dirigo e controllo pazienti coinvolti nelle più avanzate ricerche scientifiche.

"Sono solo un infermiere", educo solo i pazienti e i loro cari su come mantenere la propria salute.

"Sono solo un infermiere" faccio solo la differenza fra stare nella propria casa e finire all'ospizio.

"Sono solo un infermiere", faccio solo la differenza fra morire fra terribili sofferenze e morire con dignità.

"Sono solo un infermiere", sono solo essenziale per la "prima linea" nell'assistenza ai pazienti.

Non vorresti essere anche tu "solo un infermiere"?

più che una piccola vittoria. Io poi chiedo loro di integrare, quando possibile, fatti e statistiche nelle loro storie,senza contrapporre i ruoli medico e tecnico e il ruolo assistenziale ed educativo, ma combinandoli. Una infermiera oncologica scrisse che "La gente pensa che la parte più importante del mio lavoro sia inserire una agocannula, collegare un catetere, somministrare medicine anti nausea o infondere la chemioterapia. No, la parte del mio lavoro che è di maggiore impatto è educare il paziente a prendersi cura di se stesso in modo sicuro ed efficiente a casa propria".

Ma in realtà la parte medica e tecnica è essenziale, se non viene fatta in modo corretto il paziente potrebbe anche morire, e non ci sarebbe nessuno da "educare". Meglio sarebbe descrivere accuratamente le fasi "tecniche" della terapia, mettendo in luce ogni aspetto del lavoro dell'infermiere. In Italia una bravissima infermiera di neurochirurgia mi spiegò l'importanza di applicare correttamente i lacci emostatici posti ai pazienti dopo le operazioni per evitare coaguli: disse che, se i lacci sono troppo stretti, possono causare quello che cercano di impedire, e che non sempre i medici lo sapevano. Così le infermiere adottarono uno specifico protocollo operativo. Ci sono,quindi, aspetti dell'assistenza che sono specifico dominio degli infermieri.

E' proprio perché l'A.I. implica un ragionamento pratico professionale e non solo i sentimenti, che gli infermieri sono nella posizione di salvare vite. Se un politico suggerisse che è sicuro movimentare i pazienti meno frequentemente in modo che si assumono meno infermieri si può dire che, sì, è economicamente sensato risparmiare migliaia di Euro sul salario, ma se per risparmiare 50.000 Euro con una infermiera in meno i pazienti non sarebbero movimentati, potrebbe sviluppare patologie da decubito che per curarle costerebbero 70.000 Euro, oppure potrebbero sviluppare una polmonite che richiede un ricovero di dieci giorni in terapia intensiva, o un embolo che richiede cure che triplicano i costi di degenza. per non parlare poi, del dolore e della sofferenza evitabili causati ai pazienti.

Io penso sia anche importante parlare ai pazienti delle necessità economiche che comporta il lavoro degli infermieri, e del perché sono necessarie risorse materiali e finanziarie. "Non è per il denaro, si dice". Io penso che la crisi dell'assistenza infermieristica sia soprattutto finanziaria, quando gli infermieri non vengono pagati in proporzione all'importanza del loro lavoro, quando mancano le risorse per permettere agli infermieri di fare bene il loro lavoro, quando non vengono allocate risorse per la loro formazione e aggiornamento, oppure quando viene chiesto agli infermieri di fare straordinari non pagati perché manca il tempo . Occorre allocare abbastanza denaro per dare agli infermieri l'equipaggiamento di cui hanno bisogno per assistere i pazienti. Come esemplificato più sopra, "risparmiare" sull'assistenza infermieristica significa perdere denaro, concretizzandosi nel "risparmio" più anti-economico possibile.

Gli infermieri devono spiegare queste cose ai pazienti, agli amministratori e alla comunità pubblica. Inoltre devono citare statistiche, evidenziare, dati alla mano, che è più economicamente produttiva una adeguata assistenza infermieristica che una politica fatta solo di tagli.

Occorre infine mettere in chiaro che il lavoro in un ospedale è SOSTANZIALMENTE DIFFERENTE dal lavoro in una qualsiasi altra azienda non sanitaria. Gli infermieri sono in costante contatto con pazienti sofferenti, depressi, magari anche violenti. La sofferenza e spesso anche la morte sono uno spettacolo quotidiano, ciò rende il lavoro dell'infermiere emotivamente stressante, psicologicamente logorante, fisicamente duro, anche nelle migliori circostanze, quando cioè lo stipendio è adeguato, i rapporti con medici e amministratori sono buoni e collaborativi.

E' per questo che il sociologo Daniel Chambliss nel suo libro "Oltre la Cura" ci ricorda come sia sbagliato paragonare l'Ospedale a una qualsiasi altra Azienda che produce beni e servizi: "Gli ospedali sono drammaticamente differenti da altre organizzazioni; negli ospedali la gente soffre e muore, e gli operatori sono continuamente a contatto con questa realtà. Questa è una differenza cruciale. Non ci si deve attaccare agli aspetti che un ospedale può avere in comune con altre organizzazioni .Il lavoro di un infermiere non è comparabile con il lavoro di un uomo d'affari o di un burocrate".

La combinazione di pazienti difficili, turni di lavoro logoranti e pesante lavoro fisico comporta specifici bisogni degli infermieri. Devono avere sufficiente salario e benefici; devono sentire che il loro lavoro è rispettato, devono lavorare in buone condizioni di lavoro, e , forse la cosa più importante, devono poter sentire che sono importanti per i pazienti per cui sacrificano tanta parte delle loro vite. Purtroppo gli amministratori e i burocrati delle compagnie assicurative trattano l'ospedale come una qualsiasi organizzazione, col risultato di rendere la professione infermieristica sempre meno appetibile, con sempre meno benefit e paghe inadeguate. Così sempre meno persone vogliono lavorare come infermieri alle attuali condizioni e con l'attuale salario, con aumento del carico di lavoro, che provoca un'ulteriore carenza di infermieri mentre la popolazione invecchia ed è affetta da malattie croniche, con X persone in meno su cui i datori di lavoro e la società possono contare.

E' per questo che è importante che il pubblico conosca la natura e l'essenzialità del lavoro infermieristico, perché tutti, un giorno, potremmo aver bisogno di infermieri, e una buona assistenza infermieristica è nell' interesse di tutti. Occorre sottolineare la connessione fra buona assistenza infermieristica e la sopravvivenza stessa di chi la pratica.

Dobbiamo capire che quando siamo malati, vogliamo l'assistenza infermieristica migliore. Vogliamo che gli infermieri sappiano lavorare coi medici sfidandoli collegialmente se necessario. Vogliamo che gli ospedali diano agli infermieri una paga migliore, più voce in capitolo, più autorità, carichi di lavoro meglio distribuiti. Vogliamo che i media scrivano su quello che fanno, non sul perché non lo fanno più. E vogliamo che gli infermieri siano incoraggiati a far sentire la propria voce e a resistere alle divisioni intraprofessionali e interprofessionali.

Il lavoro dell'infermiere è un lavoro altamente professionale dove si usa il cervello,non il cuore, anche nelle situazioni più emotivamente coinvolgenti. Gli infermieri devono aiutare il pubblico a capire il loro lavoro, aiutare il pubblico a rendersi conto non della loro virtù e gentilezza, ma della loro professionalità, conoscenza e abilità. Devono rifiutare l'idea di essere "Solo infermieri".

L'assistenza infermieristica necessaria

di Suzanne Gordon a School of Nursing, University of Maryland, Baltimore, Maryland, USA

Invited Commentary pubblicato nel 2000 su Nursing Inquiry, 7(4): 217-219
Traduzione e note di Cecilia Sironi

Diverse settimane fa stavo passeggiando davanti ad una libreria di Boulevard St German quando un libro per bambini, con in copertina il disegno di un'infermiera che fasciava il dito ad un bambino, catturò la mia attenzione. Il libro esposto nella vetrina della libreria era intitolato Je sais qui me soigne (So chi si prende cura di me) e fa parte di una serie volta all'"educazione civica" dei bambini dai nove ai 13 anni.

Il testo inizia con un caso tipico. Julien ha la febbre alta e inizia a vomitare; si reca quindi dal dottore. Il libro prosegue definendo cosa sono la malattia e l'assistenza, illustrando lo scopo del servizio sanitario e assistenziale. Per tutto il libro i medici – sempre presenti e indicati con il loro cognome e titolo, come ad esempio Dr Chevalier – sono in primo piano. Il libro dedica un certo numero di pagine per descrivere la preparazione e le conoscenze dei medici. Gli infermieri - identificati utilizzando solo il nome, come ad esempio Gaston o Lucille - sono definiti con un linguaggio negativo o indiretto. "Chi è l'infermiere?" chiede il testo.

"L'infermiere", risponde, "non è il medico". L'infermiere è, infatti, qualcuno "i cui studi le/gli forniscono delle conoscenze sufficienti per eseguire e applicare le decisioni prese dal medico o dal chirurgo" (confrontate questo con la descrizione di un fisioterapista, che è "qualcuno che ha studiato per lungo tempo e possiede una gran quantità di conoscenze sul corpo umano").

L'infermiere non è neppure posto direttamente in relazione con il paziente che assiste. Sotto tutti i punti di vista, la relazione infermiere-paziente è fermamente mediata dal medico (Il fisioterapista aiuta invece direttamente il paziente, in una relazione non mediata dal medico). Quello che questo breve testo illustra non è semplicemente un fenomeno francese. E'l'inesorabile mondiale relazione tra assistenza sanitaria e "assistenza medica necessaria1" e l'esclusione dai sistemi sanitario-assistenziali e dall'immaginazione pubblica del concetto di "assistenza infermieristica necessaria"2.

Il concetto di assistenza o servizi medici necessari è diventato critico in tutte le discussioni di assistenza sanitaria nella maggior parte dei Paesi industrializzati. Negli Stati Uniti e in Canada il termine è utilizzato per identificare quali servizi sanitari debbano essere coperti dai programmi statunitensi Medicare e Medicaid e dal sistema di assistenza medica canadese. Per esempio, il Canada Health Act, approvato nel 1984, stabilisce che il sistema di assistenza medica copra i "servizi ospedalieri medici necessari", i "servizi erogati dai medici ritenuti necessari dal punto di vista medico" e i "servizi di chirurgia odontoiatrica ritenuti necessari dal punto di vista medico o dentistico e che richiedono l'ospedalizzazione per un'adeguata effettuazione". Sebbene ci sia stato un dibattito costante su che cosa precisamente costituisca "assistenza medica necessaria", gli schemi statunitensi di Medicare e Medicaid nonché le assicurazioni private si suppone coprano quello che si ritiene "necessario dal punto di vista medico"3.

Sebbene il concetto di assistenza e servizi medici necessari sia stato sviluppato per strutturare e contenere i servizi, esso ha trasformato il crescente controllo de facto dell'assistenza sanitaria da parte della medicina in controllo de jure. Nonostante tutto sono solo i medici a determinare che cosa sia necessario dal punto di vista medico, anche quando i servizi sono erogati da clinici o altri professionisti sanitari e assistenziali che non sono medici.

Nonostante i recenti freni posti all'autonomia dei medici e alle consulenze specialistiche, la maggior parte della gente – perfino nelle condizioni degradate della managed care4 degli Stati Uniti – ritiene che l'essenza del sistema sanitario assistenziale sia proprio "l'assistenza medica necessaria". Quando paga le tasse o i premi assicurativi, gran parte della gente sente che ha diritto a servizi forniti e controllati da medici.

Il pubblico inoltre capisce che, per ricevere assistenza medica necessaria di elevata qualità, devono essere garantiti certi requisiti. Innanzitutto capisce che i medici sono formati e non nascono tali e che la medicina ha prodotto un notevole corpo di conoscenze che ha portato grandi benefici all'umanità. Le persone danno quindi per scontato che i medici che le curano abbiano ricevuto una formazione medica standardizzata, siano abilitati dallo Stato nel quale esercitano e siano in possesso di una certificazione per la loro specializzazione. La maggior parte della gente riconosce anche che i medici devono costantemente formarsi per tutta la loro carriera, leggendo pubblicazioni ampiamente annunciate al mondo esterno e mediante convegni, seminari e incontri di lavoro che consentono loro di mantenersi aggiornati. Ancora, sebbene il loro controllo sia ora contestato in modo crescente, è la loro conoscenza e formazione che dà ai medici il diritto di controllare la pratica di altri operatori e clinici addetti all'assistenza sanitaria.

Mentre esistono variazioni all'interno di differenti Paesi, spendere per la formazione, le attrezzature, la ricerca e gli stipendi dei medici, è ampiamente ritenuto come il prezzo che dobbiamo pagare per attrarre i migliori talenti e fornire loro i migliori strumenti possibili. Né chi prende le decisioni politiche nell'ambito dell'assistenza sanitaria, né i pazienti, vedono ancora i medici come parti interscambiabili di un sistema a catena di montaggio (sebbene alcune organizzazioni sanitarie che impiegano la managed care stiano andando verso questa direzione). I medici sono così importanti da essere oggetto di copertura mediatica per ciò che riguarda l'assistenza sanitaria, che sottolinea le loro realizzazioni tanto quanto le loro inadeguatezze. Come per la promessa matrimoniale, il nostro contratto sociale con la medicina vale nella salute e nella malattia e dura "finché morte non ci separi".

Anche se questo contratto può essere debole, è in ogni caso utilizzato per standardizzare gli ideali di che cosa costituisca assistenza sanitaria d'elevata qualità, cosa dei buoni risultati d'assistenza sanitaria e cosa siano delle strategie appropriate per il contenimento dei costi. Ma fa molto altro ancora. Esso contiene – in tutti i sensi possibili del termine – l'assistenza e i servizi necessari forniti dagli infermieri e da altro personale che eroga assistenza infermieristica durante i periodi di malattia e dipendenza delle persone. Esso rende "l'assistenza infermieristica necessaria" invisibile e impedisce al pubblico di creare un contratto sociale con l'assistenza infermieristica e la professione infermieristica che sia analogo a quello che ha creato con la medicina e i medici.

Considerate brevemente come la maggior parte della gente vede l'assistenza infermieristica. Quando le persone sono ricoverate in ospedale si suppone che gli infermieri siano una presenza che si prende cura di loro senza comprendere che cosa gli infermieri faranno per loro. Il pubblico non capisce il processo formativo necessario per produrre il tipo di infermiere esperto che si attendono o che sperano risponderà al campanello di chiamata. Né comprendono il tipo di conoscenze e abilità scientifiche, emotive e sociali alle quali gli infermieri ricorrono per adempiere il loro mandato di assistenza ai malati. La maggior parte delle persone – e questo include purtroppo troppi infermieri – crede che infermieri si nasca non che si divenga tali attraverso una specifica formazione.

La maggior parte dei pazienti non riesce a capire le risorse e strutture sociali e organizzative che devono essere messe a disposizione affinché dei bravi infermieri possano fornire della buona assistenza infermieristica. Tragicamente, sembra che numerosi amministratori e chi prende le decisioni ad alto livello non colgano ciò che Linda Aiken e i suoi colleghi, così come Patricia Benner e altri hanno documentato in modo così convincente – che l'assistenza infermieristica erogata da infermieri esperti è un intervento organizzativo e sociale che non dipende solo da attributi personali, ma da caratteristiche istituzionali e da formazione e abilità complessi.

3

L'infermiera storica Joan Lynaugh ha osservato: "Sappiamo che, quando siamo malati, non possiamo entrare in ospedale senza un medico. Ma siamo ancora sorpresi nello scoprire che i pazienti non possono uscire dall'ospedale, in alcuna condizione migliore di quando sono entrati, senza un infermiere"5.

Siamo ugualmente sorpresi di venire a sapere che le infermiere sono formate, non nascono tali, che la loro pratica è sostenuta dalla ricerca e non dall'intuito femminile, che non sono rotelle intercambiabili nell'ingranag-

gio dell'assistenza sanitaria (un'infermiera oncologica non è uguale ad un'infermiera pediatrica) e che non lavorano solo per amore, ma per guadagnarsi uno stipendio.
Come Julian Tudor-Hart ha sottolineato in un saggio dal titolo Caring effects, troppe persone credono che sarà fornita assistenza alle persone malate e dipendenti al di là di quanta poca attenzione sia posta agli investimenti sistemici che sottendono quell'assistenza.
E' sempre più chiaro che questo calcolo assistenziale è estremamente difettoso e rende difficile, se non talvolta impossibile, alle società fornire il tipo di erogazione qualificata dell'assistenza di cui le persone malate e dipendenti hanno bisogno. Assicurare il necessario rispetto, riconoscimento, risorse e ricompense per attrarre e trattenere personale assistenziale qualificato esige che sia introdotto nella società il concetto di "assistenza infermieristica necessaria". La necessità di introdurre questo concetto diventa ancora più acuta perché le donne hanno oggigiorno un maggior numero di possibilità di scelta di carriera e i servizi di assistenza sanitaria - sia sotto la tutela di assicurazioni private che della burocrazia statale – stanno diventando regolati dall'imperativo del contenimento/riduzione dei costi. In tutto il mondo le "riforme" dei servizi sanitari si stanno attuando alle spese dell'assistenza infermieristica necessaria. Ma le conseguenze di questi interventi possono passare inosservate fino a quando sarà troppo tardi – se mai ci si accorgerà – in gran parte perché il contenuto e gli investimenti richiesti per l'assistenza infermieristica necessaria sono così poco capiti.
E' tempo che le nostre società comprendano che il servizio sanitario assistenziale e le persone che serve, hanno bisogno dell'assistenza infermieristica necessaria tanto quanto hanno bisogno dell'assistenza medica necessaria. Come per il concetto di assistenza medica necessaria, il concetto di assistenza infermieristica necessaria coinvolgerà diverse componenti. Se le nostre società elaboreranno il concetto di assistenza infermieristica necessaria, la formazione e lo spiegamento di infermieri e l'organizzazione dell'assistenza infermieristica negli ospedali e altre istituzioni sanitarie così come anche al domicilio e nella comunità non saranno visti come meno importanti per i risultati sui pazienti del ruolo della medicina per la diagnosi e il trattamento. Si capirebbero di più i pericoli legati alle degenze ospedaliere ridotte in modo drastico così come quelli connessi all'insufficiente assistenza infermieristica in altri contesti.
Le assicurazioni per la salute coprirebbero l'assistenza infermieristica necessaria. Tuttavia, invece di mettere i medici come responsabili nel determinare il contenuto e la durata di questi benefici, sarebbero gli infermieri abilitati e altro personale infermieristico a determinare, sotto la supervisione pubblica e i suggerimenti dei pazienti, il tipo di assistenza infermieristica necessaria così come la durata appropriata di questi servizi. I media, la comunità politica e i responsabili delle linee di indirizzo capirebbero l'abilità e complessità dell'assistenza infermieristica necessaria e analizzerebbero, investigherebbero, discuterebbero e sottolineerebbero le problematiche, le realizzazioni e le innovazioni rilevanti nel campo tramite servizi nei media, studi scientifici e commissioni e relazioni di indirizzo politico. Ci sarebbe anche un maggiore rispetto e comprensione del ruolo degli infermieri non abilitati6, dei caregiver e dei familiari che assistono i propri cari nel garantire l'assistenza infermieristica necessaria. Si otterrebbero anche una retribuzione e un trattamento migliori, un maggior riconoscimento sociale e rispetto per gli infermieri, gli altri operatori sanitari e i caregiver presenti nelle famiglie.
Il nostro contratto con tutti quei caregiver che forniscono assistenza infermieristica necessaria dovrebbe essere, in effetti, che noi dobbiamo prenderci cura di loro se vogliamo che loro si prendano cura di noi.
4
Ma se deve essere stipulato questo contratto, gli infermieri e gli altri caregiver devono rendere visibili le componenti dell'assistenza infermieristica necessaria ad un pubblico più ampio. Nel nostro libro From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public
(Buresh, Gordon 2000), Bernice Buresh ed io descriviamo le strategie che gli infermieri possono utilizzare per far conoscere il loro lavoro. I medici sono stati capaci di raccogliere le risorse e il riconoscimento essenziali per sviluppare l'apprezzamento da parte del pubblico nei confronti delle componenti dell'assistenza medica necessaria, e questo attraverso una varietà di meccanismi. Ma la visibilità pubblica – la volontà dei medici di parlare e descrivere il loro lavoro all'esterno della professione – è stata ed è tuttora critica. La gente non difenderà né promuoverà mai l'assistenza qualificata fino a quando gli infermieri non spiegheranno cosa significa pensare come pensa un infermiere, agire come agisce un infermiere, assistere un malato come lo sa assistere un infermiere. La gente non crescerà mai i suoi figli con un modo diverso di vedere chi si prende cura dei malati se gli infermieri non tradurranno i loro personali ardenti desideri in azione pubblica.
L'assistenza infermieristica necessaria verrà capita quando chi si prende cura delle persone aiuterà il pubblico a capire che l'assistenza infermieristica è più del cuore dell'assistenza sanitaria – è parte della complessa mente che controlla come i pazienti – e lo stesso servizio sanitario – funzionano, sopravvivono e prosperano.

1) La frase è "medically necessary care" contrapposta a "necessary nursing care". Si sceglie di tradurre il primo concetto con "assistenza medica necessaria" lasciandolo a volte tra virgolette così come l'altro, argomentato nell'articolo, di "assistenza infermieristica necessaria" (N.d.T.).
2) Il corsivo è riportato come nell'originale (N.d.T.).
3) L'originale è "medically necessary" (N.d.T.).
4) Si preferisce lasciare in lingua originale in quanto è un concetto complesso relativo all'evoluzione o "ristrutturazione" del sistema sanitario statunitense ben descritto nella letteratura specialistica e dalla stessa Gordon, specie in Nursing against the odds (2006) e in Safety in numbers (2008).
5) Corsivo presente nell'originale qui e al termine della pagina (N.d.T.).
6) In gran parte dei Paesi del mondo (qui l'Autrice fa ovviamente riferimento agli Stati Uniti) esiste, oltre al personale infermieristico abilitato (in Italia laureato) e al personale di supporto (in Italia operatori socio-sanitari, OSS), una figura infermieristica intermedia o infermiere pratico (che potrebbe corrispondere alla figura dell'infermiere generico, formato in Italia fino al 1980) (N.d.T.).

Citazione bibliografica dell'autrice
Buresh Bernice, Suzanne Gordon. 2000. From silence to voice: What nurses know and must communicate to the public (Dal silenzio a far sentire la propria voce: che cosa gli infermieri sanno e devono comunicare al pubblico) Ottawa: Canadian Nurses Association.
Citazioni bibliografiche della traduttrice/curatrice
Gordon S. (2006) Nursing against the odds. Ithaca, New York: ILR Press.
Gordon S., Buchanan J., Bretherton T. (2008) Safety in numbers. Ithaca, New York: ILR Press.
Per la corrispondenza: Ms Suzanne Gordon, 11 Ely Road, Arlington, Massachusets 02174, USA.

L'essenza dell'assistenza infermieristica: conoscenze e abilità

di Sioban Nelson* e Suzanne Gordon**

1
Traduzione dell'Editoriale pubblicato nel 2009 su Nursing Inquiry, 16(1): 1-2
Traduzione e note di Cecilia Sironi
** University of Toronto, Ontario, Canada*
*** School of Nursing, University of Maryland, Baltimore, Maryland, USA*

Nel 2005, quando uscì il nostro libro La complessità dell'assistenza: riconsideriamo la professione infermieristica (Nelson e Gordon; pubblicato da Cornell University Press) eravamo piuttosto ansiose per le reazioni che avrebbe potuto suscitare. Il libro aveva puntato tutto su un certo numero di principi considerati indiscutibili in ambito infermieristico. Mettevamo in discussione la cultura convenzionale sulla separazione mente-corpo presente nell'assistenza infermieristica,sostenendo che l'interesse della professione infermieristica per l'olismo aveva paradossalmente escluso l'aspetto corporeo (Gordon). Eravamo critiche nei confronti dell'accettazione generalizzata del percorso da principiante ad esperto rispetto al livello di expertise espresso da un professionista (Nelson), mettendo in discussione che l'ottica idealistica con la quale era identificato l'esperto (che comprende il dominio dell'etica) finiva per ridurre le conquiste e le competenze della maggior parte
degli infermieri (imperfetti) a livello di inesperti. Tom Keighley aveva rilevato che l'insistenza degli infermieri sulla prevenzione e l'educazione alla salute aveva, in effetti, portato ad una mancanza di interesse da parte della professione nell'assistenza ai malati acuti, facendo in modo che gli infermieri abbandonassero gli elementi costitutivi centrali dell'assistenza infermieristica e lasciando l'assistenza ai malati nelle mani di personale meno preparato e più economico1. Due capitoli (Aranda e Brown; Heartfield) fornivano dati convincenti a dimostrazione del ruolo giocato dagli infermieri nella gestione delle aspettative dei pazienti nel corso dell'attuazione di nuovi sistemi assistenziali focalizzati sul taglio della spesa e la riduzione dei servizi stessi. Infine, nel capitolo scritto da noi, avevamo criticato il pensiero dominante sull'assistenza (caring) che permea ogni aspetto della professione, dai piani di studio dei corsi di laurea all'abilitazione all'esercizio della professione, dall'accreditamento dei servizi alle associazioni professionali e alle organiz-zazioni di ricerca. Avevamo discusso sul fatto che, giocare la carta della virtù invece di quella della
conoscenza, aveva impedito che la professione infermieristica fosse vista come un'occupazione che richiede conoscenze e formazione, rendendola vulnerabile ai tagli e ai continui piani di ristrutturazione. Come indica il sottotitolo del libro, il nostro scopo era di stimolare una riconsiderazione critica della professione infermieristica. Questa riconsiderazione è necessaria, sostenevamo, per assicurare in futuro una professione saldamente ancorata alla pratica.
Fummo molto contente dell'accoglienza estremamente positiva del libro. Le recensioni furono complimentose, le vendite buone e furono assegnati dei premi. Aspetto ancora più rilevante è che entrambe ricevemmo numerosissime e-mail da infermieri che si erano finora sentiti fuori dal coro rispetto al tono di auto congratulazione presente in gran parte delle discussioni inter-professionali e avevano accolto con piacere le prospettive critiche e la minor reverenza nei confronti della loro professione. Tanto studenti quanto infermieri di assistenza infermieristica avanzata ci scrissero esprimendo sollievo per il fatto che il loro interesse nella scienza e nel corpo, la loro gioia e competenza nell'esprimere gli aspetti tecnici della pratica professionale fossero finalmente visti come attività che valeva la pena realizzare e non come "segreti piccoli e sporchi" di cui quasi vergognarsi. Alcuni ci scrissero sorpresi del fatto che non avevano mai pensato che la dominanza dell'assistenza sanitaria di base (primary health-care) e dell'ottica della promozione della salute 2 potessero essere tutt'altro che positivi, ma che ora potevano vederne alcune involontarie conseguenze ed erano grati per l'intuizione.
Ma è stato un altro filone di risposte a stimolare quest'articolo. Per alcuni il libro e la sua tesi, con la sfida all'unico e totalizzante discorso professionale sull'assistenza, era stato un affronto ai valori centrali della professione. Nelle e-mail e nelle domande e risposte che hanno seguito le presentazioni del libro, gli infermieri hanno espresso preoccupazione all'idea che la professione infermieristica non dovesse essere necessariamente intesa come una pratica morale (né più né meno di altre professioni, come l'insegnante o il medico), o l'idea che gli infermieri non avessero il monopolio dell'assistenza e che alcuni dei nostri colleghi fossero altrettanto focalizzati sui bisogni corporali o persino emotivi delle persone. In effetti, gli infermieri sembravano disturbati dall'idea che l'assistenza olistica non fosse esclusivo dominio della professione infermieristica. Ci ha molto colpito il reale disagio degli infermieri ad intervenire sul dibattito attorno all'assistenza infer-mieristica come pratica morale e a discutere del peso della storia che l'ha per molto tempo intesa come lavoro virtuoso svolto dalle donne. Molti di quelli che si preoccupano della nostra indagine sul "copione virtuoso" (virtue script3) nella professione infermieristica interpretano la nostra critica come un accanito assalto all'assistenza. Sembrano credere che noi siamo contro l'assistenza (anti-caring), non diamo valore all'assistenza o al contenuto psico-sociale del lavoro degli infermieri e stiamo così buttando via il proverbiale bambino insieme all'acqua sporca.
Siamo stupite da quest'interpretazione perché abbiamo fatto veramente di tutto per esprimere chiaramente e costantemente il nostro rispetto per questa particolare componente del lavoro infermieristico. Anzi, la nostra critica al virtue script si basa sulla convinzione che l'attuale discorso sull'assistenza nell'ambito della professione infermieristica di fatto porti a sottovalutare il lavoro assistenziale degli infermieri. Invece di spiegare l'assistenza come lavoro intellettuale, questa è spesso resa sentimentale, facendola diventare qualcosa che le donne buone fanno in quanto donne e che alcuni uomini attuano perché non sono dei tipici uomini. Dobbiamo costantemente reiterare che diamo un valore all'assistenza proprio perché essa è fondata sulle conoscenze. Come Suzanne sostiene - non essendo un'infermiera e pur ritenendosi una persona capace di assistere -, lei ucciderebbe dei pazienti in pochi minuti con la sua "assistenza" perché non è un caregiver competente come invece lo sono gli infermieri.
Soppesando le risposte alla nostra critica ci siamo domandate perché alcune persone abbiano mal interpretato il suo messaggio centrale.
Come discusso nel libro, riconosciamo che una delle ragioni per cui il "copione virtuoso" è così efficace origina dal fatto che la rappresentazione della professione infermieristica come lavoro morale – che è continuamente rinforzata dai media e dall'opinione pubblica - è uno dei pochi messaggi positivi che gli infermieri che lavorano in prima linea ricevono. Gli infermieri che esercitano in contesti stressanti e sempre sotto pressione, che si sentono privi di sostegno sia da parte dei propri dirigenti che dai datori di lavoro, gli infermieri che si assumono la responsabilità dell'assistenza infermieristica avanzata facendo esperienza dei conflitti dovuti ai confini di ruolo con medici e altri operatori sanitari, possono almeno contare sul fatto che il pubblico pensa che gli infermieri siano buoni e meritino fiducia. Quest'espressione di pubblica stima – pubblicata in numerosi sondaggi sulla professione infermieristica, che emerge sempre come una professione degna di fiducia – è stata qualcosa come un'ancora di salvezza per gli infermieri. Numerosi infermieri sono privati di quel genere di ricompense che le altre professioni ricevono e traggono quindi un giustificabile motivo di orgoglio nella differenza che infermieri abili e capaci di assistenza (caring) possono fare nella vita delle persone che assistono. Ma c'è un lato negativo di questa versione affettuosa dell'infermiere che alcuni infermieri trovano così critica per la loro identità professionale: minimizza le conoscenze e le abilità che gli infermieri portano al sistema sanitario e assistenziale. Se il pubblico non conosce che cosa fanno gli infermieri non può capire il contributo che un infermiere con formazione ed esperienza porta all'assistenza ai malati (insomma, siamo schietti: gli infermieri mantengono al sicuro i pazienti in uno degli ambienti più a rischio che essiabbiano mai incontrato - il servizio sanitario!), quindi il pubblico non protesterà per i tagli inesorabili 3 di posti di lavoro infermieristici che stanno mettendo in pericolo l'assistenza sanitaria, anche nel migliore dei periodi economici.
Se essere amati dal pubblico non ha fermato la perdita di posti di lavoro di infermieri in tempi buoni, come proteggerà questi posti di lavoro in tempi cattivi? Con la situazione economica che il mondo sta affrontando nel 2009, la professione infermieristica si trova ancora una volta ad essere un facile bersaglio quando si riducono i bilanci. Non è mai stato così importante per gli infermieri comunicare il messaggio pragmatico che infermieri ben preparati e con esperienza aggiungono un grande valore all'assistenza ai malati, facendo nel frattempo risparmiare. Quando i governi, gli ospedali o i servizi sanitari cercano di risparmiare soldi e proteggere la qualità dell'assistenza sanitaria, la professione infermieristica dovrebbe essere ampliata e non tagliata. Gli infermieri devono essere capaci di esporre il proprio caso in modo chiaro e non sentimentale.
Questo non significa che gli infermieri non devono avere un'attitudine all'aiuto (caring) nello svolgimento del loro lavoro, ma significa che l'importanza di un organico infermieristico adeguato composto di infermieri con formazione appropriata ed esperienza dovrebbe essere finanziato non perché gli infermieri sono buo-

ni e gentili, ma perché l'assistenza competente che offrono consente di risparmiare vite e soldi. L'argomentazione non dovrebbe essere sul carattere dell'infermiere (buono, gentile o altro), ma sulla qualità della loro pratica professionale (competente, basata su conoscenze, empatica). Ci preoccupa che alcuni infermieri considerino questo messaggio controverso o che ritengano che in qualche modo neghi il nucleo centrale ('core') dell'assistenza infermieristica.
Qual è il nucleo centrale dell'assistenza infermieristica che il pubblico deve apprezzare?
Noi riteniamo che la gente debba sapere l'estensione delle conoscenze scientifiche e mediche di cui gli infermieri hanno bisogno per esercitare la loro professione in sicurezza. Il pubblico deve apprezzare l'elevato sviluppo delle abilità di comunicazione interpersonale (che non sono presenti naturalmente, ma sono il risultato di autodisciplina e dominio di sé) che è richiesto dal doversi relazionare con persone in momenti della vita critici e impegnativi. La gente deve comprendere quali straordinarie abilità logistiche e gestionali sono necessarie per erogare assistenza infer-mieristica e coordinare e organizzare il lavoro di altri. Il pubblico deve sapere che gli infermieri sono professionisti abituati a svolgere alla perfezione diverse attività contemporaneamente – devono avere a che fare con persone nelle circostanze più sfidanti, prendere decisioni cliniche sulla base di dati complessi e devono capire la notevole complessità dei sistemi nei quali svolgono la loro pratica per assicurare che i loro assistiti siano gestiti in modo sicuro. Questo è ciò di cui gli infermieri dovrebbero parlare. Questo è ciò che nascondono le vecchie figure retoriche sugli angeli e i cuori.
Questa è una bella storia, una storia che gli infermieri hanno appena iniziato a raccontare.

1) Questa considerazione vale per la professione infermieristica americana. In Italia il numero di medici e la particolare declinazione data all'assistenza sanitaria eminentemente ospedaliera hanno condotto ad uno sviluppo della professione infermieristica ed anche delle altre professioni sanitarie alquanto differente. Resta, purtroppo, ugualmente vera la considerazione sull'attribuzione di attività infermieristiche a personale meno preparato (N.d.T.).
2) Vedi quanto già specificato nella nota precedente. In Italia la Primary Health Care, mai decollata e imparagonabile con quella di altri Paesi, è stata tradotta con "assistenza primaria" o "cure primarie" (e non assistenza sanitaria di base) e ridotta all'assistenza erogata dai medici di base (N.d.T.).
3) Si sono volutamente lasciati alcuni termini anche in lingua originale (N.d.T.).

*infermiere A.O. Lecco Consigliere IPASVI Sondrio

Un adeguato rapporto numerico infermieri-pazienti fa risparmiare denaro e vite

di Suzanne Gordon

1
The Boston Globe, mercoledì 9 luglio 2008
BOSTON.COM/OPINION
tradotto da Cecilia Sironi

Prima del termine della sua sessione di legislatura in luglio, il Senato del Massachusetts ha l'opportunità di tutelare tanto i pazienti ricoverati in ospedale quanto gli infermieri che li assistono, approvando il Decreto sulla sicurezza dei pazienti (Patient Safety Act) che è stato votato con una maggioranza schiacciante alla Camera un mese fa.
La legge sui rapporti numerici infermieri-pazienti chiede che il Dipartimento di salute pubblica ponga dei limiti da far valere sul numero di pazienti che è consentito assegnare a un infermiere abilitato, fornendo in questo modo protezione ai malati ricoverati in tutti gli ospedali per acuti. Mentre il Senato dibatte questo provvedimento, dovrebbe considerare gli effetti positivi che un rapporto infermieri-pazienti legalmente ingiunto ha avuto dove è stato già emanato – in California e Australia.
In California, dal 2005, a nessun infermiere che lavora in reparti chirurgici possono essere assegnati più di cinque malati per volta. In reparti equivalenti a Victoria – il secondo stato più vasto dell'Australia – il numero minimo di personale infermieristico ogni 20 pazienti è di 5 RN(infermieri abilitati), sostenuti da un infermiere responsabile1 che non ha assegnato alcun paziente ed è quindi libero di aiutare gli altri RN.
Sia in California che a Victoria, questi rapporti numerici di personale furono inizialmente introdotti perché l'eccessivo carico di lavoro degli infermieri abilitati stava mettendo a rischio sia gli infermieri che i malati, aumentando i costi dell'assistenza sanitaria in generale. Più di 60 studi hanno documentato che la scarsità di personale infermieristico negli ospedali porta ad un aumento della mortalità dei pazienti, a cui si aggiunge l'aumento di complicanze che possono essere prevenute come ad esempio polmoniti, infezioni delle vie urinarie e di cateteri, errori nella somministrazione della terapia. Uno studio del 2005 condotto da Michael B. Rothberg e pubblicato
sulla rivista Medical Care dà anche un prezzo a questi problemi, concludendo che un infermiere che avesse avuto tempo di prevenire un solo caso di polmonite avrebbe potuto "far risparmiare dai 22.390 dollari ai 28.505 dollari o dai 4.225 ai 5.279 dollari per giorno aggiuntivo di degenza ospedaliera". Quando gli infermieri prevengono un evento avverso causato da un farmaco, evitano che il paziente rimanga "altri 2.2 giorni di degenza ospedaliera al costo di 3.344 dollari". Inoltre, se la scarsità di personale porta al manifestarsi di complicanze post chirurgiche, la degenza ospedaliera può essere di 8.1 giorni più lunga della norma, aggiungendo circa 11.000 dollari alla spesa totale. Carichi di lavoro difficili da gestire hanno inoltre generato un esodo di infermieri verso altri ambiti o posti di lavoro che non richiedono l'assistenza diretta ai malati. Secondo un studio di L.J.
Hayes apparso nel Journal of International Nursing Studies, il turnover degli infermieri ospedalieri nel 2006 – fuori dalla California – andava dal 15 al 36% all'anno.
Uno studio dell'economista Joanne Spetz, appena pubblicato sulla rivista infermieristica Politics, Policy, & Nursing Practice, ha trovato che la regolamentazione del rapporto numerico infermieri-pazienti in California ha aumentato la soddisfazione degli infermieri abilitati e ridotto il loro turnover. Secondo Spetz gli infermieri sono più contenti del lavoro perché ora hanno più tempo per stare al letto dei malati – specialmente per attuare interventi educativi – e questo ha un impatto positivo sul turnover infermieristico e quindi sulla qualità dell'assistenza.
Dei ricercatori dell'università della Pennsylvania hanno confrontato gli infermieri della California con quelli di Pennsylvania e New Jersey – Stati nei quali non è stato fissato alcun numero minimo di infermieri per pazienti. Gli infermieri della California hanno riportato una maggior soddisfazione sul lavoro con conseguente minor presenza di burnout.
Chi è contrario a sostenere la necessità di fissare un minimo rapporto numerico infermieripazienti sostiene che questo danneggerebbe il funzionamento degli ospedali forzando i pronti soccorsi a chiudere perché non sono disponibili sufficienti infermieri abilitati per garantire il raggiungimento dei nuovi requisiti. L'industria ospedaliera in California cita simili terribili conseguenze nel suo tentativo di contrastare la piena applicazione della normativa sui rapporti numerici infermieri-pazienti. Tuttavia, nel 2005, la corte suprema dello Stato non ha trovato alcun dato a sostegno di questa tesi in quanto nessun ospedale o pronto soccorso è stato chiuso a causa della nuova normativa sul personale rispetto ai consueti motivi di chiusura (cattiva gestione, finanze precarie, consolidamento di diversi servizi limitrofi).
Alleggerire il carico di lavoro degli infermieri costituisce sia un incentivo per tornare a lavorare per gli infermieri che avevano lasciato la professione, sia un incentivo a rimanere per chi già lavora. Nello stato di Victoria il governo ha richiamato al lavoro più di 7.000 infermieri che erano inattivi. In California gli infermieri ospedalieri che hanno fatto esperienza dei nuovi standard dicono che questi rapporti numerici hanno avuto lo stesso positivo effetto. Numerosi fra quelli che hanno riferito di voler lasciare la professione ora dicono di voler restare.
Un'ulteriore assenza di intervento legislativo sulla sicurezza garantita da un adeguato numero di infermieri nel Massachusetts prolungherà solo un inaccettabile status quo che porterà gli infermieri ad abbandonare la professione, lasciando troppi malati negli ospedali insufficientemente tutelati. E' davvero il momento di agire subito se vogliamo avere un numero sufficiente di infermieri per assistere l'ondata di anziani nati nel periodo del baby boom che presto riempirà i nostri ospedali.
Suzanne Gordon è co-autrice di Safety in numbers: nurse-to-patient ratios and the future of health care (La sicurezza nei numeri: il rapporto numerico infermieri-pazienti e il futuro dell'assistenza sanitaria).
1 RN, Registered Nurse, infermieri abilitati all'esercizio della professione dopo un corso minimo triennale; si è tradotto "charge nurse" con infermiere responsabile. In Italia la figura che si avvicina di più a questa charge nurse è la cosiddetta "fuori turno" o "infermiera jolly", anche se non ha le stesse funzioni (N.d.T.).

INFERMIERI ALTERNATIVI...

Hotel Lario – un hotel creato per sentirsi come a casa propria

di Olga Cedro*

Durante la nostra gestione di R.s.a. si è sempre verificata la richiesta di inserimento di persone che, pur essendo autosufficienti, non volevano più restare negli ambienti domestici per problemi familiari o di solitudine.
Questa scelta risolveva si un problema, ma ne faceva emergere molti altri, come la convivenza nella stessa camera con persone non autosufficienti o con persone malate terminali.
Quindi alla luce di tutto questo, si è pensato di creare, un luogo rivolto ad anziani che esprimono bisogni sociosanitari, ma non ancora di entità tale da richiedere il ricovero definitivo in R.S.A. un luogo dove possano trovare tutto il sostegno necessario alla loro vita quotidiana con un continuo controllo medico e sanitario.
Un luogo dove sia bello vivere e che doni a loro la serenità necessaria per affrontare meglio la vita.
Si è valutato se nel territorio del Lago di Como ci fossero strutture adatte allo scopo e dopo numerosi mesi di ricerca si è arrivati alla scelta di un Hotel in Tremezzina e precisamente nel paese di Mezzegra.
Questo progetto ha permesso a noi Infermieri di rivalutare la nostra professione e inserire la nostra professionalità in ambienti differenti dai classici contesti.
La struttura attualmente adibita ad Hotel (★★★super.) è stata scelta per la sua posizione climatica ed ambientale e facilmente raggiungibile da Como.
L'idea è stata quella di farla diventare una struttura ricettiva turistica dedicata agli anziani e non, in grado di garantire un'assistenza completa, sia a livello abitativo che socio-assistenziale.
Un'oasi tranquilla sulle rive del lago di Como, luogo da secoli utilizzato per passeggiare, meditare e ritrovare le migliori condizioni di salute e di benessere psico-fisico.
La struttura offre un'incantevole vista sul lago di Como:

- 40 camere con balcone, completamente insonorizzate, dotate dei migliori conforts, servizi privati, asciugacapelli, telefono con linea esterna diretta, TV satellite, cassaforte, frigobar, aria condizionata
- oltre ad un bellissimo giardino dove rilassarsi, troverete un zona relax con piscina attrezzata ed organizzata per offrire una risposta adeguata alle diverse necessità degli Ospiti.
- grande parcheggio e garage privati sono a disposizione degli Ospiti e dei visitatori.
- Difficile annoiarsi. Animazione continua tutto l'anno. Gite in battello, visite guidate alle vicinissime ville storiche. Basti pensare che dalle camere dell'Hotel si vede la bellissima villa Balbianello e Villa Carlotta con il suo bellissimo giardino botanico è a soli 5 minuti di strada.
- quando il tempo è inclemente corsi di ballo, giochi di società, concerti musicali e spettacoli vengono organizzati per allietarVi le giornate.
- se volete relax un centro estetico a noi convenzionato sarà a vostra completa disposizione, con massaggi e trattamenti personalizzati oltre al mantenimento del vostro look quotidiano direttamente in Hotel nel nostro salone di bellezza

Perché sentirsi bene è vivere bene!
Inoltre nel nostro Ristorante vengono organizzate serate a tema con menu particolareggiati in base alle stagioni, banchetti, ricorrenze e festività oppure anche solo per una serata speciale e romantica…
Il nostro Staff è a disposizione per soddisfare ogni vostro desiderio e per i miracoli ci stiamo organizzando
Per qualsiasi informazione potete contattare direttamente in Hotel sito in Mezzegra in Via Statale n° 48 , telefono 0344 – 43.191 oppure potete contattare la Sig. Olga Cedro.

* *Infermiera Coordinatrice Consigliera Collegio IPASVI Sondrio*

Il ruolo del coordinatore infermieristico nella prevenzione e gestione del rischio di burn-out dell'operatore in ambito oncologico. Indagine conoscitiva in Regione Lombardia

di Timoteo Mazzoleni *

Riassunto

"Il burnout è una sindrome di esaurimento emozionale, di spersonalizzazione e di riduzione delle capacità personali che può presentarsi in soggetti che per professione "si occupano della gente". Si tratta di una reazione alla tensione emozionale cronica creata dal contatto continuo con altri esseri umani, in particolare quando essi hanno problemi o motivi di sofferenza"[1]. Tra i soggetti a rischio, quindi, risultano anche gli infermieri che operano in ambito oncologico.
Lo scopo dell'indagine è descrivere come i Coordinatori Infermieristici (CI) degli Hospice e delle Oncologie lombarde prevengono e gestiscono il rischio di burn-out negli operatori loro assegnati. Hanno partecipato 29 CI, tramite la compilazione di un questionario. L'83% dichiara che tra il personale coordinato ci sono soggetti a rischio. I sintomi più frequenti sono preoccupazioni e paure eccessive o immotivate e irritabilità. La prevenzione viene attuata con la comunicazione al neo-inserito dei rischi di stress emotivo in cui può incorrere, la motivazione e le riunioni periodiche di confronto, queste strategie risultano sicuramente efficaci nel 49% dei casi. Se il burn-out è conclamato vengono offerti sostegno psicologico e opportunità di trasferimento. Riguardo alla condivisione delle scelte diagnostico-terapiche - comunicative il 66% dei CI dichiara la presenza occasionale di conflitti tra infermieri e medici.

Introduzione

Il fattore caratteristico del burn-out è che lo stress sorge dalla interazione *sociale* tra l'ope-ratore e il destinatario dell'aiuto; tale sindrome coinvolge, infatti, quelle professioni nelle quali le responsabilità morali e il coinvolgimento emotivo sono elevatissimi, quali quella infermieristica, a maggior ragione se si presta servizio in ambito oncologico. Tra le cause og-gettive di burn-out elencate da Cooper riportate da Tinti, oltre a quelle relative all'utenza, ci sono quelle relazionali: quali conflitti tra operatori che lavorano nello stesso ambito, soprattutto se lo spirito d'equipe è scarso o addirittura inesistente. ll ruolo del CI è quello di far crescere il gruppo, il che implica assicurare le condizioni ottimali per il suo sviluppo. A tal fine egli deve stimolare opportunamente la comunicazione affinchè l'equipe arrivi ad avere una visione comune del problema da trattare e ciascuno abbia l'opportunità di contribuire a crearla. "Visione comune dei problemi" non significa, pertanto, somma di più punti di vista, ma integrazione di più prospettive; essa è il risultato cui tende il lavoro di più persone che vengono ascoltate, che possono e sanno confrontarsi con altri e modificare criticamente la propria posizione. Prendersi cura psicologicamente e fisicamente di un paziente affetto da tumore è un'operazione complessa, in cui operatore, paziente, e familiari sono coinvolti. Per tale motivo tutti gli operatori sanitari devono saper esprimere una competenza comunicativa che consenta loro di affrontare il rapporto con il paziente e i familiari, le modalità di integrazione comunicative con i colleghi, e l'elabora-zione delle proprie reazioni emotive e del proprio vissuto personale in presenza di situazioni patologiche contrassegnate da una forte prossimità con la morte.
Le evidenze disponibili sono utili al CI che opera in ambito oncologico per prevenire e gestire gli elevati livelli di stress, affinché questi non siano causa di burn-out. Lo scopo del presente articolo è mostrare la situazione in Lombardia, fotografata con l'indagine conoscitiva, ed essere stimolo di riflessione per i professionisti coinvolti.

Materiali e metodi

Il 3 settembre 2007 sono stati inviati per via telematica i questionari semi-strutturati a tutti 54 i CI delle Unità Operative (UO) di Oncologia Medica e Hospice lombarde, dopo aver preso accordi telefonici con gli stessi. Non sono state prese in considerazione U.O. prive di un coordinamento infermieristico, né quelle di recente avvio Lo strumento d'indagine era accompagnato da una lettera di presentazione in cui veniva garantito l'anonimato e l'impegno di un ritorno dei risultati ottenuti, su esplicita richiesta. Si comunicava, inoltre, che i dati sarebbero stati diffusi tramite discussione di Tesi di Master in "Management infermieristico per le funzioni di coordinamento", e che sarebbe stata proposta la pubblicazione di un articolo su una rivista nazionale di settore. Il termine ultimo per la restituzione dei questionari compilati è stata fissata al 21 settembre. Questi prevedevano percorsi diversi a seconda della propria realtà lavorativa, ed erano costituiti da 16 domande, di cui 15 chiuse e 1 aperta.
Le variabili riguardavano la scelta da parte del personale infermieristico di operare in ambito oncologico, presenza di soggetti a rischio burn-out, segni e sintomi rilevati, strategie di prevenzione e benefici conseguenti, gestione di casi di burn-out conclamato, presenza di riunioni d'equipe, con o senza supervisione di uno psicologo e periodicità delle stesse, univocità di comunicazione al paziente di diagnosi e prognosi da parte del personale medico e infermieristico, esistenza o meno di uno strumento che documenti il grado di consapevolezza della malattia da parte del paziente, confronto medico- infermiere riguardo procedure diagnostico-terapeutiche, possibilità di confronto tra le parti, casi di gestione di conflitti tra medici e infermieri da parte del Coordinatore, note annotazioni e commenti.
I dati raccolti sono stati inseriti in un foglio elettronico Excel, per permetterne l'analisi descrittiva.

Risultati

Hanno risposto al questionario 29 CI su 54 (pari al 53,7%).
Generalmente il personale opera in ambito oncologico per propria scelta: sempre nel 45% dei casi, a volte nel 52%, mai nel 3%. L'83% dei CI ritiene che all'interno del gruppo che coordina vi siano dei soggetti a rischio, il 14% lo esclude, mentre il 3% non sa. I segni e i sintomi più frequenti sono: preoccupazioni e/o paure eccessive o immotivate , irritabilità, senso di fallimento e/o frustrazione e reazioni violente verso i colleghi. Le strategie preventive maggiormente usate sono la comunicazione al neo-inserito dei rischi di stress emotivo in cui può incorrere, la motivazione, le riunioni periodiche di confronto, e la rilevazione precoce di segni e sintomi di stress. Il 49% dei CI ha avuto modo di verificare che grazie all'utilizzo di tecniche preventive il rischio burn-out negli operatori che coordina è diminuito, il 17% lo esclude, il 17% non sa, il 17% non risponde. I casi conclamati vengono gestiti con il sostegno psicologico, la supervisione e la proposta all'operatore in burn-out di cambiare UO.
Nel 69% delle equipe indagate sono previste riunioni periodiche, multidisciplinari, per discutere i casi assistenziali, con frequenza settimanale (76%), bisettimanale (8%), o mensile (4%); nel 21% delle UO queste non ci sono, il 10% non risponde. Nel 65% delle UO indagate è prevista la presenza di uno psicologico, la dove è assente (14%) (non risponde il 21%) ne è comunque ravvisata la necessità (80%).
Non esiste sempre una linea di condotta comune tra medici e infermieri per quanto riguarda l'opportunità di comunicare o meno al paziente la diagnosi e la prognosi reali: c'è sempre nel 59% delle UO, a volte nel 24%, mai nel 10%, non risponde il 7%. Nel 62% delle UO esiste uno strumento che consente al personale di verificare il grado di conoscenza della propria malattia da parte del paziente: nella documentazione infermieristica nel 21% dei casi, in quella medica nel 3%, in entrambe nel 38%. Tale strumento è invece assente nel 28% delle UO. Capita che le procedure diagnostiche e/o terapeutiche vengano messe in discussione dal personale infermieristico: spesso nel 14% delle UO, a volte nel 73%, mai nel 10%, non risponde il 3%. In tali situazioni vi è stata possibilità di confronto tra personale infermieristico e medico sempre nel 61% dell'equipe, a volte nel 31%, mai nell'8%. A volte (66%) ai CI è capitato di dover gestire dei conflitti di tale natura, spesso al 23% di essi, mai al 23%.

Discussione

Analizzando i risultati delle risposte ai questionari si evidenzia che la scelta di operare in un reparto a forte impatto emotivo come l'Hospice o l'Oncologia sia il più delle volte dettato dalla volontà della persona. Nonostante la motivazione iniziale permane il rischio di essere soggetti alla sindrome di burn-out. Questo conferma l'elevato livello di stress vissuto il tali Unità Operative, e come il problema nasca dall'ambiente più che dalla personalità dell'individuo.
I segni e sintomi di tale disagio rilevati dai Coordinatori Infermieristici mostrano come l'as-senteismo non sia quasi mai presente e tanto meno il coinvolgimento dell'utente, anche se a volte qualche operatore teme il relazionarsi con lui. Spiccano, invece, le preoccupazioni eccessive o immotivate, l'irritabilità, il senso di fallimento e la frustrazione. Ciò rende merito agli infermieri, che pur trovandosi in difficoltà non scappano dal loro lavoro, ma continuano a prestare servizio tutelando il più possibile gli utenti: le reazioni violente verso di loro toccano appena il 3%, ci si permette maggiormente uno sfogo verso i colleghi (15%), anche se questo dato risulta preoccupante in un ambito dove il lavoro d'equipe è fondamentale.
Alla relativa alle strategie adottate per prevenire la sindrome di burn-out, dai dati si evince quanto sia vario ed intenso lo sforzo del Coordinatore Infermieristico per limitare gli effetti del fenomeno, e quanto sia importante da parte sua mantenere un dialogo continuo a partire già dalle prime fasi dell'inserimento di ogni singolo operatore.
Ciò al fine di capire quali siano le principali fonti di disagio, analizzarle e discuterle con il resto dell'equipe.
Circa la metà degli intervistati ha avuto modo di verificare una diminuzione del livello di rischio burn-out grazie all'utilizzo di tecniche preventive, confermando la mia tesi iniziale: *il rischio di burn-out è inferiore nelle Unità Operative di Oncologia Medica ed Hospice in cui viene effettuata la prevenzione del caso*. Ben il 34% degli intervistati non sa dire con certezza se ci siano stati dei miglioramenti in merito, o non si esprime, a mio parere questo deriva dalla difficoltà di associare il risultato ottenuto all'intervento effettuato, anche perché i tempi possono essere differiti.
Nella gestione dei casi di burn-out conclamato la supervisione e il sostegno psicologico sono i sistemi più utilizzati. Un numero considerevole (circa il 30%) di Coordinatori, inoltre, consiglia agli operatori in burn-out conclamato il cambio di Unità Operativa. Solo nel 60% delle strutture i cui coordinatori hanno risposto al sondaggio sono previste delle riunioni periodiche multidisciplinari per la discussione dei casi e il confronto anche in merito alle emozioni che questi suscitano.
La letteratura di settore sottolinea l'importanza di tali occasioni di incontro e condivisione, non solo per scegliere insieme la giusta strategia di cura per il malato, ma anche per non far sentire solo l'operatore, che si trova costantemente ad affrontare situazioni emotive stressanti. Situazioni emotive che diventano logoranti qualora non vengano affrontate e superate insieme, anche con la presenza di uno psicologo, che quando non è previsto è comunque desiderato. La frequenza degli incontri è quasi sempre settimanale.
Un dato positivo è l'esistenza, nella quasi totalità dei casi, di una linea di condotta comune tra medici ed infermieri per quel che riguarda la comunicazione al paziente delle sue reali condizioni di salute. Anche se purtroppo questa condivisione è sporadica. Davvero preoccupante quel 10% dei casi in cui non vi è **mai** comunicazione univoca al paziente (verbale o non verbale).
Altrettanto preoccupante, e contrastante con la condotta comune precedentemente segnalata, il fatto che il grado di consapevolezza riguardo alla malattia da parte dell'ammalato non sempre risulta dalle documentazioni infermieristica e/o medica. Ciò sebbene la letteratura infermieristica indichi come una precisa registrazione dei dati sia strumento fondamentale per erogare un'assistenza rispondente ai bisogni e personalizzata. Si suppone questo sia causato dalla difficoltà estrema di gestire informazioni spiacevoli, spesso disperate.
Nelle ultime tre domande concernenti, le procedure diagnostiche e terapeutiche, i risultati confermano quanto queste in campo oncologico possano essere oggetto di discussione in termini di opportunità e di efficacia, e quanto queste discussioni coinvolgano il Coordinatore Infermieristico, spesso chiamato a ricoprire il ruolo di mediatore.
Tragico il caso in cui non ci sia possibilità di mediazione. L'8% dei CI che hanno avuto personale infermieristico che ha messo in discussione le procedure diagnostico/terapeutiche, afferma che non ci sia mai stata possibilità di confronto tra le parti. Il sottoscritto ritiene che non sia sbagliato scontrarsi, anzi ciò può essere positivo, purchè lo si faccia in sede appropriata e non al capezzale del malato, e dal confronto/scontro si giunga ad un punto di accordo e condivisione, in modo che ogni membro dell'equipe possa prendere parte con convinzione al progetto di cura e/o accompagnamento alla morte, così come indicato anche dal Codice deontologico dell'infermiere.

Conclusioni

Seppure i risultati dell'indagine conoscitiva effettuata non siano generalizzabili, a causa dell'esiguità del campione, appare evidente quanto sia intenso lo sforzo da parte dei CI lombardi per combattere l'insorgenza della sindrome di burn-out, ma appare altresì visibile la necessità di proseguire nel percorso per attuare al meglio ciò che è indicato dalla letteratura e dalla legislazione. Sarebbe utile un ampliamento del campione d'indagine per analizzare la situazione a livello nazionale e creare la necessità di nuovi approfondimenti e riflessioni. Potrebbe giovare, inoltre, la stesura di linee guida su questo tema.
È fondamentale la disponibilità di ogni operatore sanitario per il raggiungimento di una politica comune che garantisca al singolo un ambiente lavorativo adeguato e al malato la miglior assistenza possibile.

1) Maslach C. La sindrome del burnout. New York, 2^ edizione italiana Assisi: Cittadella Editrice 1997; 1982.

* *Infermiere presso SPDC Seriate*

GRAZIE MARCO

di Ercole Piani

A settembre, sul finire dell'estate, è morto Marco Schiantarelli. Se ne va così un'amico di Parliamone; dobbiamo a lui un bellissimo articolo che scrisse dopo un'intervista a Kristian Ghedina (di cui era preparatore atletico) sull'importanza dello sport per il benessere psico-fisico. Inoltre altre iniziative di formazione lo hanno visto con noi in convegni e dibattiti dove sempre chi lo ascoltava rimaneva affascinato dalle sue competenze e da quella sua caratteristica prorompente vitalità.
Ma di lui mi piace ricordare, tra i ricordi di un'amicizia che dura da tanti anni, una passeggiata in montagna nel mese di agosto dove mi raccontava della sua esperienza di ricovero, dell'assistenza medica e infermieristica che aveva ricevuto, dell'importanza di trovare professionisti preparati ma "dallo sguardo umano" cosa che aveva incontrato durante il ricovero all'ospedale di Sondalo.
Ha affrontato la malattia con tenacia e, pur conoscendone la gravità, durante quella passeggiata progettava ancora un futuro pieno di impegni così come sempre è stata la sua vita.
Tutti noi della Redazione e del Collegio siamo vicini a Mary che ha condiviso con Marco tanti anni di impegno nel volontariato a difesa dei più deboli.

Nuovi modelli assistenziali da integrare alle cure tradizionali di persone anziane con deficit cognitivo

di Daniela Ussia*

Introduzione

L'invecchiamento della popolazione ha implicato un profondo cambiamento nei bisogni assistenziali degli anziani anche a causa dell'aumento di soggetti con demenze. Nelle residenze per anziani si sono evidenziati problemi che richiedono cure più mirate, bisogni di sorveglianza e assistenza adeguata. Le persone affette da demenza, in particolare di tipo Alzheimer necessitano, sin dalle prime fasi della malattia, di un'assistenza personalizzata e continua. La cura della persona con demenza si svolge durante il progredire della malattia e abbisogna di risoluzioni via via più articolate; infatti, tale malattia è a tutt'oggi inguaribile e irreversibile e nel tempo provoca disabilità psichica e fisica, instabilità clinica con enorme sofferenza di malati e famigliari. L'obiettivo principale della cura diventa allora non più la guarigione ma lo sviluppo del benessere della persona e la limitazione dello stress del malato e di chi se ne occupa. Il benessere è inteso come miglior livello funzionale possibile, per quella persona, in assenza di segni di stress; Si tratta di supportare, cogliere e valorizzare le competenze residue, rispettando le preferenze e i desideri di ogni malato in modo continuato, logico e chiaro per tutti. L'efficacia dell'operatore è considerata dai risultati sui residenti più che dal tempo e il numero delle prestazioni erogate.

Motivazione personale

Sono infermiera da ventitre anni ed ho lavorato prevalentemente in settori acuti; durante la mia esperienza ho anche curato diverse persone anziane con varie disabilità, ciò mi ha reso consapevole di quanto sia complessa la loro condizione e quanto sia essenziale la collaborazione fra le figure professionali coinvolte in modo da dare risposte continue, globali e flessibili nel tempo. La presa a carico è importante quanto la cura e va progettata e realizzata da personale qualificato e sensibilizzato. Inoltre è indispensabile avere adeguati strumenti per realizzare questa situazione che consideri la globalità della condizione senza pregiudizi.

I pilastri su cui si basa un accompagnamento ideale sono per me: rispetto, autodeterminazione, autonomia fisica/economica, assenza di dolore, l'incontro e la relazione.

Scelta del tema

La scelta del tema riguarda gli approcci assistenziali Gentlecare, Validation, Stimolazione Basale nell'attività della vita quotidiana di residenti con Alzheimer. Le attività sono quelle semplici, basilari che tutti noi svolgiamo, ma alle quali va ridato significato: mangiare, lavarsi, vestirsi, riposare, dormire, momenti d'intimità, muoversi, comunicare, divertirsi.

I modelli assistenziali Validation, Gentlecare e Stimolazione Basale

I modelli che considererò non sono altro che metodi professionali per rapportarsi con persone con disturbi cognitivi; non si tratta di soluzioni straordinarie ma vogliono articolare l'assistenza, in modo diverso rispetto alla generalità delle soluzioni adottate fino ad oggi. Si tratta di nuovi strumenti, di opportunità per gli operatori e i malati di trovare nuovi modi di agire più sensati e soddisfacenti che trasformano l'assistenza in un'esperienza positiva. Tali approcci vogliono orientare più al bisogno del malato che a un'organizzazione troppo rigida perché sia favorito il benessere e si prevenga i problemi comportamentali di questi utenti con una conseguente riduzione di utilizzo di contenzioni fisiche e farmacologiche.

Lo scopo è il miglioramento della qualità di vita di tutte le persone coinvolte. Ogni modello ha un suo concetto che il personale deve conoscere, richiede di un approccio individuale o in piccoli gruppi e di un ambiente idoneo. Qualsiasi modello di approccio assistenziale presuppone che vi siano state tre tappe:

1) Conoscenza della persona:
- Conoscenza clinico/funzionale del malato;
- Conoscenza in senso biografico;

L'obiettivo è approfondire la conoscenza globale, multidimensionale della persona per poi passare alla scelta critica delle azioni operative.

2) Impatto della malattia sul singolo malato
- Osservazione delle limitazioni causate dalla malattia e dei sistemi di compensazione che il malato da solo utilizza;
- Individuare lo stadio di gravità della malattia.

Osservare in particolare cosa sa fare il malato, come fa a fare la tal cosa e in caso di difficoltà capire il perché e il dove, come, quando riesce a eseguire un certo compito.

Quest'obiettivo può essere raggiunto in vari modi ad esempio mappando le attività della giornata, documentandole così da poter riempire i momenti di lunga inoperosità e intervenire in quelli troppo sovra stimolati.

Anche i parenti possono comunicare informazioni circa le competenze/capacità attuali del loro caro. Inoltre va valutato lo stadio della malattia e la sua evoluzione sull'asse temporale per avere un approccio flessibile e realistico evitando obiettivi frustranti per tutti.

3) Il piano d'assistenza individualizzato

È uno strumento di sintesi che presenta il progetto globale sulla persona:
- La metodologia utilizzata: come, cosa fare, chi fa, dove, quando e per quanto;
- Con obiettivi attivi, concreti e misurabili.

Il piano d'assistenza individualizzato deve essere adattato allo svolgimento delle attività del reparto.

Il piano individualizzato consente un procedimento strutturato, garantisce una continuità e migliora inoltre l'intesa nel team.

Il modello Validation

Si tratta di un metodo per comunicare con gli anziani disorientati molto vecchi (80 anni e più) applicabile in tutte le fasi della malattia. Questo metodo è stato ideato nel 1963 dalla dottoressa Naomi Feil.

La Validation riconoscere i sentimenti della persona disorientata come autentici li considera come validi e veri. Validation legittima i sentimenti usando l'empatia con lo scopo di sintonizzarsi con la realtà interiore dell'anziano disorientamento ricercando il contato visivo e tattile. L'empatia infonde fiducia rafforzando i sentimenti di autostima e diminuendo la tensione.

L'empatia. Si tratta di stabilire un contatto con il malato per capire, di là delle parole che pronuncia, quali sono le emozioni che prova, accettando il suo stato d'animo come autentico. L'anziano disorientato a volte si rifugia nel passato per riuscire a sopportare la realtà presente. In queste persone, che hanno compromesso la memoria recente, il passato e il presente, si mescolano scatenando la memoria emozionale autentica.

L'ascolto empatico che riconosce questi sentimenti può alleviare il peso emozionale e a volte eliminarlo completamente; ignorare lo stato d'animo invece peggiora la situazione tanto che la persona può ritirarsi in uno stato vegetativo.

Ogni fase della vita ha uno scopo che deve essere raggiunto, per essere in pace con se stessi, altrimenti si creano problemi nelle fasi successive che possono portare la persona alla vita vegetativa.

La Validation è uno strumento di lavoro in più che aiuta a lavorare con persone disorientate, diminuire lo stress, che comunica informazioni sulle caratteristiche e lo sviluppo di queste persone; aiuta a capire il comportamento di questi anziani e sostiene famigliari e personale.

Prevede la classificazione in stadi del disorientamento e propone delle tecniche specifiche.

L'operatore Validation interviene animando e immedesimandosi nella persona senza esprimere giudizi o imporsi, deve rispettare in modo onesto l'originalità della persona e condividere le emozioni; deve chiedersi, dove si trova l'anziano con la mente, nel tempo e nello spazio, ponendo delle domande che lo orientino e osservando attentamente in modo da capire cosa scatena quel comportamento e il modo di reagire proprio della persona. Si tratta seguire il malato nel suo mondo per cercare di capire quali sono i sentimenti, le emozioni e i comportamenti che derivano da questo suo rivivere conflitti passati.

È importante perciò conoscere anche i conflitti, le cose irrisolte, le relazioni umane e affettive del passato.

L'operatore deve incontrare regolarmente l'anziano e documentare i progressi che avvengono nel tempo. Gli incontri possono essere individuali o di piccoli gruppi.[1]

"La Cochrane review del 2003 conclude che le evidenze della Validation therapy sono insufficienti per trarre conclusioni sulla sua efficacia, ma che alcuni studi osservazionali suggeriscono che ci possano essere effetti positivi e che sarebbero necessari studi randomizzati controllati."[2]

Il modello Gentlecare

Si tratta di un sistema per curare persone con demenza, in tutte le fasi, elaborato dalla terapista Moyra Jones. Gentlecare è un modo per favorire il benessere del malato e di chi gli sta vicino attraverso la realizzazione di una "protesi" di cura che compensi le perdite del cervello. Si tratta di sostenere il malato per mantenere e migliorare il livello funzionale senza stress favorendo il suo benessere. La protesi si realizza agendo su lo spazio fisico, persone e attività/programmi.

Lo spazio fisico è caratterizzato da alcuni elementi quali la sicurezza, la famigliarità, la plasticità, il confort, la chiarezza.

La definizione degli spazi, dei colori e dei materiali, degli arredi, tiene conto dei desideri, risorse e difficoltà degli anziani, di chi curerà l'igiene ambientale, di chi si occuperà della salute e dei bisogni dei residenti, delle necessità dei familiari che andranno a trovare i loro parenti.

Il modello parte dal presupposto che la persona affetta da demenza subisce una modificazione delle capacità di interagire con la realtà e pertanto va costruita attorno alla persona una protesi, che permetta di mantenere il più a lungo possibile l'autonomia e di ridurre al minimo le situazioni di stress che possono causare agitazione, ansia e aggressività.

Le modifiche avvengono sulla base della conoscenza biografica, delle informazioni/contributi ricevuti dai parenti. Si possono richiedere materiali fotografici o oggetti per arredare la stanza o per creare ambienti che la persona riconosce.

Il malato deve usufruire di uno spazio di libertà in sicurezza, chiaro, confortevole ed elastico che limiti la necessità di sorveglianza e contenimento, con minor stress anche per gli operatori.

Le persone devono essere formate, motivate, allenate a un atteggiamento professionale che preveda di sviluppare una capacità comunicativa, di linguaggio, di osservazione, analisi e risoluzione dei problemi in modo rispettoso.

Gli operatori devono lavorare insieme e condividere gli stessi obiettivi del progetto sul malato; quindi sono indispensabili buone capacità relazionali, di lavorare in gruppo e di collaborazione.

Gli operatori considerano la famiglia quale alleata e risorsa, infatti, da essa si possono avere informazioni e competenze acquisite sul campo.

Le attività svolte durante la giornata sono quelle della vita quotidiana abbinate a contenuti affettivi e relazionali; La conoscenza dell'ospite, delle sue abitudini, dei suoi gusti è basilare per questo tipo di approccio che, in questo modo, ha maggiori possibilità di successo. Tale conoscenza contiene una capacità di osservazione che é indispensabile per questi soggetti che non sono più in grado di comunicare con i normali canali.

Nel pianificare le attività è prevista la collaborazione con i familiari dell'ospite in modo da coinvolgerli ove possibile; le attività consi-

Inno alla vita

di Madre Teresa di Calcutta

la vita è vita coglila.
la vita è bellezza, ammirala.
La vita è sogno, fanne una realtà.
La vita sfida, affrontala.
La vita è dovere, compilo.
La vita è gioco, giocala.
La vita è preziosa, abbine cura.
La vita è ricchezza, conservala.
La vita è amore, godine.
La vita è mistero, scoprilo.
La vita è promessa, adempila.
La vita è tristezza, superala.
La vita è un inno, cantalo.
La vita è lotta, accettala.
La vita è tragedia, afferrala corpo a corpo.
La vita è avventura, rischiala.
La vita è felicità, meritala.
La vita è vita, difendila.

derano anche quelle che riguardano la stimolazione sensoriale. Ad esempio la manipolazione degli oggetti così come il contatto corporeo, la musicoterapia, l'arteterapia, l'aromaterapia. L'organizzazione della giornata avviene in modo molto fluido e tranquillo; la persona ha momenti in cui può riposarsi, dedicarsi all'attività del semplice guardare o ascoltare.[3]

"L'applicazione di questo metodo, all'interno dei nuclei speciali di cura per Alzheimer, ha dimostrato di ridurre i disturbi del comportamento, diminuire lo stress delle famiglie, aumentare il numero delle persone che ritornano a casa dopo un periodo di trattamento nel nucleo."[4]

Il modello Stimolazione Basale

Si tratta di un concetto che prevedere di sostenere, accompagnare e stimolare le capacità sensitive in persone con disturbi di percezione, comunicazione e movimento. Valido in tutte le fasi della demenza. Tale idea fu elaborata dal pedagogista specializzato Andrea Fröhlich negli anni settanta. La stimolazione basale non è una tecnica ma una metodologia per entrare in relazione attraverso la stimolazione somatica con il contatto nel pieno rispetto della persona.

Secondo Fröhlich anche persone molto compromesse a livello della percezione sono capaci di sviluppo, infatti, sono mantenute capacità di superare situazioni di cambiamento, proteggersi con tecniche psicomotorie (posizione di difesa), ricevere e ridare messaggi, comunicare con il corpo (respiro, cute), soffrire ed essere felici.

Si considerano aspetti che s'influenzano e sviluppano in modo reciproco quali la percezione, l'esperienza Si tratta di un concetto che prevedere di sostenere, accompagnare e stimolare le capacità sensitive in persone sociale, la cognizione, i sentimenti, il movimento e l'espressione fisica.

Comunicare vuol dire vedere, ascoltare, sentire l'odore e la presenza percependo se stessi e trasmettere informazioni conosciute, considerare, accettare il partner.

La conoscenza, l'incontro di un'altra persona, da modo di vivere un'esperienza sociale, fare nuove esperienze, apprendere e scoprire la propria identità.

Il corpo, se la persona si sente accettata e amata, s'impegna con mimica, gesti e si esercita a riprodurli. Le persone con gravi deficit cognitivi che sono sradicate dal proprio ambiente personale e sociale e si trovano in un reparto hanno un grave trauma e disturbi della comunicazione ma provano sensazioni fisiche, comunicano con il corpo, percepiscono lo spazio e le persone; sviluppano competenze comunicative/sociali, hanno dei bisogni e imparano dando significato alla propria vita.

La stimolazione basale offre uno stimolo basato su esperienze elementari sensoriali che ognuno conosce e avviene attraverso canali quali quelli: somatico, vestibolare, vibratorio, orale, tattile, uditivo, visivo e olfattivo. L'obiettivo è mantenere, sviluppare le capacità sensoriali e accompagnare il malato nel recupero con lo scopo di migliorare la sua qualità di vita.

La percezione inizia già allo stato fetale dell'individuo da impressioni sensoriali ricevute dall'ambiente in cui si trova, tali elementi di conoscenza rimangono presenti, anche se vi sono gravi disturbi.

La stimolazione somatica comprende tutte le proposte che interessano il corpo e in particolare la cute.

La pelle è un organo percettivo importante che capta diversi stimoli (pressione, caldo e freddo.) e delimita il confine tra l'organismo e il modo circostante. Si possono offrire massaggi, tocchi, lavaggi terapeutici di vario tipo con diverse finalità. Materiale per la stimolazione somatica: guanti di diverse superfici, asciugamani, oggetti semplici (spugne, stoffe cuscini ecc.).

All'inizio e alla fine di ogni proposta la persona va toccata, ad esempio sulla spalla destra, in modo deciso per comunicarle che stiamo cominciando/finendo un'attività con lei. In questo modo evitiamo di confonderla con suoni che, unendosi a quelli dell'ambiente, la sovra stimolano e confondono. Il tocco iniziale/finale andrebbe rispettato da tutti, l'ideale è appendere un foglio informativo al letto del malato.

La stimolazione vibratoria si sviluppa alla 12-14 settimana di gravidanza e termina con l'ultimo battito del cuore.

Il riconoscimento delle vibrazioni è elementare e, nella persona sana, è stimolato continuamente camminando, saltando, correndo, piegandosi, stendendosi, cambiando postura. L'influsso vibratorio rappresenta una percezione non uditiva, ma una ricezione delle sensazioni date da oscillazioni prodotte ad esempio dal battito cardiaco, la respirazione, la circolazione.

La resistenza prodotta dai corpi durante un cambio di posizione produce vibrazioni che mantengono viva la percezione di ogni corpo. Materiale per la stimolazione vibratoria: vari cuscini, oggetti vibratori, rasoi, spazzolini da denti, strumenti musicali, letto ad acqua.

La stimolazione vibratoria facilita la respirazione, stimola la circolazione sanguigna, da informazioni al corpo.

La stimolazione vestibolare partecipa al controllo dell'equilibrio, ha a che fare con la forza di gravità.

L'attenzione del malato è stimolata nel percepire il movimento del proprio corpo, girandolo e dondolandolo si stimola il vestibolo, collocato all'interno dell'orecchio.

Si promuove l'equilibrio, la percezione del movimento, l'orientamento dello spazio, del corpo e si soddisfa il bisogno di movimento.

La stimolazione vestibolare comprende vari cambi di posizione e il modo di collocare la persona a letto, movimenti rotatori, movimenti a dondolo (amaca, dondolo), movimenti guidati con l'operatore (trasferimenti, camminare).

Le stimolazioni orale, uditiva, tattile, olfattiva, visiva rappresentano un modo per entrare in comunicazione. Nei nostri interventi siamo noi a dover adattare la nostra percezione e comunicazione al malato.

In ambito d'assistenza si possono proporre stimolazioni diverse per far conoscere vari oggetti con i cinque sensi ad esempio con alimenti, spazzolini, oli, essenze, oggetti colorati, decorazioni, musica.

La stimolazione basale nelle cure é un concetto avanzato che aiuta persone con disturbi di percezione, a livello dei cinque sensi, a recuperare/mantenere le capacità sensoriali; si tratta di offrire uno stimolo positivo che ottiene il massimo rendimento dalle esperienze sensoriali elementari, presenti in ogni persona. Queste stimolazioni raggiungono direttamente il cervello influenzando le emozioni, i ricordi, la creatività, creando un momento d'incontro molto intenso.

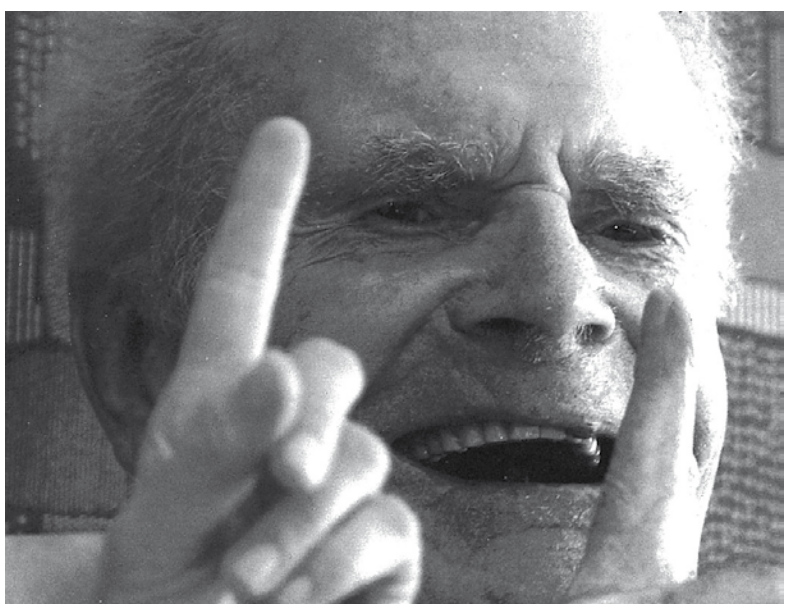
Nella scelta dell'offerta di stimolazione ci si può affidare alla propria intuizione considerando che ognuno reagisce in modo diverso; è importante valutare le condizioni cliniche del malato e offrire uno stimolo appropriato; i gesti semplici danno migliori risultati. La base di ogni intervento è favorire l'incontro, il contatto corporeo, la vicinanza e l'orientamento verso il partner. [5]

Riflessione personale

Tutti e tre i modelli ammettono che ogni individuo abbia una propria crescita nella vita e che non vi sia una fine nell'apprendimento e nella capacità di cambiare ma che questa sia un processo evolutivo.

In questa situazione la persona è anziana e malata di Alzheimer e quindi vive perdite fisiologiche che si sommano a quelle date dalla malattia. Aiutare queste persone con i modelli descritti vuol dire intervenire favorendo il loro nuovo sviluppo nonostante e con la malattia perché loro stessi possano riappropriarsi della propria vita e ridarle un significato.

Personalmente ritengo che tutti e tre i modelli si completano e sarebbe riduttivo imporne uno solo ma il più completo è il modello Gentlecare perché ritengo che associ anche gli altri paradigmi; penso che ognuno abbia anche dei modelli di riferimento legati al proprio vissuto, competenza e educazione bisogna "solo" trovare il modo per raggiungere un compromesso. Legarsi in modo troppo rigido a uno o anche a tre modelli può essere un limite; penso che la strategia migliore sia avere dei riferimenti dai quali partire, ma aprire ad altri scenari e favorire la realizzazione di un modello di lavoro aderente alle esigenze dei protagonisti coinvolti.



BIBLIOGRAFIA

Libri

Censi, Antonio. 2001. *La vita possibile. Il lavoro sociale nelle residenze sanitarie per anziani*. Milano: Franco Angeli.

Cayton, Harry, et al. Alzheimer Europe, Commissione Europea, Alzheimer Italia. 2006. *Manuale per prendersi cura del malato di Alzheimer*. Milano: Rotolito Lombarda.

Dalponte, Adriana, Olivetti Manou-Kian Franca. 2004. *Lavorare con la cronicità*. Roma: Carocci Faber.

Denis, Gauvreau e Marie, Gendron. 1996. *Domande e Risposte sulla malattia di Alzheimer.* Milano: Pythagora Press.

Fröhlich, Andreas. 2007. *La Stimolazione Basale per bambini, adolescenti e adulti con pluridisabilità*. Pisa: Del Cerro.

Jones, Moyra. 2005. *Gentlecare Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Roma: Carocci Faber.

Naomi, Feil. 2008. *Validation Il metodo Feil*. Bologna: Minerva Edizioni.

Virgilio, Margherita. 2000. *La malattia di Alzheimer e le altre forme di demenza Linee guida per l'assistenza*. Milano: FrancoAngeli.

Siti consultati

http://www.epicentro.iss.it/problemi/alzheimer/alzheimer.asp [02 marzo 2008].

http://www.alzheimer.it/notiz30.pdf visitato il [13 settembre2008]

1) Rielaborazione personale del testo tratto da: Naomi, Feil, 2008. *Validation Il metodo Feil*. Bologna: Minerva Edizioni.
2) http://www.alzheimer.it/Trattamento_non-farmac.pdf 9.03.08.
3) Rielaborazione personale del testo tratto da: Jones, Moyra, 2005. *Gentlecare Un modello positivo di assistenza per l'Alzheimer*. Roma: Carocci Faber.
4) http://www.alzheimer.it/Trattamento_non-farmac.pdf 9.03.08.
5) Elaborazione personale del testo di: Fröhlich, Andreas. 2007. *La Stimolazione Basale per bambini, adolescenti e adulti con pluridisabilità*. Pisa: Del Cerro.

** Infermiera da anni lavora presso strutture sanitarie Elvetiche già Consigliera Collegio IPASVI Sondrio*

PENNA DIGITALE

opportunità per rilevamenti e documentazione

Tratto da hausliche pelege

I servizi di cura e assistente si stanno sempre più rivolgendo a soluzioni per il rilevamento mobile dei dati al fine di velocizzare l'annotazione delle prestazioni e la tenuta della documentazione.

Diversi sono i sistemi a disposizione (scanner di codici a barre, lettori di chip, smartphone). Nuove sono le soluzioni che si basano su una penna digitale permettendo così una facile maneggevolezza. I vantaggi e i miglioramenti per i servizi di cura e assistenza forniti dalle più svariate soluzioni del rilevamento mobile dei dati sono fuori discussione. Sono la risposta alle sempre maggiori richieste degli organismi in merito alla documentazione,al rilevamento dei tempi e al calcolo elettronico. Diversi però sono i problemi che ostacolano l'introduzione dei sistemi mobili di rilevamento dei dati in molti servizi di cura e assistenza, dovuti al timore dei collaboratori nei confronti della tecnologia moderna, ai dubbi riguardo l'uso corretto e al rifiuto delle novità.

Frequenti obiezioni dei collaboratori, ma anche la mancanza di fiducia dei datori di lavoro nelle capacità tecniche dei propri collaboratori, si oppongono all'utilizzo dei sistemi attualmente disponibili per il rilevamento mobile delle prestazioni mediante lettori di chip, scanner di codici a barre e smartphone.

I più recenti sviluppi mirano quindi ad una semplificata maneggevolezza e ad un'altra flessibilità di utilizzo. Tra i nuovi mezzi si distingue la penna digitale. I metodi abitualmente utilizzati fino ad ora presentano un difetto: la scarsità di tempo a disposizione lascia poco spazio ad un lavoro supplementare.

Infatti, scrivere a mano il documento di prestazione e, al termine del lavoro, memorizzare i dati su mezzi diversi rappresenta un doppio lavoro che porta,talvolta, a riscontrare differenze tra quanto scritto a mano e quanto memorizzato sui sopporti elettronici. Ricontrollare e confrontare i due documenti causa a sua volta una perdita di tempo e di denaro. Attualmente esistono soluzioni sul mercato che eliminano questi problemi: si tratta di una penna intelligente che riconosce quanto scritto e lo trasmette come linguaggio elettronico eliminando così il doppio controllo. Il lavoro è quindi limitato alla normale trascrizione sul documento di prestazione, senza ulteriore perdita di tempo. La soluzione della penna digitale si distingue per una particolare semplicità di utilizzo. Tutto rimane come finora: le prestazioni e le documentazioni vengono redatte a mano e immediatamente rielaborate, in quanto la trasmissione dei dati registrati dalla penna viene tramite porta USB o cellulare.

Siccome le innovazioni e gli sviluppi tecnici sono molteplici, occorre decidere quale sistema scegliere. Occorre ponderare quali siano le funzionalità necessarie e quale debba essere il lavoro dei collaboratori. Anche i programmi devono essere scelti in modo da agevolare il lavoro. Spesso molti apparecchi sono vincolati a speciali software e non è possibile un cambiamento successivo. Per i nuovi acquisti si consiglia di optare per l'interfaccia universale XML, diventa ora il nuovo standard tecnico.

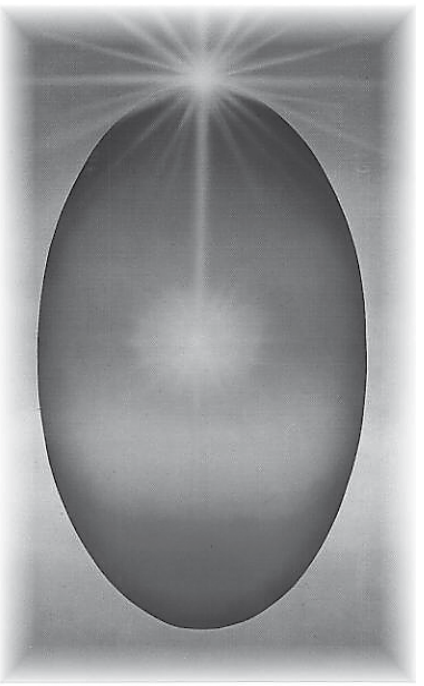
Nonostante le tendenze a favore di una sanità elettronica con carta della salute e documenti digitali del paziente, il lavoro su carta, basato su moduli è irrinunciabile nell'assistenza domiciliare. Le registrazione a mano riguardanti la programmazione dei giri e dei servizi, la documentazione di cura ed i calcoli rimangono necessari: con l'utilizzo di sistemi mobili di rilevamento dei dati si offre la possibilità, a seconda del tipo di apparecchio, di avere anche altre funzionalità, ad esempio mediante la telecomunicazione mobile, la pianificazione degli appuntamenti o la gestione degli indirizzi.

Con le soluzioni basate sulla penna digitale il processo della documentazione scritta a mano rimane invariato senza modificare il normale decorso quotidiano del lavoro, tuttavia tutte le informazioni sono prontamente a disposizione per la rielaborazione digitale e non è necessario un doppio controllo.

IL COUNSELLING PSICOSINTETICO: una esperienza personale

di Valentina Spagnoli*

Salve collega!
La voce della mia coordinatrice rapisce la mia attenzione, mentre sono immersa nella ricerca di opuscoli, schede di iscrizioni a corsi ,attività formative che possano essere d'aiuto in questo nuovo percorso. Mi sono laureata da poco, con l'emozione e l'entusiasmo di chi si appresta ad incamminarsi per un lungo viaggio, noncurante delle difficoltà e della stanchezza che sopraggiungerà nel tempo.
Sono passati più di due anni da quel saluto: riecheggia nei miei pensieri come un ritmo di tamburo che raduna attorno a sé le genti di una stessa tribù, questa è l'immagine a cui rimandano le parole.
L'immagine di coesione, condivisione, di appartenenza ad un gruppo ben nutrito di persone, ideali, valori. Motivazioni che, come spiega lo psicologo umanista Abram Maslow, ci guidano nel percorso verso la crescita personale, scalando la piramide dei nostri bisogni, per giungere all'autorealizzazione. E quel bisogno di conoscenza, quella necessità di avere strumenti di guida per orientarmi nella vita quotidiana e nella professione, è sfociato in un nuovo percorso di studi, che permea e dona concretezza ad ogni agire umano.



LA PSICOSINTESI

E'una metodologia psicologica che nasce nel 1909 da una felice intuizione di un medico psichiatra italiano, Roberto Assagioli, interessato allo sviluppo delle potenzialità dell'essere umano e alla mobilitazione delle sue risorse latenti. E' un processo di"empowerment ", basato sulla formazione e sull'educazione permanente e tende all' armonizzazione alla crescita della personalità umana.
Appartiene alla corrente della psicologia umanistica-esistenziale e transpersonale.
La psicosintesi si basa su una concezione integrale, olistica (deriv. da "olos"tutto) dell'uomo , che concepisce la tridimensionalità della sfera umana: bio-psico-spirituale.
Lo scopo è di unificare in una sintesi armonica questi vari aspetti , poiché riconosce l'uomo come essere orientato alla consapevolezza. Risvegliare l'autocoscienza (io personale) e l'esperienza della volontà, intesa non come sforzo di ottenere, ma come facoltà di gestire consapevolmente le dinamiche intrapsichiche ed interpersonali e, condurre alla scoperta di più ampi significati esistenziali.

ANATOMIA E FISIOLOGIA DELLA PSICHE

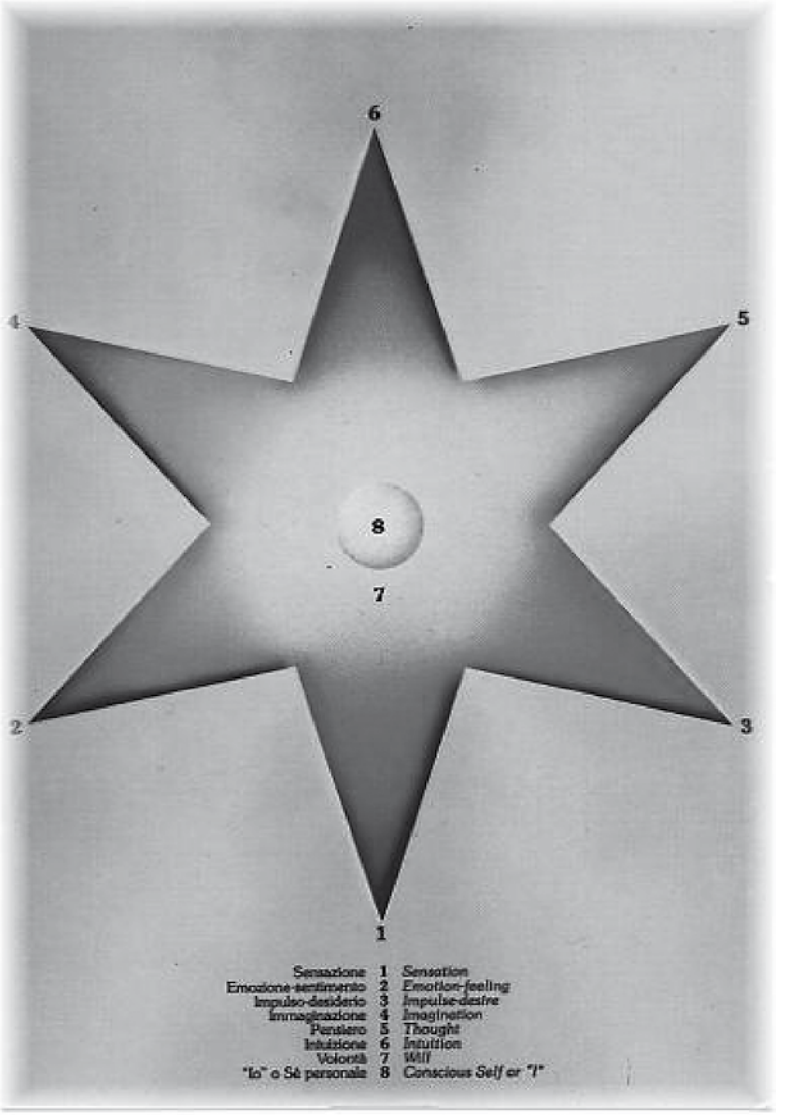
L'ovoide, che Assagioli considera immagine dell'anatomia della psiche, descrive i livelli e le parti dello psichismo umano; le linee sono tratteggiate poiché le parti debbono essere "distinte" ma non divise. La mancanza di distinzione non ne permetterebbe il corretto uso.
Dal basso: *inconscio inferiore*: sede dei nostri processi inconsci.
Inconscio medio: centro che governa le attività quotidiane.
Inconscio superiore o superconscio: sede delle potenzialità più alte dell'uomo.
L'uomo deve essere educato a percepire la provenienza delle sue istanze psichiche, per comprenderle e finalizzarle. Il primo passo è riconoscere la molteplicità , i conflitti che albergano in noi; se vissute come parti comunicanti di una unità, sono coordinabili dalla *volontà*.
"L'unità della personalità è possibile. Ma rendiamoci ben conto che essa non è un punto di partenza, non è un dono gratuito: è una conquista, è l'alto premio di una lunga opera faticosa e magnifica, varia, affascinante, feconda per noi e per gli altri, ancor prima di essere ultimata".(R. Assagioli).
LA STELLA rappresenta quella che Assagioli definisce la fisiologia della psiche. Essa definisce l'operatività dell'io personale che avviene attraverso l'uso di funzioni quali: sensazione, impulsi, emozione, pensieri, immagini ed intuizioni
I metodi e le tecniche della psicosintesi mirano a comporre la molteplicità in una sintesi armonica. (psicosintesi personale). Tale sintesi allargandosi alla relazione, tende all'integrazione e alla comunione tra tutti gli esseri umani e l'ambiente in cui vivono (psicosintesi interpersonale), fino a giungere sintesi più ampie (psicosintesi transpersonale).
Esiste un grande principio di vita psichica, secondo il quale noi siamo dominati da qualunque cosa con cui il nostro io si identifica. Attraverso la tecnica della disidentificazione possiamo dirigere, governare la nostra vita.

PSICOSINTESI PER IL MONDO DEL LAVORO

Uno dei maggiori auspici e impegni che si presentano a chi ha a cuore la diffusione della psicosintesi, è il pianificarne l'ingresso nel mondo del lavoro. Come in molti altri ambiti sociali, anche nel lavoro si manifestano problemi, ai quali una formazione psicosintetica può presentare valide soluzioni.
La ricerca di un significato più profondo della propria attività, le difficoltà di lavorare in equipe, con colleghi, collaboratori e capi, resistere allo stress sempre crescente.
Nell' ambito della formazione si è fatto strada il concetto di empowerment che, in relazione all'individuo, designa proprio quel processo di automotivazione e di responsabilizzazione, che in psicosintesi è frutto dello sviluppo di una volontà completa. I benefici riscontrabili:

- profonda motivazione all'attività che si sta svolgendo
- soddisfazione per la propria efficacia
- pieno controllo della situazione
- azione per libera scelta
- percezione di bilanciamento tra le proprie abilità e le sfide poste dall'ambiente.

La psicosintesi ha trovato larga applicazione negli Stati Uniti e nell'Europa Settentrionale.



COUNSELLING PSICOSINTETICO

L'intervento di counselling può essere definito come la possibilità di offrire un orientamento o un sostegno ai singoli individui o a gruppi che stanno vivendo un disagio esistenziale, favorendo la conoscenza, lo sviluppo e l'utilizzazione delle potenzialità presenti in ogni persona.
Sostiene e promuove il processo dell'autoricreazione. Il percorso di studi è triennale e rilascia il diploma di counselor, (riconosciuto dalla S.I.C.O.-società italiana counseling), figura professionale nata negli anni 30 in America . La sua competenza é nella relazione, favorisce la soluzione dei disagi di origine psichica, che non comportino tuttavia, una ristrutturazione profonda della personalità.
Concludo ricordandovi che per ulteriori informazioni potete consultare il sito della scuola www.sondrio-counseling.it

** Infermiera R.S.A. Grosotto*

CALZINI COLORATI

È stata una serata densa di significato quella celebrata il 6 novembre quando sono state presentate le poesia che alcuni utenti del CPS di Tirano hanno creato con il contributo del Poeta Gusmeroli e di Paola Bettini.
Il Dottor Avella ha commentato le poesia che erano recitate con un sottofondo musicale tale da rendere ancor più coinvolgente l'atmosfera.
L'iniziativa nasce dalla verifica delle capacità espressive, anche attraverso la poesia , che spesso tante persone che soffrono di disagio psichico sanno esprimere; già nel 2002 una studentessa del corso di Laurea in infermieristica aveva presentato una Tesi su "la poesia come mezzo di comunicazione in psichiatria" e anche allora, erano state utilizzate altre poesie scritte dai nostri Utenti.
La serata sarà replicata, visto anche il successo, a Sondrio, Bormio e Morbegno; la Redazione di Parliamone, così com'è avvenuto in passato sarà lieta di presentare le poesie sul nostro giornale.

Alda Merini la poetessa degli esclusi

Il tinello pieno di libri e quadri, il televisore e il riscaldamento perennemente accesi, i numeri di telefono segnati sui muri, il pavimento cosparso di cicche di sigarette, l'inseparabile pianoforte. La casa di Alda Merini, in Ripa di Porta Ticinese 47 a Milano, era come la sua poesia, scriveva Piero Manni. "Vive di accumulo, aggiungendo immagine a immagine, con una semplicità e una innocenza che riscattano e sublimano qualunque esperienza come qualunque disordine"

Il presidente della Repubblica, Giorgio Napolitano, si è detto profondamente rattristato: "Viene meno - ha aggiunto - una ispirata e limpida voce poetica". Era considerata la più grande poetessa italiana vivente. Nata in una famiglia poco abbiente (il padre era impiegato in una compagnia di assicurazione, la madre casalinga) la Merini esordì ad appena 15 anni con una raccolta *La presenza di Orfeo*, curata dall'editore Schwarz. E, mentre già attirava l'attenzione della critica, la prodigiosa ragazza incontrava difficoltà nel mondo della scuola "normale". Venne infatti respinta quando tentò di entrare al liceo Manzoni. Dissero che non era stata sufficiente nella prova d'italiano. E da lì in avanti, la sua vita è sempre stata al confine tra il riconoscimento della sua eccezionale capacità poetica e la difficoltà dovuta alla malattia. Malattia mentale che la portò al ricovero di un mese a Villa Turro nel 1947 a cui seguirono negli anni altri episodi di ricovero. Lei stessa ne ha sempre parlato e scritto definendo la sua sofferenza psichica come "ombre della mente".

A noi piace ricordarla a Sondrio alla presentazione del libro "Nero come il sole", è stato un'incontro denso di significato; di lei resta il ricordo di una poetessa che ha saputo far innamorare delle poesie tutti noi e anche aprire nuovi orizzonti per una efficace relazione terapeutica.

Ago: l'uomo con la camicia di forza

di Ercole Piani

Ho conosciuto Ago, il suo vero nome è Agostino, ma gli piaceva essere chiamato Ago, ed è stato il primo "paziente" che ho incontrato nel mio ormai quasi ventennale percorso in psichiatria.

Un giorno Ago ha spalancato la porta del mio ufficio dove mi avevano richiamato a svolgere l'incarico di capo dei servizi sanitari ausiliari di quel magnifico ospedale di Tirano.

Lo avevo conosciuto mesi prima quando ero capo sala del Centro Psicosociale, appena entrato, senza alcun preavviso, mi ha urlato " che cavolo fai qui, questo non è il tuo posto". E così come è entrato sbattendo la porta se ne è andato via senza permettermi di ribattere.

La mia reazione è stata immediata presi carta e penna e scrissi le mie dimissioni che il giorno dopo presentai, con sommo piacere vidi che erano ben accolte e questo a distanza di tanti anni mi fa ancora sorridere perché il regalo più grosso che mi fece Ago fù di farmi ritornare il psichiatria.

Ago è sempre stato una grande ed efficace scuola per l'assistenza infermieristica e ho potuto conoscere da vicino la sua grande sofferenza; agli studenti del nostro corso di Laurea presento sempre questa esperienza professionale.

Ago a metà ottobre, quando cadono le foglie, se ne è andato, sono certo che ora ha trovato pace di Lui mi resta un dolcissimo ricordo e una meravigliosa poesia che solo Lui poteva scrivere.

Camicia di forza

C'è chi nasce con la camicia.
C'è chi nasce senza la camicia.
C'è chi nasce con la camicia di forza.
Il terzo caso è il peggiore,
prima la famiglia
poi la società.
Ad ogni lacerazione gle ne costruiscono
una sempre più resistente.
Questa è la vita

Ago

Il Chirurgo clandestino

dr. Hamilton Naki

Hamilton Naki, un sudafricano negro di 78 anni, morì nel maggio 2005. La notizia non apparve sui giornali, ma la sua storia è una delle più straordinarie del XX secolo.

Naki era un grande chirurgo!

Fu colui che prese dal corpo della donatrice il cuore che fu poi trapiantato a Loui Washkanky nel 1967, a Città del Capo, Sudafrica, durante la prima operazione di trapianto cardiaco umano con esito positivo.

Fu un lavoro molto delicato: il cuore doveva essere rimosso e conservato con la massima cura.

Naki era il secondo uomo più importante dell'equipe che fece il primo trapianto della storia.

Ma non potè apparire perché era un negro nel paese dell'apartheid.

Il chirurgo capo del gruppo, il bianco Christian Barnard, divenne immediatamente una celebrità.

Ma Hamilton Naki non poteva apparire nelle fotografie dell'equipe.

Quando apparve in una, per sbaglio, l'ospedale disse che era un addetto al servizio di pulizia.

Naki portava il cappello e la mascherina ma non studiò mai nè medicina nè chirurgia: aveva abbandonato la scuola a 14 anni. Faceva il giardiniere nella Scuola di Medicina di Città del Capo.

Iniziò pulendo le aule. Però era curioso e apprendeva velocemente. Apprese la tecnica chirurgica vedendo i medici bianchi praticare le tecniche di trapianto su cani e maiali.

Divenne un chirurgo eccezionale al punto che il Dr. Barnard lo volle a far parte della sua equipe.

Era un problema: per le leggi del Sudafrica, Naki, negro, non poteva operare pazienti ne toccare sangue dei bianchi.

Ma l'ospedale lo considerava talmente valido che fece con lui una eccezione.

Lo trasformò in chirurgo... ma clandestino.

Ma questo non gli interessò.

Continuò a studiare e a dare il meglio di se, indipendentemente dalla discriminazione.

Era il migliore. Dava lezioni agli studenti bianchi ma aveva il salario di un tecnico di laboratorio: il massimo che un ospedale poteva pagare ad un negro.

Viveva in una baracca senza luce ne acqua corrente, in un ghetto della periferia come si confaceva ad un negro.

Hamilton Naki insegnò chirurgia per 40 anni e andò in pensione come giardiniere, con un mensile di ben 275 dollari.

Quando terminò l'apartheid gli offrirono una decorazione e il titolo di medico honoris causa.

Nessuno fece rilevare le ingiustizie che dovette sopportare durante tutta la sua vita.

Nonostante la clandestinità e la discriminazione non cessò mai di dare il meglio di sé: il suo amore per aiutare a vivere.

Dr. Naki, per tutto quanto hai fatto per l'umanità al di sopra dei tuoi stessi interessi, grazie.

Cosa ho imparato dalla vita

anonimo

- Che non importa quanto sia buona una persona, ogni tanto ti ferirà. E per questo, bisognerà che tu la perdoni.
- Che ci vogliono anni per costruire la fiducia e solo pochi secondi per distruggerla.
- Che non dobbiamo cambiare amici, se comprendiamo che gli amici cambiano.
- Che le circostanze e l'ambiente hanno influenza su di noi, ma noi siamo responsabili di noi stessi.
- Che, o sarai tu a controllare i tuoi atti, o essi controlleranno te.
- Ho imparato che gli eroi sono persone che hanno fatto ciò che era necessario fare, affrontandone le conseguenze.
- Che la pazienza richiede molta pratica.
- Che ci sono persone che ci amano, ma che semplicemente non sanno come dimostrarlo.
- Che a volte, la persona che tu pensi ti sferrerà il colpo mortale quando cadrai, è invece una di quelle poche che ti aiuteranno a rialzarti.
- Che solo perché qualcuno non ti ama come tu vorresti, non significa che non ti ami con tutto te stesso.
- Che non si deve mai dire a un bambino che i sogni sono sciocchezze: sarebbe una tragedia se lo credesse.
- Che non sempre è sufficiente essere perdonato da qualcuno. Nella maggior parte dei casi sei tu a dover perdonare te stesso.
- Che non importa in quanti pezzi il tuo cuore si è spezzato; il mondo non si ferma, aspettando che tu lo ripari.
- Forse Dio vuole che incontriamo un po' di gente sbagliata prima di incontrare quella giusta, così quando finalmente la incontriamo, sapremo come essere riconoscenti per quel regalo.
- Quando la porta della felicità si chiude, un'altra si apre, ma tante volte guardiamo così a lungo a quella chiusa, che non vediamo quella che è stata aperta per noi.
- La miglior specie d'amico è quel tipo con cui puoi stare seduto in un portico e camminarci insieme, senza dire una parola, e quando vai via senti che è come se fosse stata la miglior conversazione mai avuta.
- E' vero che non conosciamo ciò che abbiamo prima di perderlo, ma è anche vero che non sappiamo ciò che ci è mancato prima che arrivi.
- Ci vuole solo un minuto per offendere qualcuno, un'ora per piacergli, e un giorno per amarlo, ma ci vuole una vita per dimenticarlo.
- Non cercare le apparenze, possono ingannare.
- Non cercare la salute, anche quella può affievolirsi.
- Cerca qualcuno che ti faccia sorridere perché ci vuole solo un sorriso per far sembrare brillante una giornataccia.
- Trova quello che fa sorridere il tuo cuore.
- Ci sono momenti nella vita in cui qualcuno ti manca così tanto che vorresti proprio tirarlo fuori dai tuoi sogni per abbracciarlo davvero!
- Sogna ciò che ti va; vai dove vuoi; sii ciò che vuoi essere, perché hai solo una vita e una possibilità di fare le cose che vuoi fare.
- Puoi avere abbastanza felicità da renderti dolce, difficoltà a sufficienza da renderti forte, dolore abbastanza da renderti umano, speranza sufficiente a renderti felice.
- Mettiti sempre nei panni degli altri. Se ti senti stretto, probabilmente anche loro si sentono così.
- Le più felici delle persone, non necessariamente hanno il meglio di ogni cosa; soltanto traggono il meglio da ogni cosa che capita sul loro cammino.
- Il miglior futuro è basato sul passato dimenticato, non puoi andare bene nella vita prima di lasciare andare i tuoi fallimenti passati e i tuoi dolori.
- Quando sei nato, stavi piangendo e tutti intorno a te sorridevano.

Vivi la tua vita in modo che quando morirai, tu sia l'unico che sorride e ognuno intorno a te piange".

ASSEMBLEA STRAORDINARIA COLLEGIO IPASVI

CERIMONIA DI ENCOMIO AGLI INFERMIERI

19 dicembre 2009 - ore 15
SONDRIO - sala "Vitali" del Credito Valtellinese

Il Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI della Provincia di Sondrio, avuto segnalazione da colleghi e da cittadini, ha deliberato di celebrare con un encomio gli infermieri che la notte del 24 ottobre u.s hanno partecipato all'evacuazione del padiglione nord dell'Ospedale di Sondrio.
Nel ringraziare gli infermieri vogliamo sottolineare la gratitudine anche ai Medici presenti, ai Volontari della Croce Rossa, subito accorsi, al personale dei Vigili del Fuoco e a chi, a diverso titolo, ha aiutato nel difficile compito di garantire sicurezza e assistenza ai Cittadini degenti nel padiglione.
Abbiamo invitato alla cerimonia il Prefetto di Sondrio, il Direttore Generale dell'AOVV, il Direttore Sanitario e la Responsabile del SITRA.

A seguito della cerimonia, dopo una breve pausa, seguirà il secondo punto dell'Assemblea straordinaria

Proposta acquisto nuova sede Collegio IPASVI

Il Collegio nel corso degli ultimi anni ha accantonato risorse economiche, approvate e deliberate nel corso delle Assemblee annuali, che, quasi prevalentemente, sono quote non richieste dai Consiglieri. Con questa somma oggi possiamo accedere ad un'eventuale mutuo il cui importo è inferiore all'attuale spesa per l'affitto della sede. Oggi il mercato immobiliare risulta particolarmente favorevole quindi il Consiglio Direttivo richiede autorizzazione per l'acquisto dopo che l'Assemblea ordinaria 2009 ha già approvato il mandato esplorativo. Le varie proposte o ipotesi di acquisto saranno illustrate dal Consigliere Bruno Orsini.

Adeguamento quota associativa anno 2010

Nell'anno in corso, al fine di consentire la partecipazione alle iniziative regionali e nazionali in rappresentanza, abbiamo dovuto rinunciare alla pubblicazione di due numeri di Parliamone; nel prossimo futuro, in previsione del passaggio ad Ordine, le spese di gestione troveranno un incremento. Per poter quindi provvedere alla stesura del bilancio preventivo discuteremo la proposta di aumento della quota annuale che sarà in linea con i Collegi italiani.
Per gli interessati si ricorda che l'accesso ai documenti contabili, controllati dal Collegio dei Revisori dei Conti, oltre che consentito viene auspicato.

Presentazione tariffario per infermieri liberi professionisti

La Collega Tiziana Giaconi presenterà il nuovo tariffario che è stato condiviso dal Coordinamento dei Collegi Lombardi e che è lo strumento indispensabile all'agire dei colleghi libero professionisti.

SI RICORDA AI COLLEGHI CHE PARTECIPARE ALL'ASSEMBLEA È UN DOVERE DELL'INFERMIERE E PER CHI È IMPOSSIBILITATO PUÒ ESSERE UTILIZZATA LA DELEGA.

Il/la sottoscritt. ……...
iscritto/a. all'albo professionale del Collegio IPASVI della prov. di Sondrio dal ……
n. di posizione …….. impossibilitato/a. a partecipare all'assemblea straordinaria degli iscritti del giorno ***19 dicembre 2009****, delega a rappresentarlo/a. il/la Sig.……...*
iscritto/a. all'albo.

Data, …… *Firma……..*