

COSA SOGNANO I PESCI ROSSI

GESTIONE DELLE PROBLEMATICHE
NELLA RELAZIONE E COMUNICAZIONE
CON L'ASSISTITO IN UTI

DI NORA
MARINELLI

Vice presidente
del Collegio IP.AS.VI.
di Perugia

L'infermieristica è una disciplina a forte valenza umanitaria e solidaristica per sua peculiarità connaturata. Ciononostante gli infermieri, soprattutto quelli di area Critica, si producono prevalentemente in operatività fortemente tecnologizzate e in approcci relazionali circostanziati spesso a meri tecnicismi, deprivati di componenti affettivo-emozionali; ciò almeno in apparenza.

La verità probabilmente è multidimensionale, per cui non vi è una unica spiegazione all'agire professionale. Accanto ai meccanismi difensivi individuali e privati, vi sono le strategie comuni, l'indifferenza, la noncuranza, la spersonalizzazione, l'evitamento, le dinamiche di gruppo. L'organizzazione poi, gioca un ruolo fondamentale tale da viziare i comportamenti degli operatori e farli allontanare dagli obiettivi prioritari del loro agire professionale. Aspetto centrale nelle anomalie organizzative è la cronica carenza degli organici che tende a costringere il ruolo dell'infermiere ad una funzione meramente tecnica a discapito ovviamente di quella relazionale.

La carenza degli organici non può costituire l'unica determinante, probabilmente entrano in gioco altri importanti elementi alcuni dei quali ancora riconducibili all'organizzazione altri ad un gap culturale e di formazione.

Di tutto questo si parlerà nel presente lavoro allo scopo di avviare una riflessione tesa all'individuazione del modo miglior per assistere la persona che non può parlare ma anche orientata a fornire elementi per la comprensione dei comportamenti degli operatori.

ABSTRACT

Effetto pesce rosso, relazione, comunicazione, frustrazione, risorse attive, recupero.

PAROLE CHIAVE

INTRODUZIONE

Tutti riconoscono agli Infermieri il loro impegno costante "al letto del paziente"; così come solitamente si dice.

Certamente si tratta d'una caratteristica insita alla professione che rende l'infermiere titolare del processo assistenziale e primo attore nei diversi scenari che si costituiscono nell'operatività. Al suo ruolo fanno capo una serie d'importanti responsabilità, forse prima tra tutte quella di essere al fianco del paziente, dalla sua parte, e quindi di capirne i bisogni e di pianificarne la soddisfazione con interventi validati scientificamente e dalla buona pratica clinica. L'obiettivo di comprendere i bisogni dell'assistito non è sempre facile nemmeno per il più preparato professionista, in primo luogo per l'estrema variabilità della soggettività umana e secondariamente per il fatto che molto spesso, specie in area critica ed intensiva, la persona non è nella condizione di poterli esplicitare in forma diretta. All'infermiere si richiede oggi più che mai, la capacità di stabilire relazioni proficue le quali fondano la loro sostanza nella comunicazione.

Come sappiamo, anche mutuando contenuti di altre discipline, è impossibile non comunicare e lo è anche in relazione al paziente incosciente come ben sanno gli infermieri di area critica abituati ad interpretare segnali indiretti di comunicazione. Il caso poi della persona che si trovi nella impossibilità oggettiva di parlare per la perdita temporanea o definitiva della fonazione, rappresenta un caso ancora a sé dalle molteplici implicazioni relazionali, assistenziali, organizzative e gestionali. Il cosiddetto "pesce rosso" così come è stato descritto dal Dott. Venturino nel suo romanzo, rappresenta una condizione piuttosto frequente in terapia intensiva sebbene la letteratura scientifica non abbia ancora proposto specifici canali d'indagine. Probabilmente ciò è riferito al fatto che ricerche sulla comunicazione in situazioni contestualizzate prevalentemente in ambienti ospedalieri, richiederebbe l'impegno degli infermieri in ricerche di tipo qualitativo che richiedono una base di conoscenza e d'esperienza nella ricerca che gli infermieri ancora faticano a trovare.

Si è pensato quindi, di fornire un piccolo contributo allo sviluppo della tematica, elaborando i dati d'un focus group realizzato tra infermieri esperti di terapia intensiva per evitare di ridurre la presente trattazione al punto di vista del solo autore.

METODOLOGIA

Allo scopo di rilevare gli elementi peculiari della riflessione infermieristica sul tema: "comunicazione e relazione con la persona degente in una UTI e posta nella condizione di non poter parlare", si è pensato di realizzare un focus group tra professionisti esperti, in servizio continuativo in una UTI da almeno due anni, omogenei per livello di formazione.

Si è deciso d'impiegare la formula del focus group in quanto consente una disamina dei contenuti liberamente esposti, anche sollecitati dal dibattito e dalla reciproca interferenza dei partecipanti al gruppo di discussione (interazione). Si è poi deciso di applicare una griglia d'intervista al solo scopo di orientare il dibattito verso la tematica d'interesse.

"Cosa sognano i pesci rossi"

Comunicazione e relazione con la persona degente in una UTI e posta nella condizione di non poter parlare.

Il gruppo è risultato costituito da sette operatori provenienti dalle diverse UTI dell'Azienda Ospedaliera di Perugia, rappresentate dalle seguenti: Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR), Terapia Intensiva Post-Cardiochirurgica (TIPOC), Rianimazione polivalente del presidio "Policlinico" e Rianimazione dell'Ospedale Santa Maria della Misericordia e da un operatore nella funzione di moderatore.

Analisi del contesto di riferimento

- Gli elementi che caratterizzano l'esperienza di essere ricoverato in una Terapia Intensiva.
- L'influenza degli aspetti logistici di struttura.
- L'influenza degli assetti organizzativi.

L'effetto "pesce rosso"

- Caratteristiche e dimensionamento del fenomeno.
- Espressività del fenomeno.
- Le richieste implicite.
- Frustrazione e gratificazioni; gli effetti sulla relazione d'aiuto.

Le risposte degli Infermieri

- Le peculiarità dell'approccio infermieristico.
- L'influenza della cultura del nursing di area critica.
- Punti di forza e punti di debolezza.
- Le prospettive; sviluppi nella formazione, nell'organizzazione, nell'operatività.

Conclusioni del gruppo

I progressi terapeutici assistenziali hanno comportato un allungamento della vita delle persone ma non riescono a garantire un adeguato livello di qualità della vita. Sorge la necessità di costruire sistemi di gestione e d'organizzazione che siano rispettosi delle diversità.

L'adattamento alle nuove condizioni di disabilità passa attraverso la definizione di nuovi tipi di relazione e di altre forme di comunicazione.

Occorre realizzare l'integrazione con i servizi territoriali, riuscire a continuare a seguire le persone nei loro normali contesti di vita. Occorre agire sul rafforzamento delle competenze degli operatori che devono costituirsi come referenti per le persone e per le famiglie. Devono essere in grado di preparare, formare e seguire i caregivers. Occorre lavorare sulla comunica-

FOCUS GROUP

GRIGLIA D'ORIENTAMENTO

zione non soltanto in riferimento alle persone che hanno perso fonazione ma anche intesa come necessario fondamento a sostegno delle famiglie.

È necessario prevenire le condizioni d'isolamento depressivo degli assistiti, imparare a stimolarne le risorse attive (amplificazione).

Occorre evitare d'imporre il proprio preferenziale e/o abituale canale di comunicazione e consentire al paziente d'individuare il suo ed essere disponibili ad impiegarlo anche mediante la costruzione di specifici e condivisi strumenti di comunicazione alternativa.

Occorre lavorare sulla relazione con più ampia partecipazione.

Non pretendere risposte, tollerare i silenzi, riuscire ad ascoltare al di là "del detto".

Offrire argomenti di normale conversazione evitare di chiudere la relazione in una dimensione di sofferenza.

Non tentare ostinatamente di "psicologizzare" la persona, egli è un adulto che deve essere mantenuto e recuperato a se stesso.

Individuare i rapporti conflittuali e ricercare nel contesto d'un lavoro condiviso dalla persona e dalla famiglia le possibili soluzioni.

Formarsi alla comunicazione alternativa.

Inserire processi di valutazione dell'operatore nell'ambito dei quali egli possa aver modo di superare l'empasse, crescere, formarsi.

Lavorare sugli assetti organizzativi per ridurre il carico che pesa su ciascun operatore soprattutto in riferimento ad attività improprie, delegabili. Creare i presupposti organizzativi che consentano all'operatore di centrare la propria attenzione all'assistito e ai suoi bisogni.

INTERPRETAZIONE DEI DATI

Gli Infermieri vivono costantemente il contesto della Terapia Intensiva e probabilmente lo vivono più intensamente di qualunque altro operatore. Diviene quindi di grande interesse riuscire a leggere il loro punto di vista in relazione all'argomento in oggetto ma cogliendo a lato tutti gli altri contenuti che hanno ritenuto di proporre all'attenzione del gruppo.

Il focus group ha rilevato una generica iniziale difficoltà ad entrare nello specifico della tematica anche perché forse non si è abituati ad essere "sentiti". I partecipanti al gruppo hanno avviato la discussione esprimendo in maniera del tutto condivisa il concetto che la comunicazione è uno strumento della relazione per cui hanno orientato la prima parte della discussione parlando di gestione dei contesti relazionali e dei relativi ostacoli: dalla carenza di organico, alle consuetudini (approcci standardizzati), ai limiti delle logistiche strutturali (UTI a Box oppure open space). I richiami del moderatore alla tematica in oggetto, hanno consentito di rilevare alcuni aspetti quali: la dimensione del fenomeno che interessa quasi la totalità degli assistiti in Rianimazione, quanto meno nella fase iniziale, per ridursi

ad un "cospicuo" 40% nella fase post-acuta. La Terapia Intensiva della Cardiocirurgia affronta il problema della difficoltà di fonazione nell'immediato post-operatorio (prime sei ore dall'intervento) nella totalità dei casi e si riduce a presentare il problema in riferimento ai soli pazienti cosiddetti "cronici" che rappresentano una casistica limitata ma sempre presente.

L'Unità di Terapia Intensiva Respiratoria presenta un'elevata casistica rispetto a questo problema con l'80% di pazienti tracheostomizzati e in ventilazione supportata invasiva o non invasiva.

La dimensione del fenomeno si è dimostrata molto rilevante, possiamo ora a considerare come viene affrontata: i colleghi della Rianimazione affermano di avere pazienti che per lo più non si relazionano poiché sedati o impossibilitati per danno neurologico. Conoscono il problema che riguarda prevalentemente i post-operati e i pazienti in recupero che alla difficoltà di fonazione sommano quella d'ideazione.

I colleghi della TIPOC affermano di adottare un tipo di comunicazione che varia sostanzialmente nel rapporto con i pazienti acuti rispetto a quello che si stabilisce con i cronici. Con gli acuti si adotta un comportamento quasi standardizzato, comunque condiviso. Un comportamento caratterizzato da una spesso energica sollecitazione alla partecipazione per il potenziamento della compliance polmonare; respirare bene prima di tutto...

Il rapporto con il paziente cronico è invece vissuto con disagio perché in qualche modo sembra rappresentare una sconfitta dell'equipe. L'infermiere è comunque in ambedue i casi referente fiduciario del paziente, suo punto di riferimento che in qualche modo ritarda il recupero delle autonomie e la ridefinizione delle relazioni familiari.

I colleghi della UTIR vivono con disagio la loro difficoltà a corrispondere alle esigenze degli assistiti a causa di un grave problema d'organico. Per la loro operatività s'inserisce inevitabilmente il familiare che in molti casi, non tutti, diviene supporto attivo all'assistenza.

Affermano ancora, di non sentire particolarmente urgente e prioritario l'esigenza di corrispondere al bisogno di comunicare degli assistiti e motivano affermando che i loro pazienti provengono solitamente da storie lunghe di malattia e il problema di comunicare è stato in qualche modo già affrontato e chiuso. Riflettendoci meglio, i colleghi hanno realizzato che parte delle risoluzioni avvengono in senso depressivo, il paziente riduce progressivamente le richieste di comunicazione, si limita all'essenziale e si rinchiuso in una sorta d'isolamento depressivo.

Questa condizione sembra nota anche ai colleghi della TIPOC in riferimento ai pazienti "cronici".

Il fatto che i colleghi della UTIR diano scarsa rilevanza al problema del non poter parlare, viene spiegato dalla collega della Rianimazione dicendo che non si tratta d'una sottostima ma più semplicemente di un problema già affrontato adeguatamente con gli strumenti che la professione fornisce agli operatori. In sostanza, cessa d'essere un problema per l'operatore, quello che può affrontare con efficacia. Questo ragionamento

apre la prospettiva della formazione a potenziamento delle competenze comunicative e relazionali.

Si è descritta la sequenza tipica dell'approccio al paziente che non può parlare ma che desidera comunicare, dalla presentazione delle richieste tipiche, alla ricerca di una singola parola chiave dalla quale estrapolare i termini d'una richiesta che sembra più articolata rispetto a quelle di base.

Si è detto che è importante evitare d'imporre un canale di comunicazione che egli sente di non riuscire a gestire o che comunque non gradisce. È opportuno invece, individuare il suo canale comunicativo preferito ed impiegarlo concretamente anche costruendo uno strumento partecipato e condiviso.

La mancata comprensione del messaggio genera frustrazione sia per l'assistito che per l'operatore il quale ultimo vive contestualmente anche un vago senso di colpa. Il tutto spesso si traduce in allontanamento il cui corrispettivo per il paziente è la solitudine.

Anche l'ostinazione nel volere a tutti i costi imporsi nella comunicazione quando si è verificato un sentire divergente non funzionale è sbagliata, è molto più utile non ostinarsi, non imporsi e proporre il supporto di un collega, il quale inserendosi in un momento successivo ha più possibilità di riuscire a comprendere quello che l'assistito vuol dire.

Occorre evitare i conflitti e non porre il paziente nella condizione di dover gestire un ulteriore aggravio nella relazione che è già molto difficile.

In questo i familiari sono utili solo nel caso di pazienti cronici riacutizzati perché ovviamente hanno già consolidato un'esperienza. Per gli acuti, i familiari non solo non sono di nessun aiuto ma necessitano loro stessi di supporto.

Si è parlato delle richieste tipiche: da quelle relative ai bisogni di base, a quelle più specifiche riguardanti gli esiti della malattia, i tempi dell'eventuale trasferimento e la presenza dei familiari.

Si è anche ragionato sull'opportunità delle comunicazioni alternative e del fatto che nessuna realtà operativa sembra attrezzata con specifici strumenti.

Si è infine concluso con una sorta di sintesi che proietta anche all'esterno della struttura ospedale la problematica con la necessità d'integrazione territoriale per quanto riguarda la gestione dei pazienti domiciliari.

Gli infermieri del gruppo hanno spesso fatto emergere la necessità di lavorare sulle risorse attive e sane della persona per il recupero non solo delle competenze motorie ma anche soprattutto per il recupero della dimensione del sé.

CONCLUSIONI

La condizione del "pesce rosso" e quindi della persona che ha perso temporaneamente o definitivamente la capacità di parlare, è certamente estre-

mamente penosa per chi la vive direttamente e difficile d'affrontare per gli operatori sanitari e per le famiglie. Particolarmente problematico è l'approccio con il paziente che si trovi a vivere un evento acuto ed imprevisto, quindi senza alcuna preparazione.

Se poi si considera che la perdita di fonazione è solitamente un aspetto secondario rispetto all'eclatanza clinica e sintomatologia, ci si rende immediatamente conto del fatto che il paziente che non può parlare, è spaventatissimo, egli vive probabilmente la più intensa esperienza della sua vita dalla quale non sa se riuscirà ad uscire.

Pensando invece al paziente cosiddetto cronico, la responsabilità dei professionisti è ancora fortissima perché si tratta di evitare che una disabilità ulteriore, che incide sulle possibilità di comunicazione, costringa la persona a rinunciare al vivere sociale generando un'altra grave "patologia" rappresentata dalla solitudine.

Gli Infermieri riuniti in gruppo hanno dato delle indicazioni importanti ma soprattutto hanno espresso un autentico interesse ad affrontare anche in chiave di studio e ricerca i disagi degli assistiti per cercare risposte sempre più centrate ed adeguate ai bisogni sentiti anche se non uditi.

B. KENNETH D., *Metodi della ricerca sociale*, Il Mulino, Bologna 1982.

C. MAJELLO, *L'arte di Comunicare*, De Agostini, Novara 1994.

P. ROTONDI, *Persona e organizzazione*, McGraw-Hill, Milano 2003.

C. COGO, G. GRAZZINI, A. IOSSA, *L'impiego dei Gruppi Focus come strumento di indagine sulla qualità percepita dagli utenti nei programmi di screening oncologici*, CSPO Istituto Scientifico Regione Toscana, Firenze.

Come strutturare e gestire un focus group, <http://www.urp.it/Sezione.jsp?titolo=Focus%20Group&tidSezione=52&tidSezioneRif=39>.

Come intervistare un gruppo di esperti in maniera strutturata e anonima, Tecnica Delphi-<http://www.valutazioneitaliana.it/riv/num2/delphi1doc>.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

DI NORA
MARINELLI

Vice presidente
del Collegio IP.AS.VI.
di Perugia

INTERVENTI RELAZIONALI

NELL'ASSISTENZA ALLA PERSONA CHE NON RESPIRA AUTONOMAMENTE

ABSTRACT

Il presente lavoro affronterà la tematica centrale, all'intero processo assistenziale, della persona in ventilazione meccanica assistita: la gestione della relazione in condizioni di difficoltà a respirare autonomamente. Tale relazione è di particolare problematicità dato l'enorme disagio psicofisico cui è sottoposta la persona, un disagio per il quale dovrà sopportare manovre invasive, infusione di farmaci che incidono sul livello di coscienza e sull'assetto affettivo-emozionale. Di tutto questo si parlerà, nella convinzione che la riuscita d'un trattamento dipenda in grandissima misura dagli strumenti relazionali che si offrono alla persona che debba sostenere il trattamento stesso.

Gli infermieri devono porsi nell'ottica di comprendere le dinamiche sottese ad un processo così complesso, per riuscire ad essere di reale aiuto ai propri assistiti e per far sì, che un'esperienza così impegnativa non sia anche invalidante, tale da produrre fenomeni secondari patologici che compromettano la normale capacità del singolo di vivere le proprie giornate senza subirle, di vivere in armonia e nell'interezza del proprio essere.

PAROLE CHIAVE

Relazione, respiro, elaborazione positiva del ricordo.

INTRODUZIONE

Il respiro è nel sentire comune il corrispettivo della vita. Nella produzione letteraria di tutti i tempi, esso ha rappresentato una metafora classica, una modalità ideativa per esprimere sinteticamente l'energia e la dinamica del vivere, quella componente naturale, automatica, inevitabile, forte che in qualche modo rappresenta la stessa esistenza.

Il bambino irrompe al mondo con quel suo primo respiro gridato. La persona, il morente si congela con un ultimo flebile, nostalgico, doloroso respiro.

Il respiro per tutti noi rappresenta in forma figurata, lo spazio della nostra esistenza, quello stesso spazio che si annulla quando non riusciamo a respirare autonomamente.

Implicazioni etiche e deontologiche

Applicare interventi di supporto alla ventilazione costituisce, prima ancora di qualunque giustificata finalità clinica ed assistenziale, una violazione all'integrità della persona. Una violazione al suo diritto d'uno spazio. Una pratica violenta applicata coercitivamente ad un più naturale epilogo.

La ventilazione meccanica è una forzatura alla naturalità, sopportare questa pratica richiede grande consapevolezza, forza d'animo, la capacità di sentirsi ancora attivo e partecipe al processo di recupero delle autonomie.

Difficilmente ciò può essere conseguito da una persona il cui stato fisico sia stato così gravemente provato dall'esperienza dolorosa di una respirazione inefficace.

Ciò probabilmente giustifica la necessità d'una contestuale sedazione che pone la persona in una condizione di attesa, una sorta d'intervallo ideativo durante il quale l'esperienza del vivere è limitata ad una "sopravvivenza" indotta, dipendente dagli interventi esterni; la persona viene espropriata del sé.

Ciò riveste da un punto di vista etico delle importanti implicazioni e gravi responsabilità da parte dei sanitari che si arrogano il diritto/dovere di decidere per l'Altro, di dettare i ritmi del suo vivere e di manipolarne gli atti fondamentali.

In questo processo la famiglia è quasi sempre esclusa dalle decisioni, si tratta d'interventi urgenti, non procrastinabili, che solitamente non provocano resistenze.

E ciò nemmeno quando lo dovrebbero, quando l'applicazione d'una protesi ventilatoria è praticata a persona nel suo fine vita, al grande anziano, a colui che ha espresso una precisa volontà di diniego alla pratica.

La nostra normativa, ampiamente articolata sui temi del rispetto delle volontà e della autodeterminazione, non è vincolante, non definisce chiare linee d'orientamento nei comportamenti, lascia spesso ad un discrezionale del sanitario che risulta offensivo del principio d'inviolabilità e indisponibilità dei diritti della persona sancito dalla costituzione e dalle dichiarazioni internazionali.

Il principio di autodeterminazione è fortemente normato da organismi sia internazionali che nazionali: art. 2, 13 e 32 della Costituzione italiana, art. 5 della Convenzione di Oviedo sui diritti dell'uomo e la biomedicina ratificata con la legge 28 marzo 2001, istituzione dell'amministrazione di sostegno legge n. 6 del 9 gennaio 2004, disposizioni in materia di prelievi e di trapianti d'organi e tessuti legge n. 91 del 1 aprile 1999.

LA VENTILAZIONE MECCANICA

L'autodeterminazione è anche valorizzata dal quadro giurisprudenziale con numerose sentenze, e sul piano deontologico, da vari articoli del codice di deontologia medica ed infermieristica.

Le pratiche invasive di sostegno alla respirazione costituiscono d'altronde, un grande strumento della moderna medicina, che consente di affrontare e superare difficoltà che in altri tempi avrebbero condotto a morte certa. L'intero "edificio" delle terapie intensive poggia su questo elemento cardine attraverso il quale è oggi possibile ricondurre molte persone alla loro vita; attese a termine con epilogo positivo e riconduzione della persona alla pienezza del suo essere.

Umanizzazione delle pratiche cliniche

Accanto alla razionale valutazione degli indubbi benefici, e a seguito d'una esperienza ormai sufficientemente ampia, si avverte l'esigenza di ricondurre scenari d'intervento ed ambiti procedurali alle esigenze delle persone, ad una sorta di umanizzazione delle pratiche cliniche.

Tutti noi abbiamo l'esigenza di conferire alla nostra operatività un significato più alto, di rispetto della naturalità e del sentire individuale.

Abbiamo l'esigenza di sapere che ciò che si fa è quanto di meglio sia possibile per la persona nel rispetto delle sue volontà e in considerazione dell'esigenze del suo entourage familiare e dei suoi prossimi.

Come riuscire in questo intento: conferire eticità, solidarietà ed umanità ad un'operatività che richiede tempi stretti d'attuazione, decisionismo, determinazione, univocità nelle scelte, ridotta discrezionalità, efficienze ed efficacia dell'intervento?

Certamente la costituzione d'una equipe allargata alla famiglia e a tutti i curanti potrebbe aiutare nel senso d'un più proficuo e necessario coinvolgimento di tutte le figure coinvolte nel processo, compresi coloro che rappresentano le volontà dell'assistito, seppure non in termini giuridici, poiché la volontà della persona maggiore di età non può essere vicariata se non per disposizione di legge e di magistratura.

Evidentemente ciò implica adeguamenti organizzativi, tempi da dedicare e una specifica preparazione nella gestione delle dinamiche di team.

Già questo non sembra facilmente realizzabile.

Come ci prepariamo poi, per riuscire a stare vicino alla persona nella disposizione di stabilire una relazione efficace?

Uno strumento organizzativo può essere rappresentato da modalità di lavoro orientate al primary nursing, per quanto attiene alla nostra componente professionale.

Anche in questo caso, occorre considerare il problema delle dotazioni organiche e delle possibilità in concreto di dedicare un infermiere alla cura del suo assistito in tutto il suo percorso clinico.

A questa possibile soluzione si oppongono risorse limitate, approccio culturale non sempre orientato, competenze relazionali insufficienti, scarsamente consapevoli o ancora poco esercitate.

Quindi entra in campo un'ulteriore componente: la formazione.

Esiste una formazione sulla relazione in area critica? Esiste una produzione disciplinare concettuale sufficiente? Quale valore formativo può avere una formazione esercitata da altri professionisti?

Probabilmente non abbiamo ancora risposte a tutte queste domande; gli infermieri ricercatori, docenti, professional, devono entrare nella logica di lavorare sui loro contenuti esperienziali, e riprendere quel percorso avviato dai nostri teorici che condurrà la professione ad un sapere a valenza applicativa, utile, necessario rafforzato, come è giusto, dalle altre componenti scientifiche nell'ottica interdisciplinare.

Rimane poi la difficoltà dei singoli operatori di stabilire relazioni efficaci con l'assistito e i suoi prossimi. Strano a dirsi, riferendoci a professionisti che hanno espresso chiaramente e formalmente il loro mandato sociale nei termini di interventi che partono dalla relazione e che da essa trovano fondamento e sviluppo disciplinare.

L'infermieristica e la sua vocazione naturale, la relazione

La definizione di aree critiche, ipertecnologiche, specialistiche, tecniche, ha deperato la possibilità e le stesse esigenze di sviluppo dei contesti relazionali.

Come recuperare il tempo perso e come porre correttivi a questa sorta di deviazione dell'infermieristica dal suo percorso naturale, quello relazionale?

Altra domanda di difficile risposta!

Probabilmente riflettere sui casi, sulle situazioni, sui disagi, sulle diverse motivazioni, potrebbe far recuperare quella esigenza di vissuto anche emozionale ed affettivo. Come farlo?

Nel contesto di gruppi monoprofessionali o multi professionali.

Quando, come, con quali strumenti e competenze, motivando la partecipazione in che modo?

Ancora domande senza risposte!

Forse occorrerebbe un'organizzazione sovrastrutturale che "comandi" questi momenti, riconoscimento contrattuale, risorse, tempi.

Poi c'è la necessità di acquisire consapevolezza dei vissuti degli assistiti, sapere che esistono delle sindromi da stress post-traumatico dove per esempio una delle più importanti componenti è l'esperienza della tracheo-aspirazione che noi così agevolmente pratichiamo anche in maniera non sempre giustificata dal reale bisogno.

I nostri atti hanno conseguenza nel vissuto dei nostri assistiti, noi provochiamo sofferenza, dolore, la nostra indifferenza produce dolore.

Le disattese ed inascoltate richieste mute del "pesce rosso": cosa mi succede, che mi fate, mi fate male, aspetta dammi tempo, perché sono solo, dove sono i miei familiari, mi dà fastidio la luce, che ore sono, dove sono, che mi è successo, perché non mi parli, perché non riesco a parlare, sono qui guardami ho paura, stai con me, mi sento solo, perché sono nudo.

Abbiamo avuto bisogno d'una invenzione letteraria per parlare del vissuto delle persone in una UTI. Abbiamo letto del vissuto degli operatori, ma solo di quelli d'una componente, perché noi non ci siamo espressi, il nostro vissuto è presuntivo, dedotto, valutato in base a ciò che appare in una quotidianità priva di veri momenti di confronto.

Nè siamo usciti offrendo di noi un'immagine sbiadita, presenze inconsapevoli, sempliciotti che esercitano casualmente atti di varia umanità dei quali non hanno coscienza. È questa la nostra vera dimensione professionale? È questo quello che vogliamo essere: sempliciotti maldestri e inconsapevoli?

Forse sì, è così; siamo come ci descrivono se non riusciamo ad esprimere altro. Ma il nostro intento non deve essere orientato solo a modificare un'immagine sociale, ma dobbiamo volgere i nostri sforzi nel metterci in gioco nella pienezza del nostro essere come persone, portatrici di valori, quelli stessi che abbiamo condiviso con il nostro codice deontologico.

CONCLUSIONI

Al di là di quelli che possono sembrare facili moralismi, abbiamo il diritto/dovere d'identificare i bisogni veri dei nostri assistiti per pianificare risposte delle quali dobbiamo imparare a verificare l'efficacia, dare significato alle nostre operatività marginalizzando e contenendo le forsennate richieste delle organizzazioni, elefantache, burocratizzate, dissennate, disumane; mostri che stritolano tutti i valori per rappresentare unicamente il proprio: quello per il quale l'unica motivazione agita consiste nella necessità di preservare l'organizzazione stessa, finalizzando ogni attività alle sue richieste, fuori da qualunque logica di servizio.

Vogliamo essere parte di questo o muoverci come forza propulsiva per un cambiamento reale?

Un cambiamento per riaccentrare gli obiettivi alle esigenze dei cittadini, delle persone sane o malate, delle famiglie, in ultima analisi di noi tutti.

BIBLIOGRAFIA

COSTANTINI M., BORREANI C., GRUBICH S., *Migliorare la qualità delle cure di fine vita*, Erickson, Collana il sole a mezzanotte, 2008.

G. BERTOLINI, *Scelte sulla vita*, Guerini studio, 2007.

BENCI L., *Elementi di legislazione sanitaria e di biodiritto*, McGrawHill, 2009.

SIAARTI, *Parere ufficiale della società italiana di Anestesia Rianimazione e Terapia intensiva in materia di fine vita, stati vegetativi, nutrizione e idratazione*, maggio 2009.