

## Relazione alla Giornata di Studio

### La politica, i cittadini, le cure: A quali impegni è chiamata l'infermiera?

Elsbeth Wandeler, responsabile del dipartimento politica professionale ASI Svizzera

#### Introduzione

Egregi Signore e Signori,

È un vero piacere per me poter partecipare di nuovo ad un convegno in Ticino ed in particolare avere l'opportunità di completare il tema del giorno con delle riflessioni sulla politica professionale.

L'interrogativo di questo convegno "É possibile dare visibilità alle cure?" é fondamentalmente sbagliato, poichè non si tratta di stabilire se siamo in grado di farlo, bensì **perchè lo dobbiamo fare e che cosa dobbiamo rendere visibile!**

Nel mio intervento di oggi cercherò di illustrare la relazione tra le decisioni politiche, le ripercussioni sui pazienti, la professione dei curanti e le cure come servizio nella nostra società. Ma non mi fermerò qui, renderò visibile quali sono i compiti che spettano a noi curanti e quale responsabilità etica ognuno di noi deve assumersi. Illustrerò il valore delle cure come servizio sociale e il loro significato nel sistema sanitario. Per fare ciò dobbiamo chiederci perchè proprio nel finanziamento delle cure viene fatto il primo passo verso la desolidarizzazione nel sistema sanitario. Una nostra importante responsabilità etica consiste nel mostrare in che misura lo smantellamento nel finanziamento delle cure si ripercuote sui pazienti e sulla società. A giusta ragione definiamo il mandato delle cure come un mandato sociale. Onorare questo mandato significa confrontarsi con le condizioni sociali di base e con i relativi mutamenti, oppure, in parole povere, partecipare al dibattito politico e prendere posizione.

#### **Le cure sono una prestazione, non un atto di gentilezza**

La discussione di oggi verterà in primo luogo sul valore sociale delle cure intese come prestazione sanitaria e solo in secondo luogo sul valore della nostra professione. Forse vi chiederete **perché**. Viviamo in una società che definisce il valore di un prodotto o di una prestazione tramite il rendimento economico, fissandone poi il prezzo. Ciò vale anche per le prestazioni infermieristiche e questo è espresso molto chiaramente nel documento del Consiglio federale sulla nuova regolamentazione del finanziamento delle cure.

L'ufficio federale competente fa sul serio proponendo che in futuro in ambito ambulatorio e nelle case per anziani unicamente le cure terapeutiche verranno completamente finanziate dall'assicurazione obbligatoria, mentre le cure di base saranno coperte solo parzialmente. Non esiste un quadro migliore e più attuale per rendere visibile il valore delle cure. Non si tratta però di rendere visibile il rendimento economico-aziendale delle cure, quanto piuttosto il rendimento politico-economico, cioè quanto le cure offrono alla popolazione.

Per poter capire un problema di solito vale la pena dare uno sguardo al passato. Per quanto mi concerne ciò significa tornare all'origine della professionalizzazione delle

cure. Come tutti voi sapete, la pioniera delle cure infermieristiche professionali, Florence Nightingale, giunse alla conclusione, sui campi di battaglia, che la migliore operazione avrebbe avuto successo solo se la ferita sarebbe stata curata in modo professionale, evitando così eventuali infezioni. I medici riconobbero molto rapidamente il valore di una cura professionale delle ferite, e proprio loro hanno sostenuto Florence Nightingale nella professionalizzazione delle cure. In poche parole, è stato il valore visibile di una prestazione classica delle cure terapeutiche a dare il primo impulso per lo sviluppo della nostra professione. Questo ha fatto in modo che nella sua fase iniziale la formazione infermieristica si sia orientata molto verso le aspettative, le esigenze e le richieste che i medici avevano nei confronti delle cure. Già allora le misure infermieristiche di base non godevano degli stessi criteri di valutazione, ma erano piuttosto considerate come un servizio caritatevole, frutto di una vocazione religiosa cristiana. Questa diversa valutazione delle attività infermieristiche è pure stato l'argomento usato per giustificare il fatto che queste "suore" al servizio della vocazione venissero sottopagate. La logica era chiara, con le cure terapeutiche l'infermiera prestava servizio al medico, con le cure di base a Dio. Ora, a giusta ragione, mi potreste far notare che oggi siamo nel 21.secolo, la suora ha lasciato il posto all'infermiera e in nessun centro di formazione di una certa serietà si fa la distinzione tra cure di base e terapeutiche. Allora, perché l'ufficio federale ha avuto l'idea assurda di usare questi termini proprio nell'ambito di un finanziamento delle cure rivolto al futuro?

## **Il settore sanitario – un mercato**

Sentiamo e leggiamo quasi giornalmente che il settore sanitario è un mercato e le prestazioni devono orientarsi in tal senso. Ciò vale anche per le cure. Dobbiamo quindi confrontarci con questo mercato sanitario e i suoi principi. I principi in base ai quali esso fa, o meglio, raccoglie i suoi guadagni, sono fenomeni come malattia, invalidità, paura, dolore, morte, e solo grazie ad essi si possono ottenere dei guadagni. Si tratta quindi di sfruttare economicamente questi fenomeni. Non si tratta **solo** di chiedersi che cosa porta questo all'uomo, ma pure che cosa porta all'economia. Altrimenti come si possono spiegare gli enormi mezzi che si investono nell'industria chimico-farmaceutica o nella tecnologia medica, e i guadagni che questi investimenti rendono sempre più cospicui. Finché la persona malata viene considerata un fattore economico, pesa solo indirettamente sul settore sanitario. Tuttavia, non appena le possibilità diagnostico-terapeutiche sono esaurite, la persona malata diventa un semplice fattore di costo. Da questo punto di vista si capisce perché le cure terapeutiche hanno un valore maggiore rispetto alle cure di base, che costituiscono, per altro, il nucleo di questo affare. Un simile orientamento del mercato del sistema sanitario si ripercuote anche nella valutazione dei singoli settori professionali. Altrimenti, come si può spiegare il fatto che la psichiatria e in particolare le cure psichiatriche ambulatoriali siano sempre l'ultima ruota del carro nella distribuzione delle risorse, o che ci si deve battere per il diritto alle cure palliative? Nella nostra società la morte e le cure ai morenti non fanno **più** parte integrante della società, ma sono ormai diventate un settore speciale nel sistema sanitario.

Siamo così arrivati al problema centrale delle cure e al loro valore nella società.

## **Cure di base – l'alta scuola delle cure e il loro valore**

Siamo tutti d'accordo nel ritenere che le cure alle persone con gravi problemi di salute o in fin di vita richiedono un impegno notevole, poiché si tratta di dare sollievo e dignità a chi si trova nella fase più difficile della vita. Ma siamo sinceri, chi fra coloro che si trovano in questa sala potrebbe pensare ad una carriera professionale nelle cure di lunga durata? Come ha detto in modo molto schietto Annemarie Kesselring, nelle cure a lunga durata non si riceve il premio Nobel. L'esperienza seguente, che ho fatto in una classe nell'ambito di un programma passerella dal dipl. liv. I al dipl. liv. II, mostra chiaramente la nostra attitudine nei confronti di questo tipo di cure. Ho chiesto ai giovani studenti, tutti attivi nelle cure di lunga durata, perché volevano ottenere il dipl. liv. II. Tutti hanno risposto che preferivano lavorare nel settore acuto. Ho chiesto loro il motivo di questa scelta e la risposta è stata che le cure di lunga durata sono monotone, si fanno sempre le stesse cose, non ci sono successi e soprattutto non si è riconosciuti, neppure dai colleghi che lavorano nel settore acuto. Questa è la verità. E non si può certo biasimare chi vorrebbe fare un lavoro il cui valore viene riconosciuto e apprezzato dalla società. La scarsa considerazione da parte della società nei confronti delle persone anziane e bisognose di cura è la causa della non disponibilità a pagare il giusto prezzo per curare queste persone. Le proposte formulate, come quella del Consiglio federale, cioè l'idea di una speciale assicurazione per le cure oppure quella dei direttori della sanità di favorire i pazienti spitex rispetto agli ospiti delle case per anziani, la dicono lunga. Su una cosa sono tutti d'accordo, ci vogliono mezzi supplementari per il finanziamento delle cure, tuttavia la società non è disposta ad assumere in modo solidale il forte rischio del bisogno di assistenza. E' però chiaro che se il settore delle cure di lunga durata si trova con sempre meno mezzi, la precaria situazione che già oggi regna in questo settore non farà che peggiorare e l'attrattiva per i professionisti si indebolirà ulteriormente. A questo punto non servono neppure le nuove e accattivanti proposte di formazione per richiamare l'interesse dei giovani verso questo settore.

## **Rivalutazione della formazione significa anche rivalutazione delle cure?**

Non dobbiamo perdere di vista la relazione tra il valore delle cure e il riconoscimento della professione. Come ho appena spiegato, il fatto di riconoscere che le cure hanno un valore visibile, basti pensare ad esempio alla cura delle piaghe da decubito, porta alla professionalizzazione delle cure stesse. Tuttavia abbiamo riconosciuto che non basta focalizzare la professionalizzazione unicamente sugli atti delegati dal medico, ma che essa deve comprendere il mandato sociale delle cure nella sua totalità, cioè non solo il trattamento delle malattie, bensì anche il modo di affrontare la vita durante la malattia, con il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari, come pure la prevenzione e la promozione della salute. In questo ambito abbiamo già compiuto passi importanti, tuttavia ci chiediamo: questi nuovi e importanti compiti della nostra professione vengono adeguatamente riconosciuti dalla società? L'utilità politico-economica di queste prestazioni infermieristiche è riconosciuta e si riflette a livello di finanziamento? E qui apro gli occhi. Nessuno mette in discussione il fatto che la formazione debba considerare queste nuove competenze. E neppure il fatto che il livello di formazione debba essere adeguato a tali esigenze. Tuttavia quando si tratta di creare le condizioni necessarie affinché i curanti possano mettere in pratica queste nuove competenze, i politici responsabili dubitano della necessità di questo tipo di formazione globale e ritengono che possa bastare un minore bagaglio di conoscenze, sostenuto da un grande cuore. Diventa

così chiaro che il mandato sociale che ci siamo assunti non gode di un'adeguata valutazione da parte della società, che non ha riconosciuto l'utilità di queste prestazioni e quindi non è disposta a pagarne il prezzo. Il mandato delle cure può essere veramente efficace solo se riusciamo a metterlo in pratica in modo autosufficiente. Per questo sono necessarie delle basi legali. Ciò significa che non è il medico che prescrive le cure, ma siamo noi che agiamo assumendoci le nostre responsabilità; infatti curare va ben oltre l'esecuzione di atti terapeutici delegati dal medico.

#### **Riassunto di questa prima breve analisi:**

- nella formazione la suddivisione tra cure di base e terapeutiche è stata sostituita dalle 5 funzioni, tuttavia essa influenza ancora fortemente le decisioni politiche e quindi anche la pratica professionale
- le cure terapeutiche, intese come prestazioni orientate sulla diagnosi e la terapia, quale atto delegato dal medico, godono di maggiore considerazione, poiché la loro utilità economica è ben visibile
- le cure di base godono di una debole considerazione e rivestono un ruolo secondario nella nostra società orientata verso il guadagno
- della diversa valutazione delle cure di base ne risentono anche gli stessi curanti
- la rivalutazione della formazione non porta necessariamente una rivalutazione delle cure infermieristiche

#### **Rendere visibile il valore delle cure, ma quale deve essere il nostro messaggio?**

Siamo tutti d'accordo: lo scorso anno, al congresso di Basilea, abbiamo proclamato l'anno della visibilità delle cure. Tuttavia permettetemi questa domanda: quali cure vogliamo rendere visibili e quale valore delle cure dobbiamo rendere visibile? La mia breve analisi ha mostrato che non dobbiamo rendere ulteriormente visibile il valore delle cure terapeutiche, del quale si è reso conto perfino il consiglio federale. Ma le apparenze ingannano. Le cure terapeutiche beneficiano di un maggior valore rispetto alle cure di base, tuttavia questo non dice nulla sul valore delle cure nel loro insieme. Sappiamo che le cure terapeutiche da sole, senza considerare l'insieme delle esigenze del paziente, non potranno mai essere efficaci. Quindi non si possono mettere a confronto le singole prestazioni infermieristiche, ma occorre dimostrare l'efficacia delle cure nella loro globalità. Si deve chiarire che cosa succede se le cure non sono, o non sono più, erogate in modo efficace, quali sono le ripercussioni per il paziente e quali sono i costi a livello sanitario. Siamo noi che dobbiamo trasmettere questo messaggio, affinché appaia evidente che **per questo** è necessario poter disporre di personale qualificato. In questo senso possiamo operare in modo credibile se siamo convinti che le cure non possono essere suddivise in singole prestazioni, che le cure comprendono l'assistenza globale di una persona malata. A questo proposito permettetemi di fare un appunto: deploriamo la specializzazione dei medici, che per ogni sintomo ci si rivolge subito ad uno specialista, che in questo modo spesso si perde di vista il trattamento e le cure globali. Oggi abbiamo bisogno di Case Manager, che rimettono assieme le singole prestazioni, valutazioni e misure nell'interesse del paziente. Dobbiamo imparare dalle esperienze dei medici, che oggi con la rivalutazione della medicina generale devono ristabilire l'equilibrio tra specialisti e medici di base. Oltre alla specializzazione dobbiamo quindi sempre tenere in considerazione la situazione generale del paziente, e dobbiamo sempre svolgere il nostro compito di specialiste riconoscendo lo stesso valore alle cure svolte

dagli altri professionisti. Non possiamo aspettarci che i politici considerino le cure nella loro globalità, se non lo facciamo noi stessi.

### **Curare in modo efficace fa risparmiare**

Tutti parlano di soldi, lo dobbiamo fare anche noi. Oggi non basta più dire quali sono i benefici delle cure per il paziente, ma dobbiamo mostrare che cosa portano alla società. Un paziente non è mai solo un paziente; un paziente è sempre una parte della società, di un sistema, di una famiglia. Partendo da questo presupposto il mandato delle cure assume una connotazione sociale. Perciò dobbiamo rendere visibile questa utilità sociale delle cure, attraverso esempi pratici. Eccone alcuni: grazie alle cure una persona può essere integrata nel processo lavorativo pur avendo delle limitazioni fisiche, grazie alle cure il suo potenziale di recupero viene stimolato e la sua autonomia viene salvaguardata; una madre può vivere in famiglia malgrado una grave invalidità, partecipando così attivamente all'educazione dei figli. Dobbiamo mostrare che se da una parte le cure comportano dei costi a livello della LAMal, si possono comunque ridurre in altri settori, come ad esempio evitando che una persona con disturbi psichici resti disoccupata o invalida. Trattando questi aspetti parliamo del valore delle cure per la società.

### **Che cosa si deve fare?**

Prima di poterci occupare delle misure che si devono adottare per rendere visibile il valore delle cure nella società, occorre confrontarci con il ruolo degli attori più importanti del settore sanitario e dei loro interessi. I più importanti gruppi nel settore sanitario sono i pazienti, i fornitori di prestazioni e coloro che sostengono le spese, ognuno con interessi ben distinti:

- i pazienti si aspettano prestazioni di qualità nel luogo da loro scelto e a prezzi accessibili
- i fornitori di prestazioni vogliono fornire il maggior numero di prestazioni a **buon prezzo**
- gli altri fornitori, cioè l'industria medico-tecnica e farmaceutica, vogliono trarre guadagni consistenti dal sistema sanitario
- e coloro che sostengono le spese, cioè gli assicuratori, lo Stato e i pazienti vogliono buone prestazioni a prezzi bassi, meglio se a carico di terzi

Al centro di tutta la problematica si trovano quindi le prestazioni, il loro prezzo e la domanda su chi li deve pagare e chi vuole trarne che guadagno. Il tiro alla fune può iniziare e diventa chiaro che la decisione fra vincitori e perdenti è una questione di equilibri. Un altro aspetto altrettanto chiaro, e si tratta di una premessa etica di base in un sistema sanitario sociale, è che l'accesso all'assistenza sanitaria deve essere garantito a tutti, indipendentemente dalla malattia e dalla situazione sociale del singolo individuo. Questa conquista socio-politica, raggiunta con l'introduzione della LAMal, deve essere difesa. Un classico esempio su dove può portare il braccio di ferro tra gli attori del sistema sanitario lo vediamo nell'attuale dibattito sulla nuova regolamentazione del finanziamento delle cure o nella recente decisione in merito alla medicina complementare.

### **L'ASI – la voce politica delle cure**

Sono convinta che uno dei compiti principali dell'associazione è dibattersi per il finanziamento delle cure e quindi per il loro valore. Forse non siete della stessa opinione, forse fate parte di coloro che ritengono che l'associazione deve impegnarsi

in primo luogo per lo sviluppo delle cure e della professione. Per me non è così. Secondo me il valore e il riconoscimento che la società attribuisce alle cure, sta alla base di ogni sviluppo professionale. Se riusciamo a convincere chi prende le decisioni e la società del significato delle cure, essi ci appoggeranno anche nel nostro sviluppo professionale e ci daranno le condizioni necessarie per esercitare la nostra professione nell'interesse della società.

La nostra credibilità politica richiede la collaborazione e la sintonia tra l'associazione e i suoi membri, o meglio, tutte le infermiere. Questa è la base che ci permette di operare i cambiamenti necessari per la nostra professione e per le cure intese come prestazione. L'ASI è consapevole della propria responsabilità e dei propri compiti. Ha riconosciuto che alla fine si tratta sempre di soldi e di potere. Ma chi infonde forza all'ASI? Siete voi, infermiere e infermieri, che ci legittimate e ci fornite i mezzi per batterci a favore della nostra professione. Tuttavia ciò non basta; la seconda importante sfida risiede nella strategia che dobbiamo adottare. **L'etica professionale e la politica** sono due elementi che devono essere uniti, poiché azione politica ed etica significa non agire nel proprio interesse, ma soprattutto a favore di coloro che non si possono far sentire. Non possiamo delegare l'azione politica o etica a nessuna organizzazione, a nessun sindacato, a nessuna autorità politica, poiché i concetti di etica e politica si basano sulla responsabilità del singolo, di ogni curante. I tagli finanziari non sono dei colpi del destino che dobbiamo sopportare, ma sono un richiamo alla nostra responsabilità etica, richiedono la nostra resistenza, la nostra forza, il nostro coraggio e il nostro impegno per le cure, e per la nostra professione. Tutto ciò nella convinzione che le cure rappresentano un valore unico per la nostra società, per il quale si deve lottare, non da ultimo per il fatto che tutti noi facciamo parte di questa società.



**santésuisse**

Abstract Relazione di GianPaolo de Neri  
segretario generale santésuisse Ticino

## **SI PAGA SOLO CIÒ CHE E' VISIBILE?**

Mi è stato chiesto quale rappresentazione ha santésuisse della professione infermieristica. Rispondo volentieri asserendo che per santésuisse, le infermiere e gli infermieri, sono dei partner contrattuali, come gli altri fornitori di prestazioni e, con tutti, santésuisse desidera mantenere buoni rapporti di collaborazione. Considerando in modo particolare che abbiamo un comune denominatore: quello di cercare di risolvere insieme il complesso problema della salute.

Al secondo quesito sollevato: quali sono i criteri che determinano la scelta delle cure da finanziare, per semplicità e chiarezza risponderò in modo generale, non limitandomi al solo capitolo infermieristico.

I presupposti per un'assunzione dei costi da parte degli assicuratori malattia sono previsti dall'art. 32 della LAMal che indica semplicemente che le prestazioni devono essere efficaci, appropriate ed economiche.

D'altra parte la LAMal prevede nell'art. 56 che il fornitore di prestazioni limiti le prestazioni a quanto esige l'interesse dell'assicurato e lo scopo della cura e che la remunerazione potrà essere rifiutata per le prestazioni eccedenti questo limite.

Ora definire l'interesse dell'assicurato in una cura compete unicamente al fornitore di prestazioni, il quale a volte, invece di far capo alle sue conoscenze professionali, si lascia convincere dall'assicurato ad un eccesso di prestazioni inutili, eccesso che ha quale unico effetto un aumento dei costi.

Nell'ambito del normale mercato la verifica della qualità è fatta direttamente dal consumatore. Nel nostro campo purtroppo l'assicurato non è in grado di verificare la qualità ed il costo delle cure (prestazioni), inoltre, non dovendo assumere direttamente i relativi costi, viene a cadere l'interesse diretto del consumatore di verificarne i prezzi.

Viene così a cadere la principale regola del libero mercato nel quale il consumatore è in grado, prima di un acquisto, di liberamente scegliere fra diverse offerte.

Stesso discorso vale per quanto attiene alla verifica della qualità delle cure. Abbiamo il tipico esempio dell'assicurato che si reca all'ospedale: quando viene dimesso le principali osservazioni sono legate al vitto, all'alloggio, al servizio ed ai tempi di attesa, mentre, ben difficilmente, può esprimersi con conoscenza di causa, sulle terapie e sulla loro efficacia.

In pratica l'assicurato esprime un parere su cosa e quanto ha ricevuto, ma non è quasi mai in grado di esprimersi sulla qualità delle prestazioni.

Non a caso l'art. 77 dell'OAMal incarica i fornitori di prestazioni o le loro organizzazioni ad elaborare concetti e programmi in materia d'esigenze inerenti la qualità delle prestazioni e la promozione della qualità.

Qualità delle prestazioni che devono essere commisurate alle indicazioni del singolo caso, alla loro adeguatezza, alla necessità ed all'importanza della prestazione fornita.

Per tale motivo è molto difficile elencare i criteri che determinano la scelta delle cure da finanziare, questi criteri devono perciò essere definiti e vagliati dal fornitore di prestazioni in ogni singolo caso.

Il desiderio degli assicuratori malattia è quello di riuscire a motivare ogni fornitore di prestazioni a prestare buone cure e terapie al paziente, in modo adeguato alle necessità del singolo.

## Haute école de santé Fribourg: Dr. Michel Nadot

### L'implicito e l'esplicito dell'attività curante quotidiana

La parola "cura" anche "infermieristica" è riduttiva della complessità delle prestazioni di servizio fornite dai curanti.

Aula Magna Centro San Carlo – Lugano-Besso  
Martedì 22 novembre 2005

Signore, Signori, care colleghe, cari colleghi.

Come rendere visibile quello che sovente è intangibile e indicibile? Di cosa si compongono le prestazioni di servizio date dagli infermieri e chi ne sono i principali beneficiari?

Gli infermieri e le infermiere hanno subito un lavaggio del cervello, al punto da non più poter rendere visibile il sapere accumulato in più di 300 anni? Quale posto occupa la storia della nostra disciplina professionale nei programmi di formazione odierni?

La storia è innanzitutto ricerca. La ricerca storica ha per funzione quella di rilevare, a partire dalle tracce di cui disponiamo, i fatti del passato. Essa deve anche permettere di sfumare, al limite correggere i luoghi comuni e di aprire delle finestre su ciò che è occultato. La storia evita anche l'alienazione delle generazioni future e mette in guardia contro la produzione di "lavoratori consumatori performanti, ma esseri senza memoria, senza identità, senza radici"<sup>1</sup>

Senza storia della propria cultura, la professione infermieristica all'inizio del 21 secolo è in crisi. È ciò che rilevano i ricercatori nord-americani in scienze infermieristiche. Consigliano agli infermieri di concepire "un modello professionale che sia differente dal modello biomedico" (Rousseau, 1997).

La storia della disciplina, quando è insegnata, prende sovente aspetti ibridi o mistici, non permettendo d'integrare realmente la materia e di cogliere come si è effettuata la lenta standardizzazione delle pratiche e della cultura professionale odierna (Grehas, 2005). La storia non è duplicazione dei miti e dei clichés. Quale ruolo gioca la storia della nostra disciplina quando ancora si scrive, come leggo nell'ultimo numero della nostra rivista professionale (10/2005), che Florence Nightingale sarebbe la madre delle cure infermieristiche professionali? Ciò che è eccessivamente riduttivo. Le descrizioni delle funzioni del personale curante esistono dal 14 secolo e l'attività laica professionale delle cure trova spazio in un gran numero d'ospedali. Abbiamo per caso qualche cosa di inammissibile da nascondere? Non dispiaccia a certi spiriti malinconici, le "infermiere" d'oggi non erano le religiose del passato. Di conseguenza staremo attenti a non mischiare la cultura religiosa che si riallaccia alla teologia e il cui beneficio dell'azione è spirituale e celeste, con la cultura profana le cui finalità sono economiche e terrestri.

#### **In che modo le cure sono esse "infermieri" e i dati che portano, "infermiere" ?**

È dunque partendo dai miei lavori di storia del Nursing, e di una ricerca fondamentale sulla nostra disciplina che baserò il mio esposto.

<sup>1</sup> Bugnon-Mordant M. (2004) Questo indottrinamento che passa per PISA. *La liberté*, 16 dicembre 2004

Ricordo che il termine “infermiera” è un termine religioso costruito su “inferno” (infer-(no)miera) che significa “cattivo” e “malsano”. Questo termine ha tre dimensioni teologiche nelle sue fondamentali semantiche:

- L'eziologia demoniaca della malattia
- Il corpo come ricettacolo del cattivo e del malsano
- La ricerca del difficile come bene nella suora ospedaliera (la promessa escatologica dell'infermiera)

La storia della nostra disciplina ci indica che, contrariamente alle opinioni ricorrenti, così come il piccolo africano non aveva degli antenati gallici dagli occhi blu e i capelli biondi, così l'infermiera non ha una tradizione religiosa, paramilitare o paramedica, se ci fidiamo dei manuali scolastici distribuiti dalle potenze coloniali. (Nadot, 2003)

Perché sempre posizionarci come “professione ausiliaria”, dipendere dalle culture dominanti o presentarsi come “para qualcosa” ? Perché il nostro linguaggio o i metodi costitutivi delle nostre scienze arrivano talvolta fino ad imitare i linguaggi dominanti, notoriamente quello della cultura medica? Perché le infermiere non trovano nulla da ridire, quando le si apostrofa del qualificativo di “personale paramedico” (Renault, citato da Moureau, 1991,21)? Senza risposta a questi quesiti, ci ritroviamo oggi presi in ostaggio da una legge e dalla sua ordinanza d'applicazione che situa l'infermiera e i suoi ausiliari nei “fornitori di cure dipendenti dalla prescrizione o dal mandato medico” per l'insieme delle loro prestazioni (art. 35 LAMAL, 1994).

Nelle civiltà antiche, è attorno ai “fuochi” che l'attività di prendere cura comincia. Non si censisce ancora il volume di una città dal numero dei suoi abitanti. Il fuoco diventa più tardi il focolare e, al centro del focolare, bisogna già prendere cura dell'umano, prendere cura del gruppo (la famiglia) e prendere cura del contesto. Qui il contesto corrisponde al latino *domus*, a sapersi “la casa”.

Prendere cura della casa e di quelli che ci vivono, individui o gruppi di tutte le età, marcano le fondamenta nelle quali si ritrova, dal 10 secolo, gli elementi compositi originari della disciplina professionale infermieristica. “*Domus/familia/hominem*” tali erano in latino le fondamenta del “prendere cura”.

Dopo il fuoco, il focolare, la dimora, la Casa, l'Economia domestica, lo spazio-tempo della cura diventa allora l'ospedale. È fatto per quelli che sono fuori dal focolare, quelli che affrontano le miserie ordinarie della vita e non hanno più luoghi nei quali dimorare. L'ospedale è lo specchio della classe popolare e della servitù. La classe agiata ha la sua propria organizzazione di cura e altri luoghi di vita: manieri, castelli, dimore borghesi lussuose o patrimoniali, *dépendances*, eccetera).

Curare, non consiste solamente nel rendere un servizio esclusivo a delle persone comunemente chiamate “malate”. Prendere cura esige delle competenze superiori alle sole rappresentazioni (Nadot, 2002). Per ignoranza della storia della propria disciplina e per rigetto delle funzioni svalorizzate ai suoi occhi, la professione infermieristica si appoggia sovente su testi riduttivi della propria attività. Non è già facile prendersi cura della propria famiglia quando si ha la fortuna d'averne una, allora immaginate la complessità che attende quelle e quelli che, nelle nostre istituzioni, aiutano a varcare i passaggi difficili della vita. Questi bussano alla porta senza avvertire e determinano così il momento dove la chiamata all'aiuto diventerà effettiva.

In questo anno della visibilità delle cure menzionato dalla nostra associazione professionale (Wagner 2005) smettiamola di parlare solo di “cure”. Il termine cura è riduttivo della complessità delle prestazioni di servizio offerte e ci porta a dei vicoli ciechi. L'attività professionale comprende la cura, ma non l'inverso. Possiamo nel futuro, controllare il senso del vocabolario che utilizziamo? Cosa sono queste “cure di trattamento” che ci presentano oggi (ASI, 10/2005) e che va, tale “ossimoro”, aggiungersi agli altri 45 qualificativi che utilizziamo già nella nostra letteratura professionale. Cosa comprendono i nostri differenti interlocutori davanti a un tale linguaggio? Abbiamo l'abitudine di differenziare ciò che rileva da “l'aiuto alla vita”, “la cura”, ai terapeutici in uso, “il trattamento”. Come la natura, per vivere si ha sempre bisogno di cure, ma non sempre di trattamenti. Ma quando c'è trattamento, si raddoppiano le cure (Collière, 1996, 174). Non mischiamo “Care” e “Cure”. Le loro tradizioni le distinguono fin dall'Antichità greco-romana.

Prendiamo l'esempio delle “cure di base”. Per una maggioranza d'infermiere e di quadri, “cure di base” significa “cure elementari di cure terapeutiche semplici o complesse”. Quando originariamente, le “cure di base” riflettono l'attività che costituisce la base della disciplina curante e strutturano la funzione indipendente del ruolo professionale. Conseguenza: oggi queste cure sono svalorizzate o affidate ai nostri ausiliari e reclamano solo una contribuzione da parte delle casse malati invece d'essere finanziate in funzione della loro complessità. L'aiuto alla vita non è spettacolare, è ritenuto insignificante quando è invece vitale. Questo scivolamento di senso nel linguaggio professionale a proposito delle “cure di base” toglie ai curanti ciò che

resta della loro autonomia senza che la professione infermieristica abbia realizzato la portata della perdita, come lo rilevava Collière nel 1994 (1994, 20-21). Perché citare un solo gruppo beneficiario delle nostre prestazioni quando ce ne sono tre al minimo?

Nel 1992, i miei lavori nella ricerca fondamentale davano luce a un modello dell'attività curante, conosciuto oggi con il nome "modello d'intermediario culturale". Il modello dimostra se il ruolo professionale consiste nel fare talvolta degli "interventi"<sup>2</sup>, quest'ultimi non riflettono la globalità dell'attività curante e sono, conseguentemente, riduttivi. La nostra attività professionale si svolge in seno a relazioni asimmetriche che un insieme di attori hanno strutturato sottoforma di giochi sociologici. Questi giochi vanno iscritti in un tessere di scambi politici.

Il servizio reso dalle infermiere, infermieri e i loro ausiliari, ha delle variabili tridimensionali. In effetti bisogna:

- prendersi cura dell'umano a tutte le età della vita.
- prendersi cura della vita del gruppo dato che l'azione curante si opera in seno ad una comunità.
- prendersi cura della vita del contesto, precisamente dei suoi aspetti socio-economici, logistici, domestici e nella trasmissione del patrimonio (ricambio accademico e professionale).

Nella storia della nostra disciplina, tre culture vanno cronologicamente e progressivamente orientare l'attività curante: la cultura istituzionale dalla fondazione dell'ospedale, la cultura medica dallo sviluppo della clinica, e la cultura curante non medica quando bisognerà "aiutare a vivere".

Notiamo che lo si vede bene su questo schema, chi beneficia del servizio reso. Perché sempre situare i nostri interventi nella colonna di mezzo e lasciare nell'ombra gli altri beneficiari ?

La cultura istituzionale (SC1) che prevale alla fondazione dell'ospedale orienta le prime pratiche. Dal momento che parlo di pratiche, ne do pure la definizione. Si intende per pratiche un'azione umana controllata e guidata da elementi simbolici compresi in un sistema culturale (conoscenze, valori, ideologie). La pratica è una conseguenza della traduzione e della comprensione dei valori in norme d'azione (Nadot, 1993, 164).

La cultura curante (SC3) che consiste a "prendersi cura" e "aiutare a vivere" è un'attività riflessiva e resta maggioritariamente una pratica profana fino al 1860, vedi 1950.

La cultura medica (SC2) è progressivamente prescritta ai curanti dalla fine del 18 secolo, specificatamente a partire dal 14 del terzo mese del calendario repubblicano (*frimaire*) dell'anno III napoleonico.

Otteniamo allora su un piano metodologico una categorizzazione etnostorica a nove gruppi di variabili. Questi 9 gruppi sono stati recentemente utilizzati in una ricerca applicata che ha ottenuto un indice di pertinenza di 5 su 5 dato da "Aramis", il sistema di riconoscimento delle attività di ricerca della Confederazione. Questa ricerca, sostenuta dal Fondo nazionale svizzero della ricerca scientifica (FNS) e dalla Commissione della tecnologia e dell'innovazione (CTI), condotta in due continenti (Svizzera-Canada), mostra che questi 9 gruppi di variabili possono a loro turno rendere conto e orientare 14 gruppi di pratiche quotidiane mobilizzate dalle infermiere. Queste pratiche, sono indicative e della tradizione e della complessità delle prestazioni di servizio, il tutto sistematicamente e estremamente dipendente dal contesto.

In una ricerca che dirigo oggi sugli ospedali scomparsi del Cantone di Friburgo, ricerca ugualmente finanziata dal Fondo nazionale svizzero della ricerca scientifica, si vede che l'ospedale medievale è installato in borgate di 1114 abitanti di media<sup>3</sup> e che il suo ruolo consiste nel "proteggere la società civile contro i difetti che minacciano la sua tranquillità". Questi difetti sono nel 1759, la mancanza di beni, l'assenza di forze e la carenza di salute. Mi chiedo talvolta: e oggi? Nell'ospedale laico del passato, l'istituzione e la sua logistica riflettevano la società civile che l'ospitava.

Alla fine del 18secolo, le variabili dell'attività professionale sono installate. Si può già rimarcare che la curante ha una pratica di "manutenzione della vita" e che la sua attività principale consiste in una traduzione informativa d'indicatori biologici, psicologici, sociali e culturali. Essa deve altresì assumere la sua postura dentro tre sistemi di valore che non sono in sinergia tra loro.

Le prestazioni di servizio rilasciate dalle infermiere nascono da fonti d'informazioni multiple e gerarchizzate. Abbiamo come interlocutori privilegiati: una gerarchia istituzionale e amministrativa (SC1), una gerarchia

---

<sup>2</sup> Il termine intervento non si riferisce ad una pratica specifica, né ad una professione particolare, quantomeno ad un settore d'attività ben circoscritta. L'intervento è una categoria sintetica raggruppante delle prospettive, degli stati d'animo, delle maniere di pensare e di fare (Couturier, 2001, 21).

<sup>3</sup> Media delle città di Bulle, Romont e Estavayer-le-Lac nel 1811.

medico-chirurgica (SC2) e una pluralità culturale e sociale che accompagna le persone da noi curate e la loro cerchia.

L'attività curante non è mai stabilizzata. Resta dipendente dal linguaggio dei beneficiari della prestazione. Schematicamente, essa è nell'ordine del movimento perpetuo e del mobile. Non si lascia rinchiudere in protocolli e routines presentate come sicurezze, dal momento che non si sa mai, né la natura del messaggio, che mette in azione la prestazione del servizio, né la sua intensità, né il momento nel quale sarà rilasciato. Le prestazioni di servizio essendo sovente intangibili e indicibili, difficili a fotografarsi, non meritano di lasciarsi manipolare da questa specie di "tarmizzazione"<sup>4</sup> sociale e politico-economica portata dalla medicometria.

In mediologia della salute, l'attività è dipendente dai flussi e dai tipi di informazione da trattare tra differenti poli: Poli A-B e tipi SC1, SC2, SC3 così come un tipo nominato "mediologico", vale a dire legato alla postura d'intermediario culturale. In certe professioni, quelle dell'edilizia per esempio, una persona con certificato federale di capacità (CFC) può fatturare le sue prestazioni a colui che beneficia delle sue prestazioni. Perché un'infermiera al beneficio di un bachelor o di un diploma SSS non può fatturare le sue prestazioni? All'istituzione nel quadro delle pratiche SC1, costi riversati sulle spese di funzionamento. Al corpo medico per quello che concerne le prestazioni SC2, costi riversati sulle casse malattie. Infine, alle persone curate per quel che concerne le prestazioni di tipo SC3, costi riversati sulle assicurazioni sociali? Un forfait come fondamento, resterebbe da definirsi per l'investimento in formazione o per le attività simultanee. Perché non studiare questa possibilità per il futuro?

Le infermiere e gli infermieri hanno una posizione al centro dell'azione sanitaria orientata dai valori, dalle norme e dalle modalità di pensiero che caratterizzano le loro competenze.

La standardizzazione delle nostre pratiche secolarizzate mette in evidenza che l'attività curante risponde della gestione d'informazioni di un tipo particolare (linguaggio specializzato) proveniente da tre fonti linguistiche. I beneficiari dell'attività curante trarranno profitto dall'informazione analizzata, trattata e riutilizzata, vale a dire, trasformata in atti e parole. Se si vuole sapere cosa faccia un'infermiera e i suoi ausiliari, e chi beneficia delle sue prestazioni, bisogna identificare le fonti del linguaggio (verbale e non verbale) che mettono in moto l'attività.

Il nostro ruolo professionale comprende due funzioni prescrittive (istituzionali e mediche) e una funzione non prescrittiva (riflessiva) e indipendente perché guidata dai nostri quadri teorici fondamentali o dalle nostre conoscenze applicate. In una funzione delegata, ciò che si delega non è l'atto in sé, ma la cultura che ne permette la realizzazione. Questa cultura può trasmettersi direttamente nell'ambiente delle cure o in modo differito durante la formazione nelle nostre scuole. La prescrizione che è delegata è un servizio reso (a termine) a colui che la delega, cioè al detentore della cultura che ha il potere di delegare l'azione (Nadot, 2002, 82 e 2003, 121). Da qui l'importanza per il futuro di ben studiare lo statuto dell'azione delegata in una professione sanitaria come la nostra, perché l'utilizzo delega effettivamente all'infermiera numerose funzioni dal momento che l'attività si esercita. E l'infermiera delega, a suo turno, una parte delle sue funzioni ai differenti ausiliari che forma. La curante ha anche la facoltà e le competenze di passare, simultaneamente, da uno spazio o da un livello di comunicazione a un altro. Quando lascia l'interazione complessa con la persona curata, il campo del pensiero, lo sforzo mentale e il carico nervoso prendono il sopravvento, dato che i dati in memoria occupano un grande spazio, e ciò, quanto più essi sono contraddittori, eterogenei, ibridi o polisemici. Di fatto, come l'abbiamo già espresso, l'utente di prestazioni curanti, qualunque sia, è sempre colui che fornisce l'informazione (memorizzata, diretta o indiretta) necessaria alla concezione e alla produzione del servizio.

In mediologia della salute, "l'Entro", gli "entro-due", vedi gli "entro-tre" del lavoro verso l'altro che simbolizza per Dubet (2002, 265) l'attività delle infermiere e dei lavoratori sociali, costituiscono il quotidiano dell'attività. Si deve rendere servizio ad un'istituzione senza essere esclusivamente al suo servizio, si deve rendere servizio al corpo medico senza essere mandatarî di quest'ultimo per scaricarlo dalle sue responsabilità e dobbiamo rendere servizio alle persone curate e ai loro familiari tenendo conto delle contraddizioni inerenti il fatto di trovarsi tra culture differenti.

Perché allora dotare in personale i servizi in funzione dello stato clinico dei pazienti, e non in funzione dei flussi d'informazioni e della natura dei messaggi da trattare provenienti da questa trilogia perpetua: l'organizzazione, il corpo medico, le persone curate e i loro prossimi ?

Come mostrano ricerche condotte dal CNRS in Francia, le infermiere sono al centro delle contraddizioni del sistema sanitario, esse devono far fronte alle lacune dell'organizzazione, raccolgono le lamentele, le

---

<sup>4</sup> Riferimento al Tarmed (sistema di tariffario delle prestazioni mediche)

rimostranze e le domande, ne misurano il grado di accettabilità presso pazienti e familiari e palliano le manchevolezze nel quotidiano (Grosjean e Lacoste, 1999, 55; Borzeix e Fraenkel, 2001, 25).

Certamente, talvolta, possiamo essere chiamati a fornire dati a comprova dell'utilità di certe prestazioni, ricercare buone pratiche in vista di una certa efficienza o sviluppare delle pratiche avanzate nel quadro di specializzazioni cliniche al servizio del corpo medico. In tutti i casi comunque, abbiamo il dovere di restare lucidi sui beneficiari dei nostri risultati di ricerca o sui valori che accompagnano i nostri discorsi. Dal 18 secolo, siamo un importante fornitore di prestazioni nel contesto della sanità.

Il senso dell'attività curante essendo polisemico, si può essere portati alla confusione in funzione dei valori impliciti o espliciti che noi privilegiamo. Se valorizziamo le variabili legati all'organizzazione di tipo SC1, si può pensare che l'attività curante faccia parte delle scienze sociali. Se piazziamo il proiettore sulla medicina, di tipo SC2, si può pensare che l'attività è di tipo paramedica. Ma queste scienze sono veramente le nostre fonti di conoscenze fondamentali? La filosofia (Foucault, Ricoeur, Debray), essendo la scienza riflessiva che emerge dalla mediologia della salute, situa al livello delle scienze umane l'attività di "prendere cura" o "aiutare a vivere" (SC3) che trova così i suoi ancoraggi.

Del resto, la divisione 1 del Fondo nazionale svizzero della ricerca scientifica (scienze umane e sociali) è giustamente l'agenzia federale delle risorse per le ricerche condotte nelle nostre HES-sanitarie<sup>5</sup>.

Da quando è stata istituzionalizzata, vale a dire all'incirca nel 13 secolo, l'attività laica delle infermiere e degli infermieri è sempre stata radicata e confrontata alla complessità dell'umano in interazione con il suo ambiente di vita. Nel loro spazio-tempo singolare, le scienze infermieristiche sono per Kim (1997) la sottile punta delle scienze umane, e la loro finalità professionale sta nel "prendere cura dell'umano" perché possa condurre la sua vita malgrado le condizioni avverse che lo affliggono (Nadot, 2003).

Siamo purtroppo condannati a restare dentro "l'ENTRO". Ne dall'uno, ne dall'altro, ma sempre tra gli uomini, le loro miserie e il loro contesto di vita. Gli indicatori della nostra attività provengono da quel che si dice e da quello che succede tra i differenti interlocutori. Posizione scomoda ma inevitabile come direbbe Debray (1994, 30).

Una delle più grandi sfide che dobbiamo rilevare nel presente, è probabilmente lasciare la cultura implicita o simbolica e uscire dalla nostra codardia per accedere ai luoghi di produzione della cultura scientifica scritta. Questi luoghi di produzione del sapere sono oggi legittimati dalle nostre Scuole Superiori (HES).

Come menziona Nonaka (1999), tradurre il sapere tacito in sapere esplicito implica di trovare un mezzo d'esprimere l'inesprimibile. In una società dove la sola certezza è l'incertezza, l'unica fonte di vantaggio concorrenziale durevole è il sapere. Come trasformare in linguaggio politico il linguaggio scientifico che conduce le nostre pratiche? Mi sembra urgente sul piano dell'autonomia della produzione delle nostre conoscenze, potersi posizionare al centro della comunità scientifica e partecipare alla competizione ingaggiata in termini di ricerca di vantaggio concorrenziale, altrimenti, altri si incaricheranno di farlo imponendoci come nel passato, una dominazione culturale scientifica che non ci appartiene.

Possiamo, per esempio, attenderci di trovare in futuro degli studi che mostrino qual'è quella parte dell'attività che consiste nel rendere servizio agli interlocutori occupando la mediasfera<sup>6</sup> dell'attività curante. Quali percentuali dell'attività è al servizio del corpo medico, dell'organizzazione, dunque indirettamente del sistema sanitario e quante alle persone curate e al loro entourage? Altri che mostrerebbero come le infermiere gestiscano l'incertezza che le circonda nelle istituzioni e, a partire dalle teorie dell'azione, come ne sappiano mantenere il funzionamento o prendere il meno possibile cattive decisioni? Come si prendono le micro-decisioni quotidiane indispensabili alla logistica dell'attività? Come, per esempio, malgrado le contraddizioni di logica, pervenire ad evitare delle catastrofi e dei disfunzionamenti maggiori nel sistema? L'avrete compreso, se la cura è importante, la sua logistica non lo è da meno. Se si deve comprendere ciò che gli ammalati tentano di dirci, dobbiamo anche comprendere il linguaggio medico. Se si deve comprendere il linguaggio medico si deve anche comprendere il linguaggio dell'istituzione che lo porta. Il termine cura lui solo, non può rendere conto dell'insieme delle competenze richieste perché il sistema funzioni.

---

<sup>5</sup> NdT: nel Canton Ticino l'equivalente delle HES sarà assunto dalla formazione universitaria della SUPSI.

<sup>6</sup> Una mediasfera ha per armatura un certo utensile comunicativo che fissa una gerarchia dei luoghi e dei contesti di socialità intellettuali nei quali ha corrisposto un discorso specializzato, proprio a una professione per esempio (Debray, 1991 citato da Nadot, 1993, 480).

## Conclusione:

Giungo a chiedermi, se le professioni che lavorano verso l'altro, non assumano implicitamente una missione "catartica" che, nel nome della vocazione, dell'abnegazione o d'altri emblemi, più simbolici che scientifici, permetta alla società di darsi buona coscienza ?

Come mai si abbia tanta pena a rendere visibile ciò che si sa? Certamente ci sono prestazioni intangibili e indicibili. Diciamo soprattutto che l'attività professionale tocca differenti registri di comunicazione tanto la complessità della nostra posizione è elevata. Ma, lo statuto di questa posizione "d'intermediario culturale" occupata da secoli, sembra magnificamente ignorata dai politici dell'economia sanitaria. È vero che non bisogna attendersi dalla comunità scientifica come lo rileva Perraut Soliveres (2002, 206) "che salti di gioia davanti ai nostri tentativi per penetrarla a partire da altri codici, da altri interessi, da altri metodi".

Non ci sarebbero in fin dei conti dietro a tutti i nostri dibattiti, i nostri modi molteplici e effimeri o le nostre polemiche futili, i tabù respinti che la società proietta sull'aiuto alla vita, la salute e la cura dell'umano ? Le nostre professioni sono delle professioni simbolicamente investite per il fatto che la società cerca di evacuare ciò che è il cuore della nostra attività. In effetti, come valorizzare quello che la società diplomaticamente allontana, dato che, non può valorizzare ciò che è soventemente sottratto alla vista ? È attorno a quello che è occultato e alla logistica che permette di farvi fronte, che si costruisce il quotidiano dell'attività professionale del lavoro al servizio dell'altro. Voglio parlare qui, dell'accompagnamento alla morte come alla vita, del suicidio, delle deiezioni e dei loro odori, delle sporcizie corporali che bisogna pulire, della nudità, delle sevizie subite dai più deboli, delle demenze, delle conseguenze d'attentati dovuti alla follia assassina degli uomini, dell'handicap, dei grattacapi familiari che dobbiamo accollarci, dell'espressione intima e insopportabile della sofferenza e della miseria, della decadenza dei corpi e delle funzioni mentali, in sintesi, della panoplia quotidiana delle miserie della vita che diventano un mare scatenato che urta, con le sue onde potenti, le nostre pratiche e le nostre coscienze e, ci rammenta in questa occasione, un quotidiano che dobbiamo assumerci dalla notte dei tempi.

Nessuna soluzione miracolo ai nostri quesiti. Per sapere dove si va, bisogna sapere da dove veniamo e resistere a questa doppia tentazione menzionata da Dubet, a sapersi: "l'impossibile ritorno a un'età d'oro che non è mai esistita, è quella della dissoluzione del lavoro professionale a servizio dell'altro in un semplice sovrapporsi di servizi"(2002,17).

Evitiamo evidentemente che la nostra attività professionale si trasformi in discorsi lasciando apparire che "prendere cura" o "aiutare a vivere", perfino fare ricerca, è fare un po' di tutto, qualsiasi cosa e niente di speciale (Adam, 1983). Ma la messa in conformità delle nostre pratiche o dei nostri sistemi scolastici non mi sembra seguire ciecamente l'indottrinamento ultraliberale animato dall'OCDE e giungere a fare dei nostri futuri studenti, dei lavoratori consumatori performanti, esseri senza memoria, senza identità, senza radici (Bugnon, 2004).

La curante non è solamente in interazione con i suoi pazienti, anzi è un'attività riduttiva visto l'attività complessa e collettiva dei soccorsi nell'ospedale laico antico. Ancora, bisogna render conto di questa complessità e fermare le semplificazioni oltranziste.

In permanenza siamo nell' "ENTRO", aiutare a vivere è aiutare nei grandi passaggi della vita, aiutare a passare, superare, trapassare, (Collière, 1996, 163). Non c'è un solo lato nell'attività curante ed è a questa difficoltà che siamo perennemente confrontati. Ne da l'uno, ne dall'altro, ma "entro". Entro i discorsi istituzionali, quelli del corpo medico, quelli delle persone curate e dei loro prossimi per la mediologia della salute (Nadot, 1992), entro la Città mercato, la Città industriale e la Città domestica per Boltanski e Thévenot (1991), entro il Mondo sociale, il Mondo tecnico e il Mondo soggettivo per Dubet (2002).

La nostra professione non può che essere "veramente fiera delle proprie radici, osservando ciò che le hanno permesso di produrre e non contemplando il loro stato di conservazione" (Meirieu, 1989, 27).

Vi ringrazio della vostra attenzione.

Traduzione M.Realini / A. Rumeau

## Referenze bibliografiche :

- Adam E. (1983). *Être infirmière*. Montréal : éd. HRW Ltée.
- Borzeix A ; Fraenkel B. (2001). *Langage et travail, communication, cognition, action*. Paris : CNRS Editions.
- Boltanski et Thévenot (1991). *De la justification, les économies de la grandeur*. Paris : Gallimard.
- Bourdieu P. (1984). *Questions de sociologie*. Paris : Les éditions de minuit.
- Bugnon-Mordant M. (2004). Cet endoctrinement qui passe par PISA. *La Liberté*, 16 décembre.
- Collière M.-F. (1992). Difficultés rencontrées pour désentraver l'histoire des femmes soignantes. In Walter François, *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire. Pour une histoire des soins infirmiers au 19<sup>e</sup> siècle*, Genève : éditions Zoé, (13-31).
- Collière M.-F. (1994). *Virginia Henderson, la nature des soins infirmiers*. Paris : InterEditions.
- Collière M.-F. (1996). *Soigner...Le premier art de la vie*. Paris : InterEditions
- Couturier Y. (2001). Constructions de l'intervention par des travailleuses sociales et infirmières en C.L.S.C. et possibles interdisciplinaires. *Thèse de doctorat* en sciences humaines appliquées, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.
- Debray R. (1991). *Cours de médiologie générale*. Paris : Gallimard.
- Debray R. (1994). *Manifestes médiologiques*. Paris : Gallimard.
- Debray R. (2000). *Introduction à la médiologie*. Paris : PUF.
- Delaunay J.-C., Gadrey J. (1987). *Les enjeux de la société de service*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques.
- Dubet F. (2002). *Le déclin de l'institution*. Paris : Seuil.
- Grosjean M., Lacoste M. (1999) *Communication et intelligence collective, le travail à l'hôpital*. Paris : PUF.
- GRHEAS Groupe romand pour l'histoire de l'éducation et de l'action sociale et sanitaire. (2005). *La place de l'enseignement de l'histoire dans les filières santé-social de la HES-SO*.
- Kim H.S. (1997). « Terminology in structuring and developing nursing knowledge ». In I,M, King et J.Fawcett (sous la dir. de), *The Language of Nursing Theory and Metatheory*, Indianapolis, Sigma Theta Tau International.
- *Loi fédérale sur l'assurance maladie (LAMal)*. Berne : 18 mars 1994.
- Meirieu Ph. (1989). *Enseigner, scénario pour un métier nouveau*. Paris : éd. ESF.
- Moreau C. (1991). L'infirmière d'abord une hospitalière. *Revue de l'infirmière*, 2, (21-23).
- Nadot, M. (1992). La formation des infirmières, une histoire à ne pas confondre avec celle de la médecine (pp. 153-170). In Walter F. *Peu lire, beaucoup voir, beaucoup faire, pour une histoire des soins infirmiers au 19<sup>e</sup> siècle*, Genève, Ed. Zoé.
- Nadot, M. (1993). *Des médiologues de santé à Fribourg*, Thèse de doctorat en sciences de l'éducation (Histoire et épistémologie des pratiques soignantes), Université Lyon 2, sous la direction de Daniel Hameline, professeur à l'université de Genève. Lille : Atelier national de reproduction des thèses (590p.).
- Nadot, M., Auderset, P.-B., Bulliard-Verville, D., Busset, F., Gross, J., Nadot-Ghanem, N. (2002a) *Mesure des prestations soignantes dans le système de santé*. Rapport scientifique DORE 01008.1/CTI 5545.1 FHS, recherche conduite avec le soutien de DORE, initiative conjointe de la Commission de la technologie et de l'innovation (CTI) et du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), Fribourg, HEdS-FR, filière soins infirmiers.
- Nadot, M. (2002b). Médiologie de la santé, de la tradition soignante à l'identité de la discipline (pp. 29-86). In *Perspective soignante*, 13. Paris : Seli Arslan.
- Nadot M. (2003a). Les soins infirmiers, ça n'existe pas ! *Soins Cadres*, 46, (59-62).
- Nadot M. (2003b). Variation : Mesure des prestations soignantes dans le système de santé. *Recherche en soins infirmiers*, 73, (116-122).
- Nadot M. (2003c). Ces « pauvres vulgaires dévouements » qui nous permettent de renouer avec les traditions soignantes (pp. 94-110). In *Perspective soignante*, 18. aris : Seli Arslan.
- Nonaka I. (1999) L'entreprise créatrice de savoirs (p. 35-64). In *Le Knowledge management, Harvard Business Review*. Paris: éd. d'Organisation.
- Perraut Soliveres A. (2001). *Infirmières, le savoir de la nuit*. Paris : PUF.
- Rousseau N. (1997). De la vocation à la discipline. *Infirmière canadienne, mai*, (39-44).
- Schlanger J. (1983). *Penser la bouche pleine*. Paris : Fayard.
- Wagner P.-A. (2005) Visibilité pourquoi cette campagne ? Conférence présentée à l'Assemblée générale de la section de Neuchâtel/Jura de l'Association Suisse des infirmières et infirmiers.
- Wandeler E. (2005). La valeur des soins infirmiers, Careholder-value, baromètre d'une politique de santé. *Krankenpflege/soins infirmiers*, 10, (52-55).



**Giornata**  
di **Studio**  
È possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?



22 novembre 2006  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

---

## UNO STRUMENTO – IL NURSING data

Lucien Portenier

### Riassunto

Il progetto NURSING data ha per obiettivo d'elaborare, su scala nazionale, un sistema d'informazione sulle pratiche infermieristiche. Il progetto si promette di raccogliere dati infermieristici nei tre settori della salute - il domicilio, le case di riposo e l'ospedale - per tutte le specializzazioni (secondo il tipo d'attività medica che si pratica) e per tutte le quattro regioni linguistiche. Il sistema d'informazione dovrà essere compatibile con altri sistemi di raccolta dati, le statistiche, le classificazioni e dovrà permettere delle comparazioni internazionali, rispettando la legislazione sulla protezione dei dati.

### 1. Il progetto NURSING data

Il progetto NURSING data ha come obiettivo l'elaborazione di un sistema d'informazione infermieristica nazionale che permette di raccogliere i dati infermieristici nei tre settori della salute - a domicilio, nelle case per anziani e negli ospedali - per tutte le specialità (secondo la disciplina medica) e nelle tre regioni linguistiche. Questo sistema dovrà essere compatibile con gli altri sistemi svizzeri, statistiche e classificazioni, e dovrà permettere di paragonare i dati internazionali, tenendo conto della legislazione sulla protezione dei dati.

In questo momento non esiste una classificazione uniforme e riconosciuta in grado di descrivere l'attività infermieristica, né sul piano internazionale, né a livello svizzero. La conseguenza diretta è, che i dati delle cure infermieristiche non sono integrati nel sistema d'informazione sanitaria, nonostante i curanti costituiscano la maggioranza dei fornitori di cura. Le restrizioni economiche e legali, l'evoluzione sociale e la necessità di una gestione appropriata ed efficiente del sistema della salute fanno di questa lacuna un ostacolo importante per la pianificazione, la gestione, la valutazione e il finanziamento a livello istituzionale, cantonale o nazionale.

La pertinenza della soluzione svizzera è stata discussa in modo approfondito ed accettato come una « soluzione intermedia ». Attendere avrebbe impedito lo sviluppo del NURSING data e probabilmente avrebbe reso impossibile il raggiungimento degli obiettivi posti. Questa soluzione si deve in ogni caso integrare negli sviluppi internazionali e deve essere compatibile con i relativi risultati. All'estero, l'elaborazione delle classificazioni svizzere è considerata una buona proposta.

Hanno finanziato e tracciato il progetto, l'Ufficio federale di statistica, l'Ufficio federale delle assicurazioni sociali, l'Ufficio federale della salute pubblica, la Conferenza dei direttori sanitari, H+ Ospedali svizzeri, l'Associazione svizzera delle infermiere e degli infermieri, l'Associazione svizzera dei direttori dei reparti infermieristici e la Conferenza svizzera delle formazioni in cure infermieristiche di livello terziario.

Il concetto generale del progetto NURSING data è stato sviluppato in una prima fase tra gli anni 1998 e 2000<sup>2</sup>. La seconda fase del progetto iniziata nell'autunno del 2001, durerà 60 mesi. I risultati saranno disponibili a metà 2006.

Due sottoprogetti sono al centro di tutta l'operazione: uno è impegnato nella definizione della base minima di dati che saranno raccolti per la statistica sanitaria federale, denominata Nursing Minimum Data Set svizzero (CH-NMDS), l'altro nell'elaborazione per la Svizzera di due classificazioni di riferimento che permetteranno di descrivere, a fini d'analisi e di statistica, le attività infermieristiche (interventi infermieristici) e il loro obiettivo (fenomeni delle cure infermieristiche).

## 2. Il Nursing Minimum Data Set Svizzero (CH-NMDS)

Il Nursing Minimum Data Set svizzero è la banca dati contenente l'elenco dei dati utili, in numero ridotto, ma sufficientemente ricco in informazione, che permetteranno di descrivere l'attività delle infermiere ad altri fini che quelli prettamente clinici. Il CH-NMDS comprende dunque un numero limitato di dati, che descrivono il luogo dove avviene la cura, l'equipe di cura, lo spazio-tempo (episodio), il paziente (ed il suo soggiorno), le attività infermieristiche (« interventi infermieristici ») e la ragione di queste attività (« fenomeni delle cure infermieristiche »).

Il lavoro di sviluppo si è realizzato tra giugno 2001 e giugno 2004 sulla base sia del concetto già pubblicato nel 2000<sup>3</sup>, sia sulla base delle concezioni generali e dettagliate delle statistiche sanitarie pubblicate dall'UFS<sup>4</sup>. Il CH-NMDS è stato realizzato da un gruppo di lavoro nazionale nel quale erano rappresentati i soci del progetto NURSING data, fra i quali anche le associazioni infermieristiche.

### 2.1. Perché questo CH-NMDS ?

I due obiettivi principali del progetto NURSING sono i seguenti :

- **Assicurare la comparabilità dei dati** : i dati raccolti dalle infermiere sono numerosi, così come i loro possibili usi. Tuttavia, sono rare le analisi che possono essere realizzate a partire dai dati raccolti a livello nazionale poiché il sistema di rilevamento e i formati variano da un'istituzione all'altra. Il contributo principale del NURSING data, in quest'ambito, sarà quello di proporre un formato standardizzato per tutti i dati raccolti.
- **Completare i rilevamenti statistici esistenti**: il compito del NURSING data consisterà nell'identificare e definire i dati infermieristici i che non sono ancora raccolti di routine ma che sono necessari alla costruzione di statistiche descrittive ed degli indicatori nazionali riconosciuti utili dai partner del progetto.

### 2.2. Tre categorie di variabili – un catalogo

Il CH-NMDS è costituito da 3 categorie di variabili raggruppate in un catalogo:

- Le variabili che descrivono il soggiorno e le prestazioni di cura (dati demografici e clinici)
- Le variabili che descrivono l'istituto/il luogo dove sono fornite le prestazioni
- Le variabili che descrivono i fornitori di prestazioni, vale a dire l'equipe di cura (dati amministrativi).

Una presa a carico si svolge in un ambiente determinato. Anche il CH-NMDS, che figura nell'allegato 1, è strutturato in 2 liste di variabili: la prima presenta l'informazione che concerne il soggiorno e le prestazioni di cura (soggiorno – dati clinici), la seconda deve permettere la descrizione dell'ambiente nel quale le cure sono fornite e permettere di descrivere i fornitori delle prestazioni (dati amministrativi).

Per garantire la coerenza generale al sistema, queste variabili sono messe in relazione con i dati del luogo.

### 2.3. Tre fonti di variabili

È essenziale che il NURSING data raccolga nel CH-NMDS unicamente i dati che saranno utili e utilizzabili. Per questo motivo è previsto di lavorare prioritariamente con i dati già raccolti dalla statistica federale e dai sistemi d'informazione infermieristici previsti dalle istituzioni. Tuttavia, alcuni dati non sono ancora raccolti di routine a livello nazionale. Per il test, la lista minima del NURSING data comporta tre fonti di variabili:

#### **Le variabili già raccolte nell'ambito delle statistiche sanitarie**

Si tratta di dati raccolti dalla statistica degli ospedali, dati amministrativi dalla statistica medica e dati medici dalla statistica.

#### **Le nuove variabili introdotte dal NURSING data da ricercare nelle banche dati amministrative dell'istituto**

Queste nuove variabili sono da ricercare tra i dati amministrativi dell'istituto.

#### **Le nuove variabili introdotte dal NURSING data da raccogliere dall'incarto del paziente**

Queste informazioni devono essere codificate dall'incarto del paziente o del residente.

### 3. Le classificazioni di riferimento

#### 3.1. Classificazione di riferimento dei «fenomeni delle cure infermieristiche»

La nozione di «fenomeno» ha molteplici significati. Il ragionamento seguito nell'ambito del progetto NURSING data presuppone che nel caso particolare della relazione tra infermieri e pazienti, l'attività infermieristica (l'insieme degli interventi infermieristici) sia determinata dallo stato di salute del paziente. Questo stato di salute può essere definito come un insieme d'elementi biologici e psicologici, ma anche demografici, sociali, spirituali ecc, di risorse al buono o di problemi, bisogni e rischi al negativo.

Dell'insieme del fenomeno di salute, i curanti non si preoccupano che di una parte: il «fenomeno infermieristico». Questo concetto è più astratto della diagnosi infermieristica e rappresenta un livello superiore d'informazione. L'obiettivo della classificazione del NURSING data è di sopperire alla mancanza di una classificazione infermieristica universale che corrisponde a questo livello.

Per il progetto NURSING data, un « **fenomeno delle cure infermieristiche** » è un «**aspetto della salute di una o di più persone, che giustifica gli interventi infermieristici**».

Per potere descrivere questo fenomeno, è indispensabile combinare due assi della classificazione:

- *l'aspetto della salute propriamente detto (56 aspetti),*
- *un qualificativo* che indica se questo aspetto della salute costituisce un rischio, una risorsa o un problema che giustifica gli interventi infermieristici.

Nella misura del possibile, l'aspetto della salute propriamente detto è espresso da un termine neutro.

Il qualificativo deve offrire un'immagine più precisa del fenomeno da descrivere, dal punto di vista infermieristico. A questo scopo sono stati considerati tre termini:

- *Un fenomeno qualificato come rischio*
- *Fenomeno qualificato come problema*
- *Fenomeno qualificato come risorsa*

#### 3.2. Classificazione di riferimento degli «interventi infermieristici»

Una riflessione simile a quella condotta per il termine « fenomeno » ha dato origine alla scelta del termine « intervento ». Il punto di partenza è stato la definizione della Classificazione internazionale degli interventi infermieristici: un intervento infermieristico corrisponde a tutte le cure che prendono origine da un giudizio clinico e un sapere e che un'infermiera pratica al fine di migliorare i risultati per ogni paziente o cliente. Gli interventi infermieristici includono le cure dirette ed indirette, su iniziativa dell'infermiera, del medico o di un altro professionista della salute.

La ricerca di un concetto specifico più aggregato (più complessivo) utilizzabile a fini statistici si è rivelata vana. Non è stato possibile trovare un termine differente da intervento. Allora si è deciso di mantenerlo ma attribuendogli un significato differente.

La definizione del NURSING data integra quindi la definizione della CISI ma con una dimensione più generale.

Per il progetto NURSING data, un «**intervento infermieristico**» è «**un insieme di azioni organizzate allo scopo di raggiungere un obiettivo infermieristico**».

Come per i fenomeni delle cure infermieristiche, per descrivere un intervento, occorre combinare due assi di classificazione:

- *l'intervento su un aspetto preciso della salute (51 obiettivi)*
- *una modalità d'agire (descritto da un verbo):*
- *Valutare/sorvegliare:* Prestare attenzione a qualcuno o a qualcosa, in modo mirato e ripetuto ed analizzare il risultato per portare un giudizio sistematico. (Questo verbo non si applica alla normale osservazione iniziale e al procedimento di valutazione che segue tutte le cure).
- *Insegnare/consigliare:* Trasferire un sapere (informazione, spiegazione, conoscenza) o un'abilità ad una persona o ad un gruppo.
- *Eseguire/realizzare:* Applicare una cura, un trattamento, una procedura, ecc., ad una persona o in sua vece.
- *Sostenere/accompagnare:* Indicare concretamente un modo di fare, accompagnare o aiutare (agire transitoriamente in sua vece) la persona nella realizzazione di un atto.

Derivanti da questa combinazione, ogni intervento è classificato nella struttura.



**Giornata**  
di **Studio**  
È possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

22 novembre 2005  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso



# Spazi e stato della professione infermieristica nella società odierna

*Paolo C. Motta*

*infermiere, ricercatore, **Università degli Studi di Brescia**  
metodologia dell'assistenza e della ricerca infermieristica  
Direttore Scientifico di **Nursing Oggi**  
[pmotta@med.unibs.it](mailto:pmotta@med.unibs.it)*



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



22 novembre 2005  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Professione e società: il **concetto di ruolo**

**ruolo** nella *famiglia*

**ruolo** nella *società*

**ruolo** nel *lavoro*

*il ruolo c'è anche se non  
lo vogliamo...*

*il ruolo ce lo diamo, ma ce  
lo danno anche gli altri...*

Per la sociologia, il ruolo è in primo luogo una **costruzione sociale**, cioè la risultante – **dinamica** e non statica – di processi di **rappresentazione di sé e degli altri**, sulla base di **schemi interpretativi** che ciascuno, *da solo e insieme agli altri*, si forma nel corso del tempo. Il riconoscimento del ruolo è una delle basi dei nostri **giudizi**, delle nostre **azioni** e delle nostre **relazioni**.



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilit  alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
societ  odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## È necessario *ri*-affermare il *ruolo* dell'infermiere?



Basta un attimo  
per cambiare vita.

Gratta e Vinci.



Possiamo osservare  
trasformazioni gi  avvenute, in  
atto o previste, la cui origine  
risiede **all'interno** o **all'esterno**  
del gruppo professionale...

Tali cambiamenti possono  
apparire di segno **positivo** o  
**negativo**...

**“Gioca al lotto: basta un attimo  
per cambiare... il tuo ruolo!”**



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## La riaffermazione del *ruolo*: il problema del *cambiamento*



L'infermiere spesso si colloca in una **posizione nodale dell'organizzazione**, verso la quale convergono interessi **diversificati**, e a volte **conflittuali**, che richiedono una complessa e articolata **capacità di interazione**.



**Giornata**  
di **Studio**  
E possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

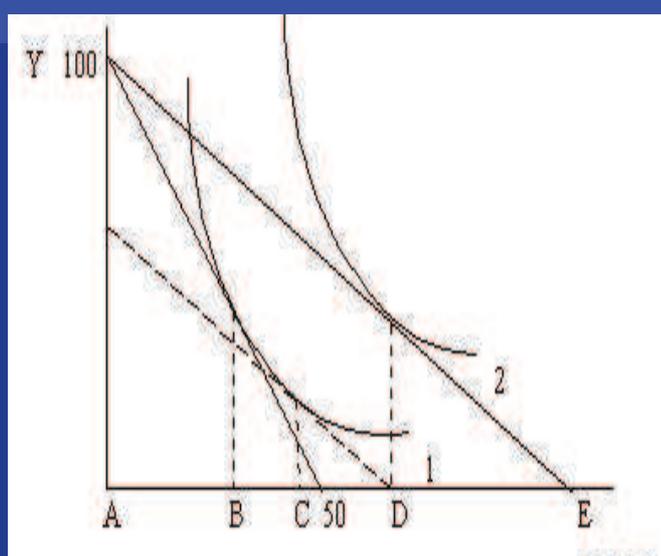
Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



22 novembre 2005  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## il *contesto sanitario*

### Le trasformazioni di tipo economico



iconogramma della 'risparmite contagiosa'

In Italia e in Europa, le politiche di **aziendalizzazione** e di **controllo della spesa sanitaria** hanno determinato profondi cambiamenti nella **cultura del servizio** espressa dagli operatori sanitari e nella **definizione dei modelli organizzativi**.



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## il contesto sanitario

### Le trasformazioni di tipo organizzativo



Luca GIOVANNONE, per la  
stampa, "l'importatore di  
infermiere badanti  
dall'Est".

I diversi livelli istituzionali hanno definito i  
sistemi di accreditamento per la  
valutazione e il rimborso delle strutture  
erogatrici di servizi sanitari.  
Nel nuovo 'mercato sanitario', ciò che  
conta non è la forma proprietaria  
(pubblica o privata), ma il **rispetto di  
norme e requisiti derivanti dai sistemi-  
qualità.**

In Italia, negli stessi anni in cui si è verificata  
una **consistente carenza di personale  
infermieristico**, si sono profondamente  
modificate le **forme di (de)regolamentazione  
del mercato del lavoro.**





**Giornata**  
di **Studio**  
E possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## **il contesto sanitario** **Le trasformazioni di tipo culturale**



Si sta formando un nuovo rapporto con l'utenza, che si presenta **più informata, più consapevole dei propri diritti, più esigente**, sia sotto il profilo tecnico-professionale (la 'qualità oggettiva'), sia in relazione agli aspetti della relazione, della comunicazione, del comfort, dell'umanizzazione (la 'qualità soggettiva' o percepita).



**Giornata**  
di **Studio**  
E possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## *Lo scenario demografico e sanitario in Europa*



In molte aree dell'Europa, viviamo il problema della **bassa fertilità** (In Italia, 1,23 figli per donna)

Contemporaneamente, l'Europa si caratterizza per l'**elevata anzianità** della propria popolazione. In Italia, l'età media è 40,2 e il nostro Paese è al **1° posto al mondo per ultrasessantenni (24,1%)**.

The Economist, 2004



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilit  alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
societ  odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## *Lo scenario demografico e sanitario in Europa*



Nel mondo occidentale si    
verificata una progressiva  
**trasformazione della  
composizione del nucleo  
familiare** - che ha  
abbandonato il modello  
tradizionale, all'interno del  
quale era garantita l'*auto-  
assistenza* - e dei suoi **ruoli**.



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## *La risposta del sistema sanitario allo scenario demografico*



“I Servizi Sanitari dei Paesi Europei dovranno prepararsi a soddisfare una domanda crescente di assistenza di *natura diversa da quella tradizionale* e caratterizzata da *nuove modalità di erogazione*, basate sui principi della **continuità delle cure** per periodi di lunga durata e dell'integrazione tra prestazioni sanitarie e sociali erogate in ambiti di cura molto diversificati tra loro (assistenza continuativa integrata)” (PSN 2003-2005, It.).

Tra gli obiettivi delle politiche sanitarie e sociali, si insiste sempre di più sull'**integrazione socio-sanitaria** per l'assistenza ai malati cronici, agli anziani e ai disabili.



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## *Le aree strategiche di intervento* *Integrazione e Continuità assistenziale*

**'Sindrome di Enea'**: è l'ansia che colpisce le persone ricoverate in ospedale alla dimissione. Fino a qualche anno fa, questo fenomeno riguardava quasi esclusivamente le persone anziane, quelle comunque prive di una rete di sostegno parentale o sociale e coloro che, per varie ragioni, erano soggetti a prolungati periodi di ospedalizzazione.

Oggi, in virtù dei profondi mutamenti intervenuti nel sistema sanitario e, in particolare, a causa della costante ricerca di livelli sempre crescenti di efficienza, realizzati attraverso il forte abbattimento della durata media della degenza ospedaliera, la sindrome di Enea rischia di estendersi ad altre categorie di pazienti, comprese le persone ricoverate in unità operative di chirurgia.



**Il momento della dimissione  
è la perdita di una serie di  
certezze.**



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



22 novembre 2005

Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Le aree strategiche di intervento

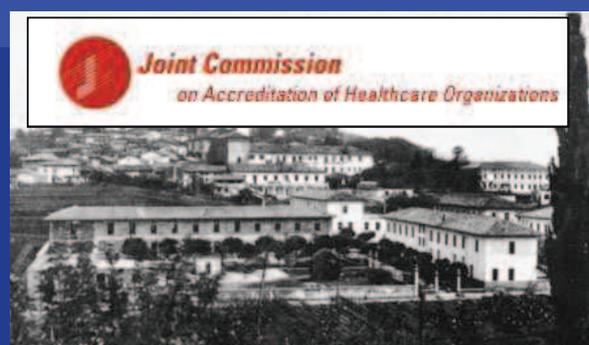
### *Integrazione e Continuità assistenziale*

L'azienda sanitaria  
progetta e attua processi  
in grado di garantire la  
**continuità** dei servizi  
sanitari offerti al paziente  
e il **coordinamento** tra i  
professionisti sanitari.

(...)

Le informazioni sul  
trattamento e sulla  
risposta del paziente a  
tale trattamento sono  
**condivise** tra gli operatori  
medici, infermieristici e  
sanitari in genere durante  
ciascun turno di lavoro,  
tra i vari turni ed all'atto  
del trasferimento da  
un'unità all'altra.

(...)



Il successo dell'assistenza infermieristica  
domiciliare è strettamente collegato al suo grado di  
interazione con la programmazione delle cure  
rilasciata alla dimissione da parte dell'équipe  
infermieristica ospedaliera, che è chiamata a fornire  
agli infermieri che operano sul territorio un hand-  
over informativo pertinente ed esauriente.



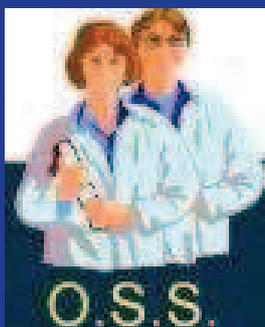
**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## *La risposta del sistema sanitario allo scenario demografico*



L'operatore socio-sanitario,  
una *figura di supporto*  
all'assistenza infermieristica.

Si stanno sviluppando, nel mondo sanitario, nuovi tipi di assistenza, basata su un approccio **multidisciplinare**, volto a promuovere i meccanismi di integrazione delle prestazioni sociali e sanitarie "rese sia dalle professionalità oggi presenti, sia da quelle nuove da creare nei prossimi anni" (PSN 20030-2005).



**Giornata**

di **Studio**

È possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



22 novembre 2005

Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

# il *contesto professionale*

## Il processo di professionalizzazione

**profilo professionale** e legge n°42/99,  
abrogativa del mansionario

legge n°251/2000, sulla dirigenza  
infermieristica

**nuovo codice deontologico** della  
professione infermieristica (1999)

**decreti istitutivi** della formazione  
universitaria (laurea, laurea  
magistrale e master di primo livello)

Per molto tempo, la  
sociologia delle  
professioni ha studiato  
l'evoluzione del ruolo  
considerando  
innanzitutto gli aspetti  
**formali.**

In questo senso, gli  
infermieri italiani hanno  
vissuto un decennio di  
**straordinaria  
trasformazione  
normativa.**



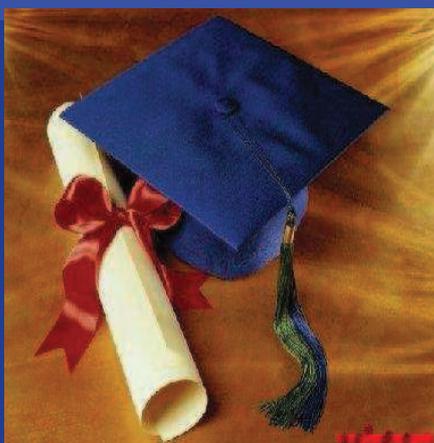
**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilit  alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
societ  odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## La riaffermazione del *ruolo*: la formazione universitaria



L'ingresso della formazione  
infermieristica nel sistema  
universitario viene  
interpretato come una  
**fondamentale strategia di  
ricollocazione dell'immagine  
sociale** del nostro gruppo  
professionale.



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilit  alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
societ  odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## il *contesto professionale*

L'articolazione dell'offerta formativa universitaria

Master di  
primo livello  
(60 CFU)

*specializzazione  
clinica e  
funzioni di  
coordinamento*



Laurea in Infermieristica (180 CFU)

Laurea  
Magistrale  
(Specialistica) in  
Scienze  
Infermieristiche  
e Ostetriche (120  
CFU)



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it

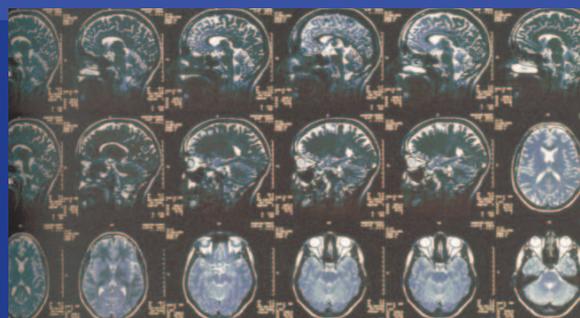
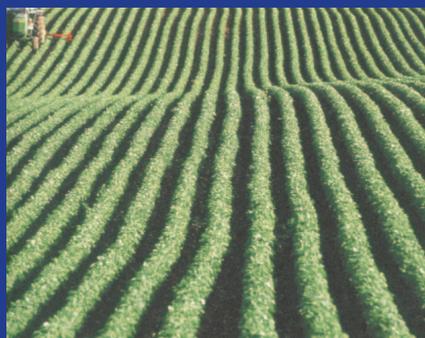


**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

# Gli spazi per gli infermieri: alcune questioni di fondo

## La questione tecnica

*Viviamo nell'era tecnologica:  
un'espressione per indicare la  
rapidità e pervasività delle  
trasformazioni indotte dal  
**fattore tecnologico** nella società  
contemporanea.*



*Oggi è caduta la tradizionale  
distinzione tra **mondo artificiale** e  
**mondo naturale**: 'l'artificialità è  
naturale per gli esseri umani'.*



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## La questione tecnica

*la 'tecnicizzazione dell'esistenza'  
implica un nuovo modo di  
concepire il **principio di  
responsabilità.***



*l'“imperativo tecnologico”:  
**una maniera imposta dal  
mezzo con cui le cose  
devono essere fatte***



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilit  alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
societ  odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



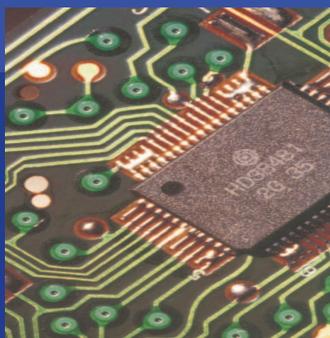
**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## La questione tecnica

*il dibattito sul 'nursing tecnologico': elemento di professionalizzazione o de-professionalizzante?*

Troubling distinctions: a semiotics of the nursing/technology relationship

Margaret Sandelowski  
School of Nursing, University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, NC, USA  
Accepted for publication 16 November 1998



*il rischio tecnicistico non riguarda la dimensione tecnica in s , ma il **contesto relazionale** nel quale l'assistenza viene esercitata.*





**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



22 novembre 2005  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## La questione tecnica

### la **natura** dell'assistenza infermieristica: la dimensione *relazionale e dialogica*

la malattia è *disease*, cioè forma oggettiva... lesione organica... misurabile attraverso parametri biofisici e biochimici («ho la sclerosi multipla»),



ma è anche *illness*, forma soggettiva... stato di sofferenza... componente psicologica e socioculturale della nostra esistenza («sono malato, mi sento male»)



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

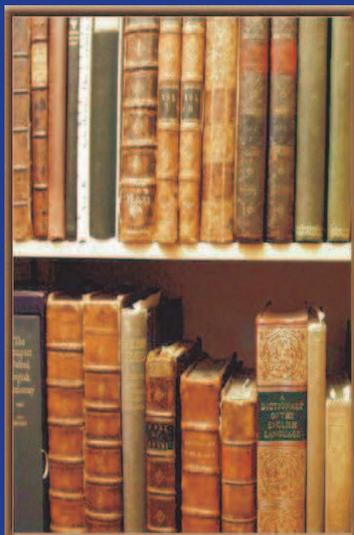
Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## La questione tecnica

la **natura** dell'assistenza infermieristica:  
la dimensione *relazionale e dialogica*



«L'assistenza  
infermieristica preventiva,  
curativa, palliativa e  
riabilitativa è di natura  
**tecnica, relazionale,  
educativa**».

Profilo professionale dell'infermiere, 1994.



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso



*Quando voi parlate ai grandi di un nuovo amico, mai si interessano alle **cose essenziali**. Non si domandano mai: 'Qual è il tono della sua voce?', 'Fa collezione di farfalle?' Ma vi domandano: 'Che età ha?', Quanto guadagna suo padre?'. Allora soltanto credono di conoscerlo.*



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Gli spazi per gli infermieri: alcune questioni di fondo

### Stratificazione, specializzazione e scarto generazionale

stratificazione e  
specializzazione



Il nuovo assetto professionale non appare solamente 'de-regolamentato', ma anche **stratificato**. Esso mira a superare la logica della figura dell'infermiere 'polivalente' voluto dall'Europa negli anni Settanta, attraverso un processo di **costruzione di specifiche competenze attraverso percorsi formativi post-base dedicati**.

*"La specializzazione in medicina e sanità?*

*Vuol dire sapere **SEMPRE DI PIU'** su  
**SEMPRE DI MENO...***

*... fino a sapere **TUTTO** di **NIENTE!**"*

Emilio Galli



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Gli spazi per gli infermieri: alcune questioni di fondo

### Il rapporto con i *mass-media*

Il 'caso *L'Infedele*'

Sabato 30 aprile 2005, vigilia della **Festa dei Lavoratori**, ore 21:00. Sulla rete televisiva La7 va in onda "L'Infedele", trasmissione settimanale di approfondimento politico, economico e culturale condotta dal giornalista Gad Lerner. Questa volta, il conduttore ha deciso di dedicarla interamente agli infermieri.



Gad LERNER

↓

*Nei giorni successivi, tra gli infermieri che sono intervenuti alla trasmissione o l'hanno guardata da casa, prende forma un **diffuso senso di frustrazione**, basato sulla netta impressione che nella trasmissione non siano stati offerti al pubblico i più autentici principi e valori della nostra cultura professionale, né abbiano avuto adeguato riscontro le aspettative, le esigenze e le difficoltà che gli infermieri vivono ogni giorno.*



**Giornata**  
di **Studio**  
E possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Le questioni di fondo

*Scienza e Professione: lo sviluppo dell'Infermieristica*





**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



22 novembre 2005  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Le questioni di fondo

*Scienza, Evidence-based Nursing e Best Practice*



il 'circolo virtuoso' della pratica basata sulle prove di efficacia



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

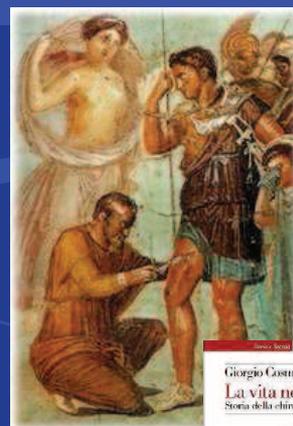
Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



## Le questioni di fondo

### *La ricerca infermieristica*

«Io ho provato una volta a fare l'estensione del paziente in posizione supina dopo aver posto sotto la gibbosità un otre sgonfio e poi a introdurre con un tubo di bronzo aria nell'otre posto sotto il paziente; ma l'esperimento non mi riuscì bene. Se infatti tenevo il paziente ben teso, l'otre ne era vinto e non era possibile spingervi dentro l'aria, ed inoltre era sempre pronto a scivolare perché facevano forza nello stesso punto la gibbosità del paziente e la parte più curva dell'otre quando era gonfio; se invece non tenevo il paziente molto in estensione l'otre si gonfiava per la forza dell'aria, ma il paziente veniva sollevato da ogni parte tranne che dover era necessario. Ho scritto apposta questo: infatti sono belli anche questi insegnamenti che derivano dagli esperimenti tentati e falliti e dalla conoscenza dei motivi per cui sono falliti» Ippocrate, citato in G. Cosmacini, *La vita nelle mani. Storia della chirurgia*, Laterza, Roma-Bari, 2003.





**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilit  alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
societ  odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Le questioni di fondo

### *Standardizzazione e personalizzazione*

#### Il 'riduzionismo biomedico'

Il compito fondamentale dell'infermiere non   comprendere quali siano, in generale, la natura ed i caratteri di un problema di pertinenza infermieristica, ma spiegare perch  quel determinato problema di salute si sia effettivamente manifestato in un determinato malato, in un determinato tempo, in un determinato luogo.

“L'indicazione del **rimedio** nasce in noi **dopo che abbiamo fatto l'analisi del malato**, non dopo che abbiamo dato un nome collettivo al processo che l'affligge”.



Augusto Murri



**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Le questioni di fondo

### *Standardizzazione e personalizzazione*

#### La 'giusta misura'

Don Flaming ha proposto il concetto di 'phronesis' ('saggezza pratica') per indicare un orientamento alternativo alla pratica infermieristica eccessivamente assoggettata alla ricerca delle prove di efficacia. Secondo tale autore, la conoscenza che deriva dalla ricerca scientifica è importante ma non può, in esclusiva, orientare la pratica professionale, perché rischia di snaturare la mission dell'infermiere. In contrapposizione ad una concezione che valorizza unicamente l'EbN e gli interventi sostenuti da prove di efficacia, l'infermieristica basata sulla phronesis rappresenta innanzitutto un **richiamo ad orientare l'assistenza ai caratteri, ai valori e ai desideri di tipo soggettivo delle persone assistite.**





**Giornata**  
di **Studio**  
E' possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Le questioni di fondo

### *Standardizzazione e personalizzazione*

La 'giusta misura'

L'Evidence-based Nursing si deve  
configurare come 'sapiente' integrazione tra:

- (1) il ricorso intelligente alle migliori prove cliniche disponibili nella letteratura scientifica circa l'efficacia e la sicurezza dei trattamenti di natura preventiva, diagnostica, curativa, assistenziale, educativa e riabilitativa;**
- (2) la comprensione delle preferenze espresse dalla persona assistita;**
- (3) la discrezionalità del giudizio clinico derivante dall'esperienza professionale maturata dagli infermieri.**





**Giornata**  
di **Studio**  
È possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



22 novembre 2005  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

# Le questioni di fondo

## *La memoria*



Nelson e Gordon (“The rhetoric of rupture: Nursing as a practice with a history?”, Nursing Outlook, 52, 2004) ci invitano a ‘non perdere la memoria’.

Spesso la **riflessione sullo sviluppo del ruolo dell’infermiere** e della sua disciplina tende a non riconoscere (o addirittura negare) la storia della professione e a reinventarla in relazione alle mutate condizioni del contesto. **La ‘rottura’ nei confronti di un passato** considerato peggiorativo – contestuale al desiderio di una ‘rinascita in un presente migliore’ che assicuri finalmente un adeguato riconoscimento sociale – **rende problematica la costruzione di una stabile e identità professionale.**



**Giornata**  
di **Studio**  
È possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it

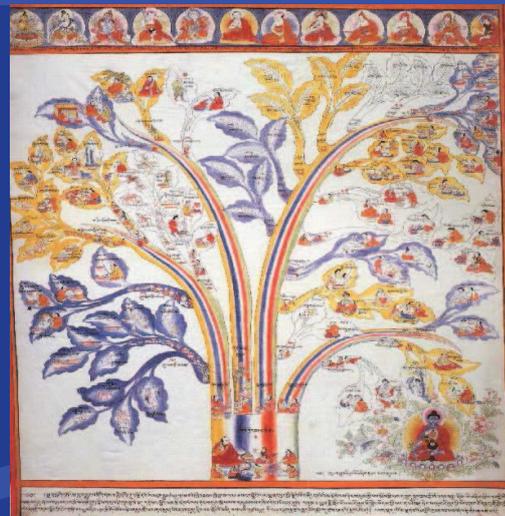


22 novembre 2005  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

## Le questioni di fondo

### *Il professionista*

Un **esperto**, specificamente formato e addestrato in una determinata **disciplina**, deputato a svolgere un **ruolo specialistico** nell'interesse della **società**. Possiede conoscenze (*sapere*), abilità e competenze (*saper fare*) e capacità comunicative e relazionali (*saper essere*) relative ai fondamenti della propria **professione**.





**Giornata**  
di **Studio**  
È possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



22 novembre 2005  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso

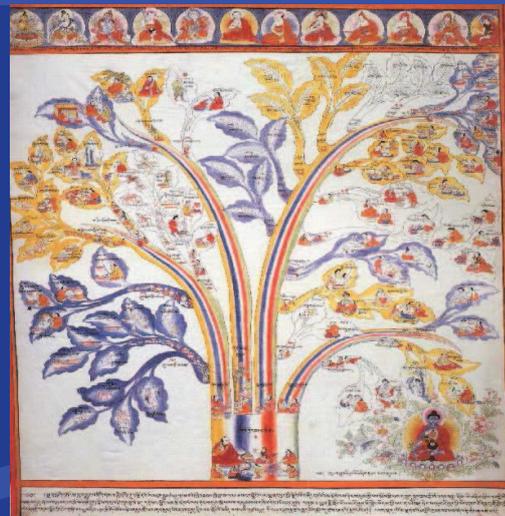
## Le questioni di fondo

### *Il professionista: la competenza*

**competenza operativa:** capacità  
di effettuare una prestazione

**competenza di servizio:**  
capacità di distinguere 'ciò che  
si deve fare' e realizzarlo

**competenza gestionale:**  
capacità di far fare a se stessi  
e agli altri.





**Giornata**  
di **Studio**  
È possibile dare visibilità alle cure?  
Quali gli ostacoli?

Spazi e stato della professione infermieristica nella  
società odierna - P.C. Motta, pmotta@med.unibs.it



**22 novembre 2005**  
Aula Magna Centro San Carlo - Lugano Besso



R  
O  
B  
E  
R  
T  
  
K  
E  
N  
N  
E  
D  
Y

*Alcuni vedono le  
cose come sono e  
dicono:  
“Perché?”*

*Io sogno le cose  
come non sono  
mai state e dico:  
“Perché no?”*