

Cervignano del Friuli – UD, 24 ottobre 2018
***HUMAN CARING* COMPETENZE PROFESSIONALI E**
ORGANIZZATIVE. SPUNTI BIOETICI

- 1. Premessa: collocazione dell'intervento**
- 2. L'orizzonte dello Human Caring**
- 3. Competenze tecniche, etiche e organizzative**
- 4. Nello spazio della bioetica**
- 5. Nel tempo della legge 219/2017**
- 6. Il collegamento con i Nuclei etici per la pratica clinica in FVG**

1. PREMESSE

- ❖ **Collocazione dell'intervento**
- ❖ Collegamenti con elementi delle altre relazioni specificamente sul fine vita...
- ❖ ... sulla legge 219/2017...
- ❖ ... sulle altre esperienze territoriali.
- ❖ L'intervento cerca di prendere spunto dagli scenari dello *Human caring* per realizzare un allargamento della prospettiva bioetica nell'esperienza infermieristica

2. L'ORIZZONTE DELLO HUMAN CARING

- ❖ Lo **human caring** viene qui concepito come sfondo dell'intervento; se storicamente tale prospettiva ha assunto forme teoriche e pratiche precise, qui si intende riprenderlo come riflessione generale – trasversale a diverse metodologie e criteriologie di intervento – che parte dall'esperienza di comune umanità
- ❖ **Caring** come ricerca di salute nel processo per il quale gli individui mantengono senso di coerenza, di comprensibilità della vita e di significatività [cfr. M. De Hennezel, *Prendersi cura degli altri*, 2008] // malattia non solo come deficit biologico *disease* ma anche come *illness* con giudizi aspettative del paziente e *sickness* in chiave sociale

2. L'ORIZZONTE DELLO HUMAN CARING

- ❖ Entro tale approccio si manifesta un **paradosso** fondamentale, cioè che ci troviamo a ragionare di qualcosa che è già sperimentato, ma va fatto emergere (come dimostrano anche i numerosi riferimenti “relazionali” del Codice Deontologico, sicuramente il Codice più “bioetico” tra quelli degli operatori sanitari)
- ❖ La condivisione delle esperienze come dei punti di vista anche differenti consente di **far emergere quanto già viene praticato** come orizzonte comune

2. L'ORIZZONTE DELLO HUMAN CARING

- ❖ **Fine vita e situazioni di solitudine:** nel contesto di cui ci occupiamo in questo incontro gli elementi di solitudine, di domanda di senso, di anonimato, di necessità di accompagnamento – presenti nella richiesta implicita di ogni paziente – emergono con forza
- ❖ L'infermiere rappresenta uno **snodo** fondamentale in tale processo
- ❖ Proprio nella consapevolezza del proprio ruolo “tecnico” emerge anche il legame con la questione etica: una **buona relazione** e una buona comunicazione (//a.1 c.8 l. 219/2017) sono la base di una **buona cura**

2. L'ORIZZONTE DELLO HUMAN CARING

- ❖ In un contesto di invecchiamento generalizzato della popolazione e di allungamento della cronicità, la capacità dell'infermiere di essere attore “autonomo”, anche se non solitario, capace di continua auto-formazione e cura della propria professione, rappresenta un elemento di **sostenibilità del sistema**
- ❖ **Formazione etica e training continuo** sono opzioni non facoltative ma necessariamente costanti dell'agire professionale
- ❖ Non si devono nascondere i rischi della congiuntura attuale, tra mancanza del personale e margini sempre più risicati per l'umanizzazione delle cure all'interno dell'allocazione delle risorse

2. L'ORIZZONTE DELLO HUMAN CARING

- ❖ **Territorialità:** un ulteriore sguardo a partire dalla prospettiva in atto è l'emersione delladinamica territoriale, che fa uscire le dinamiche classiche della cura dai luoghi deputati, con relativa necessità di formazione e informazione
- ❖ **Rapporto tra strutture e territori,** tra necessità di centralizzazione ed efficientizzazione del sistema e prospettive di prossimità e flessibilità; una riflessione umanistica su tali temi permette di unire le esigenze del sistema con una sostenibilità di lungo termine

2. L'ORIZZONTE DELLO HUMAN CARING

- ❖ Il tradizione binomio **Saper fare – saper essere**, che unisce competenza etica e competenza tecnica, può essere allargato nella comprensione del **saper dare** che scaturisce dagli altri due elementi, sia nella prospettiva del dare al paziente e alle famiglie, sia nella prospettiva di dare all'organizzazione, non come svuotamento del singolo o inaridimento (*// burn-out*), ma come agire comunitario
- ❖ **La dimensione etica, tecnica e organizzativa** vanno tenute così costantemente unite per coglierne i risvolti più generativi

3. COMPETENZE TECNICHE, ETICHE, ORGANIZZATIVE

- ❖ Possiamo parlare di **INFERMIERI IN 3C**?
- ❖ Le tre competenze fondamentali si intrecciano l'una con l'altra, non negando elementi emozionali, oltre che razionali e di verifica empirica
- ❖ **Tecniche**, trovano nelle altre competenze la possibilità che siano veramente date: una competenza tecnica non in relazione risulta spesso riuscita ma non compiuta nei confronti del paziente, così come rispetto all'organizzazione senza dialogo le tecniche diventano ripetizione senza incremento

3. COMPETENZE TECNICHE, ETICHE, ORGANIZZATIVE

- ❖ **Etiche**, trovano nelle altre competenze la possibilità di essere praticate: senza una prospettiva di tipo tecnico la prospettiva etica rimane una speranza non realizzata; dall'altro lato, più che per le altre competenze, per essere efficace la competenza etica richiede la condivisione a livello organizzativo, sia per diventare “lievito” della struttura che per essere riconosciuta
- ❖ Elemento aperto è la questione della competenza etica tra misurabilità e riferimento al singolo

3. COMPETENZE TECNICHE, ETICHE, ORGANIZZATIVE

- ❖ **Organizzative** trovano nelle altre competenze il senso e la direzione ma anche la sostenibilità: avere competenze organizzative non è qualcosa che riguarda solo alcune figure apicali
- ❖ Essere nell'organizzazione significa far circuitare la propria prospettiva professionale sia contribuendo alla crescita del sistema sia contribuendo a recepire dal contesto le novità e le nuove dimensioni che si presentano

3. COMPETENZE TECNICHE, ETICHE, ORGANIZZATIVE

- ❖ In ambito di fine vita – all'estremo rispetto alle dinamiche di ogni ambito di cura - la **solitudine, la dipendenza, l'anonimato** che il paziente sperimenta non sono rischi **anche per l'infermiere?**
- ❖ Concetto di “**dipendenza reciproca**”
- ❖ Una solitudine nell'assistenza dei momenti più duri ed estremi della vita, una solitudine di fronte ai familiari e alla gestione della comunicazione
- ❖ Una dipendenza da meccanismi di tipo tecnico che, da soli, non rendono ragione dell'integralità della professione infermieristica nella sua complessità
- ❖ **Elementi bifronte per professione ma anche per questioni specifiche di fine vita**

3. COMPETENZE TECNICHE, ETICHE, ORGANIZZATIVE

- ❖ In ambito di fine vita – all'estremo rispetto alle dinamiche di ogni ambito di cura - la **solitudine, la dipendenza, l'anonimato** che il paziente sperimenta non sono rischi **anche per l'infermiere?**
- ❖ Una solitudine nell'assistenza dei momenti più duri ed estremi della vita, una solitudine di fronte ai familiari e alla gestione della comunicazione
- ❖ Una dipendenza da meccanismi di tipo tecnico che, da soli, non rendono ragione dell'integralità della professione infermieristica nella sua complessità

3. COMPETENZE TECNICHE, ETICHE, ORGANIZZATIVE

- ❖ **L'anonimato** tocca così il professionista dell'assistenza sia come tassello di un sistema che non riesce ad essere efficace nei confronti del paziente e dei familiari, sia in rapporto alla propria professione vissuta come critica
- ❖ Si noti come anche **in negativo** nell'emersione delle criticità, l'infermiere rappresenti un anello di congiunzione decisivo tra struttura e destinatari della cura
- ❖ Il professionista dell'assistenza è spesso molto più in contatto con la “**nudità**” del malato di quanto non accada per i professionisti della cura/terapia

4. NELLO SPAZIO DELLA BIOETICA

- ❖ Nello specifico del **Fine vita** possiamo vedere come le competenze descritte vadano a concretizzarsi
- ❖ I tradizionali perni della riflessione bioetica trovano qui uno spazio particolare
- ❖ **Autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia** esprimono le competenze descritte per altra via, anche se non in modo esclusivo: competenza etica come ausilio all'autonomia del paziente e compimento della beneficenza, competenza tecnica come beneficenza e non maleficenza, competenza organizzativa come giustizia

4. NELLO SPAZIO DELLA BIOETICA

- ❖ La **storia clinica** (// caso clinico) è il punto di partenza e ricaduta dell'attenzione di cura
- ❖ Nel contesto della **società plurale** potremmo chiederci se non sia una difficoltà insuperabile il pluralismo dei valori: **quale etica e quale paradigma bioetico?**
- ❖ I contesti di riferimento sono plurali non solo in senso culturale o religioso, ma anche come prospettive singole che si modificano nel tempo
- ❖ Provocatoriamente potremmo rispondere che non ha importanza il paradigma **se ci sono gli spazi di confronto, spazi etici ma anche organizzativi e tecnici**

4. NELLO SPAZIO DELLA BIOETICA

- ❖ Dunque gli elementi classici della bioetica trovano una precisazione e una individuazione concreta nella prassi infermieristica e nelle prospettive di esposizione legate al fine vita
- ❖ Da momenti singoli in cui si gioca il destino della bioetica, **le questioni estreme** divengono cartina di tornasole per tutte le questioni rilevanti eticamente nell'esistenza, a prescindere dal loro carattere "estremo"

5. DUE OCCASIONI: LEGGE 219/2017

- ❖ Apparentemente la legge sembra non considerare in primo piano le professioni che non siano quella medica (a. 1 con diversi riferimenti al medico)
- ❖ Anche a.1 c.8 “Il tempo della comunicazione tra medico e paziente è tempo di cura” va nella stessa direzione
- ❖ Nella formazione continua, tuttavia, si fa riferimento a tutte le professioni sanitarie (a.1 c.10)
- ❖ In senso più esteso tutto il riferimento al **consenso informato** allarga le questioni alle professioni sanitarie nella loro integralità

5. DUE OCCASIONI: LEGGE 219/2017

- ❖ Anche il riferimento alle **DAT** (a. 4 in particolare) potrebbe essere letto in senso tecnicistico come recepimento di una disposizione, o come processo continuo
- ❖ In questa prima fase di applicazione delle DAT è fondamentale la comunicazione e l'informazione, in modo che chi vuole redigerle abbia tutti gli elementi contestuali, d'altro canto a lungo termine sarà necessaria una cultura dell'informazione su questi temi per aiutare la gente a parlare e ragionare su tali tematiche spesso rimosse

5. DUE OCCASIONI: LEGGE 219/2017

- ❖ Non va dimenticato che elemento fondamentale è l'aggiornamento delle DAT rispetto al tema dell'attualità, quindi la relazione continua di cura, anche nelle fasi meno estreme dell'esistenza, permette di rivedere le direttive elaborate in precedenza
- ❖ Tale elaborazione oltre che toccare l'operatore sanitario può divenire stimolo per una condivisione delle questioni su larga scala a livello organizzativo come nei confronti dei familiari

5. DUE OCCASIONI: LEGGE 219/2017

- ❖ Risulta sempre più necessario passare da una cultura **difensiva** che vede anche nella nuova legge un pericolo, e coglierne invece l'occasione per ragionare con i familiari/fiduciari, riducendo gli spazi di conflitto
- ❖ C'è poi un esplicito riferimento all'equipe nella sua interezza per quanto riguarda l'a. 5 sulla **pianificazione condivisa delle cure**, vero strumento immediatamente applicabile
- ❖ Non sfugge come al di là delle singole norme una cultura bioetica che espliciti i riferimenti contenuti nella legge possa dar vita ad una revisione profonda di alcune prassi organizzative

5. DUE OCCASIONI: LEGGE 219/2017

- ❖ Risulta sempre più necessario passare da una cultura **difensiva** che vede anche nella nuova legge un pericolo, e coglierne invece l'occasione per ragionare con i familiari/fiduciari, riducendo gli spazi di conflitto
- ❖ C'è poi un esplicito riferimento all'equipe nella sua interezza per quanto riguarda l'a. 5 sulla **pianificazione condivisa delle cure**, vero strumento immediatamente applicabile
- ❖ Non sfugge come al di là delle singole norme una cultura bioetica che espliciti i riferimenti contenuti nella legge possa dar vita ad una revisione profonda di alcune prassi organizzative

6. NUCLEI ETICI PER LA PRATICA CLINICA IN fvg

- **Comitati (in FVG nuclei) etici per la pratica clinica (Cepc)**

Allegato a DGR 73 del 22.01.2016

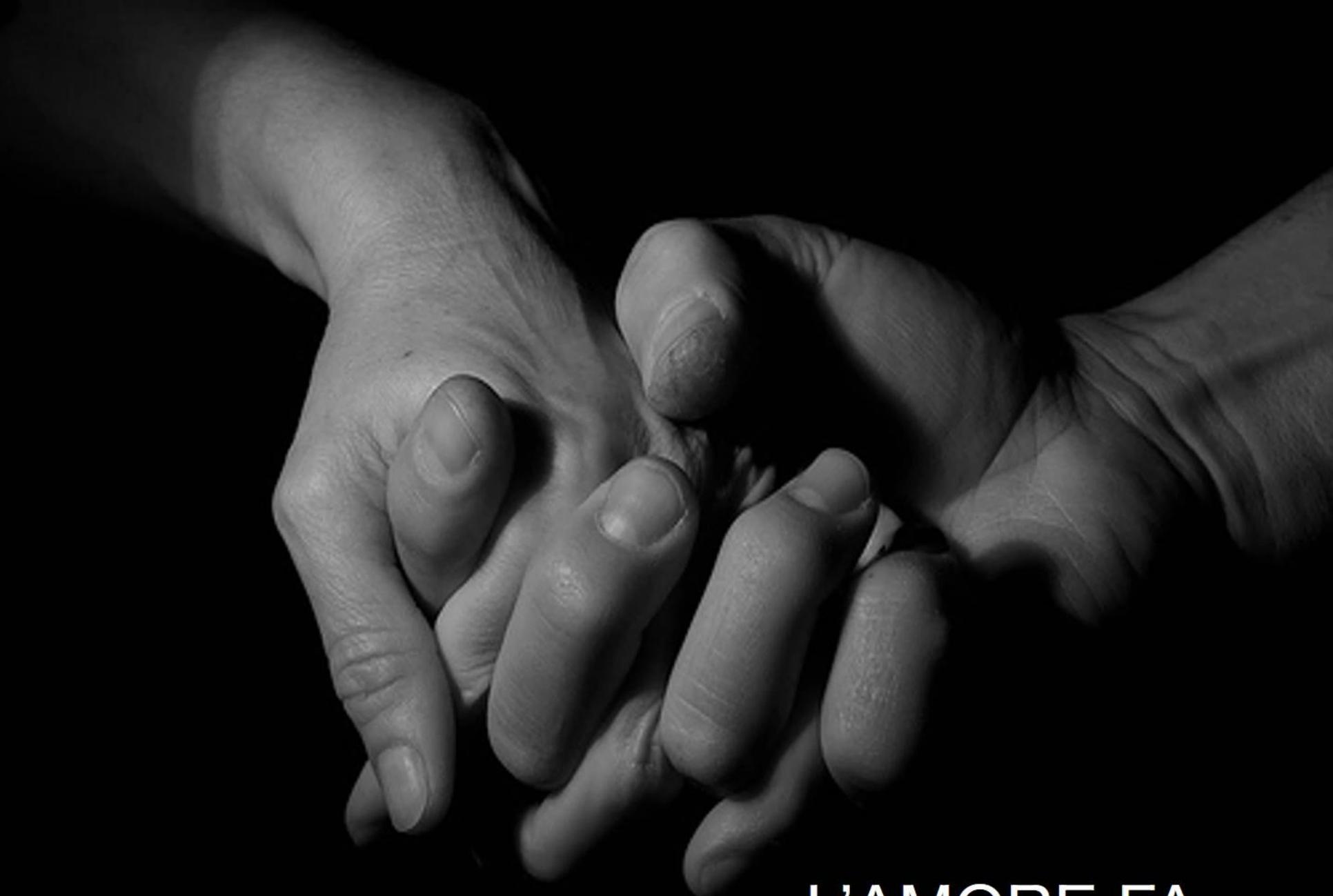
- **Analisi casi di casi clinici**
 - // centralità della storia clinica
- **Sviluppo di raccomandazioni ed indirizzi operativi**
 - // prassi operative rinnovate
- **Formazione del personale e informazione ai cittadini**
 - // riferimento per pazienti e personale
- **Fornire contributi in materia di allocazione ed impiego delle risorse**
 - // competenze organizzative

6. NUCLEI ETICI PER LA PRATICA CLINICA IN fvg

- Comitati (in FVG nuclei) etici per la pratica clinica (Cepc)

Documento CNB 31 marzo 2017: *“Il ruolo marginale e tendenzialmente residuale che l’attuale assetto normativo attribuisce all’etica clinica non sembra più rispondere all’evoluzione di una bioetica che si trova ad affrontare problemi sempre più complessi in cui emergono profili che si distaccano, spesso in maniera netta, dalla logica e dalle esigenze dei protocolli sperimentali clinici. Se questi ultimi, per rispondere a una domanda globale a carattere industriale, divengono sempre più **centralizzati e standardizzati**, l’etica clinica abbraccia tutti quegli aspetti dell’organizzazione sanitaria che pongono l’esigenza, **flessibile e personale**, della prossimità tra il medico e il paziente nonché di un rapporto tra il cittadino e le istituzioni e tra queste e la società”* (p. 10)





L'AMORE FA ...