



Il tempo di relazione è tempo di cura

Articolo 4 del codice deontologico dell'Infermiere

Questo numero doveva essere dedicato per la più parte all'articolo quattro della nuova versione del codice deontologico degli infermieri ed alle sue declinazioni nell'ambito della Salute Mentale. Ed invece così non è.

Potevamo cambiare titolo. potevamo far slittare l'argomento al prossimo numero. Invece vorremmo provare a tenere questo titolo e sviluppare un discorso sul perché di questa mancanza. Ma intanto vi invitiamo a

discorso negli altri articoli presenti: come captare il disagio di chi, ad un certo punto della sua vita si sente così solo e disperato da pensare di mettere fine alla propria esistenza? Gli infermieri che lavorano nelle Forze Armate e nelle Forze dell'Ordine ci suggeriscono ascoltando, ponendosi in una posizione non giudicante. E quindi, mettersi nella giusta relazione diventa uno strumento diagnostico e preventivo. Ed in un altro articolo, a Torino, nell'accogliere e filtrare le

richieste di aiuto e di cura che giungono per la prima volta al DSM ci si è chiesti come poter essere appropriati ed efficienti rimanendo efficaci. E di nuovo, ascoltare, approfondire, curare la relazione fino al colloquio clinico diventa uno strumento per gli infermieri. Ed infine: come captare e capire il disagio giovanile, prima che diventi clinico? Si può imparare da una canzone? Anche questo è tempo dedicato alla relazione.

Indice

SISISMNEWSLETTER

Numero 5 -30 marzo 2020

Editoriale.

Il tempo di relazione è tempo di cura.

Pag 1

lo stress ed il fenomeno dei suicidi nelle Forze Armate e nelle forze di Polizia. Il ruolo dell'Infermiere

Pag 3

di Andrea Gargiulo

Il trattamento breve in Psichiatria

Il ruolo dell'Infermiere

Pag 6

di Sandro Serio

Creatività e profezie transgenerazionali. Per una consapevolezza possibile nella relazione di cura degli adolescenti

Pag 8

di Davide Sciolti

Alcune riflessioni su questo numero

Pag 12

di Michele Compagnone

REDAZIONE

Daniele Benfenati, Michele Compagnone, Cesare Moro, Annalisa Pazzaglia, Davide Sciolti

IMPAGINAZIONE E GRAFICA

Michele Compagnone

HANNO CONTRIBUITO A QUESTO NUMERO:

Michele Compagnone, Andrea Gargiulo, Cesare Moro, Davide Sciolti, Sandro Serio.

Grazie a tutti coloro che hanno collaborato alla creazione di questo numero correggendo le bozze, incoraggiandoci e spronandoci. Aspettiamo nuovi contributi.

Nelle more della definizione di un'organizzazione definitiva, inviate i vostri contributi a segreteria@sisism.org.

NORME EDITORIALI

Testo di non più di 4 cartelle editoriali (7200 battute, ovvero 90 righe di 60 battute l'una, in carattere monospaziato tipo courier corpo 12). Possono essere corredate da non più di due foto (max 200 dpi). Il testo deve essere in formato .doc .docx .rtf .txt . Le immagini in formato .tiff .jpg .png .

I contributi saranno pubblicati ad insindacabile giudizio di SISISM, Non è previsto alcun compenso. Ogni responsabilità rispetto ai contenuti ed alle opinioni espresse si intende in capo all'autore e non impegna in alcun modo SISISM ne rispecchia la posizione della Società tranne che laddove esplicitamente espresso.



Penso che risieda -nell'essere-
(tempo di cura) la chiave di volta
che riporta il nursing ad una
dimensione realmente
interpersonale,

Riappropriarci del tempo di
relazione che è tempo di cura,

“IL TEMPO DI RELAZIONE E’ TEMPO DI CURA”

Davide Sciolti - Savona

L'importanza delle parole spesso ci viene in aiuto ed è così che ho immaginato di poter iniziare a pensare ad una riflessione.

Penso che risieda -nell'essere (tempo di cura) la chiave di volta che riporta il nursing ad una dimensione realmente interpersonale, all'interno della quale giocano tutti i fattori intersoggettivi che rendono l'assistenza un luogo di incontro e quindi permetta una vera umanizzazione della cura.

La relazione c'è sempre stata, all'interno della nostra deontologia professionale, come logica derivazione di altri principi sintetizzabili nella dimensione umana- (presente già dalla prima edizione del '60 e ben identificata nella successiva del '77), ma è stata posta e quindi vissuta come aspetto ancillare rispetto alla realtà competenziale .

Ecco quindi che la relazione -e- la cura (il tempo di) perdendo il legame complementare permettono il passaggio culturale da una distinzione tra il saper fare ed il saper essere che, senza falsi pudori, dovremmo ammettere ha sempre definito due realtà concettuali profondamente distanti quando calate nel pragmatismo clinico.

Senza falsi pudori dovremmo altresì riconoscere che anche nella nostra pratica clinica specialistica abbiamo spesso perpetrato questa congiunzione-distinzione

pur nella consapevolezza dello strumento cardine del fare in psichiatria, eludendo così la valenza terapeutica della relazione.

Se così fosse avremmo, noi per primi, prodotto quell'assetto assistenziale che, nel nome dell'oggettivazione e della riproducibilità ha dimenticato, eluso forse, la dimensione umana, la connotazione filantropica quale condizione imprescindibile per una pratica consapevole e critica.

Insisto, questo atteggiamento, che sicuramente ha permesso anche di difenderci dalla *compassion fatigue*, ha prodotto anche dimenticanze formative importanti.

Riappropriarci del tempo di relazione che è tempo di cura, ci può rendere consapevoli della necessità di recuperarne il significato terapeutico per il vissuto di chi si affida alla nostra assistenza, ma anche per il vissuto di noi operatori.

Immagino così e concludo il mio breve intervento, che tale riconoscimento possa essere profondamente auto-terapeutico e l'introduzione di questo articolo del Codice permetterebbe forse di sfuggire ai “disastri istituzionali” ridando forza e coraggio alle necessarie capacità di pensiero per chi, come me, lavora da anni all'interno dell'istituzione.

Lo stress e il fenomeno dei suicidi nelle Forze Armate e di Polizia. il ruolo dell'Infermiere

Andrea Gargiulo

Presidente SISISM - Bologna

La sinergia tra la SISISM, l'Associazione Scienze Infermieristiche Militari e Polizia Italiana (ASIMP) e l'OPI Bologna ha reso possibile nella giornata di sabato 19 Ottobre 2019 lo svolgersi di un seminario aperto ai professionisti (e anche ai cittadini), di natura prettamente infermieristica. È stata una prima occasione di discussione e approfondimento su temi di cogente attualità e delicatezza come il suicidio in un ambiente professionale come quello delle forze dell'ordine e delle forze armate.

All'evento vi è stata una grande partecipazione, con la presenza di tutti i corpi militari e di polizia, sia con gli infermieri che ne fanno parte sia con non infermieri. La partecipazione è stata sentita anche come un segno di vicinanza a tutti quei colleghi, amici e parenti che ci hanno lasciato prematuramente.

È stata un' importante opportunità per riflettere sul ruolo dell'Infermiere in questi ambiti. L'infermiere può essere una figura chiave nella rilevazione del disagio e del dolore della persona in tutti gli ambiti e contesti in cui opera, sia in ambito civile che in un settore sanitario così particolare come quello militare. L'infermiere può e deve svolgere la sua funzione di prevenzione del suicidio. Il tema infatti è stato trattato particolarmente sotto il profilo della prevenzione, mettendo in evidenza il ruolo dell'infermiere, come professionista che, collaborando in équipe con medici e psicologi, può rilevare il disagio latente o potenziale.

Il tema, è sicuramente rilevante: Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, i suicidi ogni anno sono circa 800.000, vale a dire una persona ogni 40 secondi, di cui circa 4.200 riguardano solo l'Italia. Inoltre se pensiamo che per ogni suicidio ci sono almeno 6 persone che vengono intaccate per il resto della loro vita: familiari, amici e colleghi parliamo di una popolazione estremamente grande che si porta dietro un lutto misconosciuto per il



quale c'è bisogno di massima attenzione. A livello globale, il suicidio è la seconda causa di morte tra le persone in età compresa tra i 15 e i 29 anni.

Nel periodo 2010-2018 si sono, purtroppo, registrati nelle Forze Armate e di Polizia: complessivamente ben 253 suicidi: sessantanove suicidi tra gli appartenenti alla Polizia di Stato, sessantasei nell'Arma dei Carabinieri, ventinove nella Guardia di Finanza, cinquantanove nella Polizia Penitenziaria e ventinove nella Polizia Locale.

La più parte delle persone che si tolgono la vita non vorrebbero morire e vivrebbero se qualcuno li ascoltasse e li aiutasse a superare il dramma che in quel momento della loro vita si svolge nella loro mente, fatto spesso di pensieri, considerazioni e bilanci. Perché solo quando, la persona da sola, vede che tutte le opzioni tentate per risolvere la sofferenza sono andate in fallimento, quando la sofferenza supera la soglia di sopportazione, allora il suicidio si configura come la soluzione. Ed è qui che l'infermiere si pone come interlocutore specifico, competente e disponibile nell'immediato.

Il seminario ha perseguito gli obiettivi di:

- Conoscere l'ambito della gestione del rischio clinico connesso al fenomeno;



- Promuovere l'adozione e il potenziamento di buone pratiche cliniche per la prevenzione e gestione degli agiti aggressivi e/o violenti e delle condotte a rischio suicidio;

- Sviluppare una riflessione adeguata ed approcci e modalità adattivo-corrective sul fenomeno;

- Sviluppare la capacità di lavorare in équipe, per perseguire strategie di intervento comuni e un fine unitario sul piano dei trattamenti e dell'organizzazione del servizio;

- Sviluppare un idoneo percorso di formazione infermieristica.

Il seminario si è svolto con gli interventi di:

- Saluti istituzionali dei presidenti Pietro Giurdanella, Andrea Gargiulo, Tarquinio Fornari
- Intervento multidisciplinare per un fenomeno complesso: il suicidio di Maurizio Bellini Sovraintendente Capo Tecnico Infermiere – Servizio Sanitario Polizia di Stato, Maria Pagano Sovraintendente Capo Infermiere – Servizio Sanitario Polizia di Stato
- Fattori stressanti tipici del lavoro delle Forze dell'Ordine: possibili conseguenze psicologiche e strategie di intervento

Stefania Bartoli Psicologo Associazione Cerchio Blu

- Infermieri e stress da lavoro correlato di Gianfranco Preiti Dottore Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche – Infermiere Forense
- L'Infermiere nella comunità militare: una figura strategica per la gestione del disagio psicologico di Antonio Gentile Luogotenente Infermiere Esercito Italiano – Centro di Selezione e Reclutamento Nazionale dell'Esercito – Foligno (PG)
- Il ruolo dell'Infermiere e l'ipotesi di un percorso di formazione infermieristica dedicato Fiorella Fabrizio Vice Presidente CNAI.

Il seminario è stato certamente un passo verso la crescita di una strategia per la prevenzione del suicidio, perché il tabù e lo stigma nei confronti del suicidio, impediscono spesso di impadronirsi di concetti chiave e semplici che potrebbero favorire un riconoscimento precoce. Ha evidenziato che l'urgenza di oggi è saper identificare in anticipo il rischio di suicidio, essere in grado di riconoscere i soggetti in crisi, saperli aiutare e, nel se necessario, sostenere quanti hanno già perso un caro per suicidio".

Questa partnership è stata fortemente volute da entrambe le parti proprio perché si

dia una maggiore evidenza e riconoscimento dell'infermiere all'interno delle forze dell'ordine, armate e di polizia, come la figura di primo piano nella rilevazione del disagio e della sofferenza essendo in così stretto contatto con la persona che in quel momento sta vivendo un dramma personale, ma deve essere ulteriormente dotato degli strumenti organizzative e formativi per intercettare il disagio che in quel momento il lavoratore sta vivendo e poterlo prevenire.

Come giustamente portato in evidenza

messo in condizione può creare una rete di supporto.

come sottolineato da Marina Pagano Sovrintendente Capo Infermiere – Servizio Sanitario Polizia di Stato, «L'infermiere ha un sesto senso, quel senso che gli fa percepire che nell'aria c'è qualcosa che non torna. Facendo attenzione possiamo intercettare alcuni segnali, come incuria della propria persona, il separarsi dalla vita sociale con i colleghi, ma possiamo creare un rapporto in cui l'altro si può fidare e nel quale l'altro sa



nel suo intervento dal Dr. Maurizio Bellini Sovrintendente Capo Infermiere – Servizio Sanitario Polizia di Stato: l'infermiere-poliziotto come in tutte le forze armate è sovrapponibile all'infermiere di comunità. Lavorando a stretto contatto con i colleghi deve dotarsi degli strumenti per intercettare e prevenire. L'ambulatorio "è un luogo dove il collega viene a chiedere supporto per alleviare l'angoscia che sta vivendo, riconoscendo l'infermiere come referente che è in grado di alleviare l'angoscia. L'infermiere spesso è l'interfaccia, è il collega a cui ci si rivolge per qualsiasi cosa, L'infermiere all'interno della piccola comunità nella quale opera, stabilisce una compliance comunicativa e di fiducia e può intercettare i segni di disagio. Da professionista può intercettare i segni, e se

sa che siamo predisposti all'ascolto non giudicante».

Come SISISM, ASIMP e OPIBO abbiamo sostenuto l'evento perché il tema del suicidio fosse portato in evidenza e per poter discutere insieme trovare delle strategie comuni per affrontare una problematica così delicata. La forte partecipazione dimostra quanto l'argomento sia sentito, quanto sia trasversale tra il mondo militare e il mondo civile e investa globalmente tutta la società. Per questo si pensa già ad una seconda edizione con altre giornate dedicate alla valutazione del fenomeno anche in altri contesti dove operano gli infermieri come quello ospedaliero e del territorio. Il fenomeno del suicidio è un aspetto della vita delle persone che dobbiamo valutare attentamente e prevenire.

Il trattamento breve in Psichiatria Il ruolo dell'Infermiere.

Sandro Serio, Infermiere Coordinatore ASL Città di Torino

alessandro.serio@ascittaditorino.it

Sommario:

Il DSM dell'ASL Città di Torino ha avviato nel giugno del 2017 la sperimentazione (poi recepita dagli atti aziendali) del progetto denominato "Accoglienza - Trattamenti brevi e Psicoterapie". L'articolo descrive come si è strutturato il progetto e traccia un bilancio sommario dell'esperienza delineandone lo sviluppo e le prospettive con dati aggiornati al millesimo contatto.

Introduzione:

Il Dipartimento di Salute Mentale della ASL "Città di Torino" ha avviato nel giugno 2017 la sperimentazione (poi recepita dagli Atti Aziendali) su un'area cittadina di 247 mila abitanti del progetto denominato: "Accoglienza-Trattamenti Brevi e Psicoterapie".

Il progetto nasce da due convinzioni che nell'equipe di lavoro sono state spunto di cambiamento dei canoni classici della "Presenza in carico".

- La prima convinzione è stata quella che una équipe dedicata a dare risposte ai bisogni della nuova utenza in psichiatria fosse in grado di orientare i percorsi secondo reali riferimenti di appropriatezza clinica/assistenziale.
- La seconda è stata la volontà di strutturare questa risposta allestendo una vera équipe multidisciplinare dove il fattore tempo prepotentemente potesse intervenire sui paradigmi delle singole professioni.

La scelta multiprofessionale della tipologia di servizio rappresenta a nostro avviso la peculiarità principale rispetto alle altre realtà messe in campo nel panorama italiano in questo settore.

Descrizione del Progetto

Tutti i nuovi utenti che necessitano di una visita psichiatrica/psicologica vengono indirizzati al servizio ATP (Accoglienza, Trattamenti Brevi e Psicoterapie) il quale, per ognuno, predispone una "assunzione in cura" ed un percorso che deve "in un tempo ragionevole" essere portato a termine verso le tre uscite principali

1. M.M.G. (Medico di Medicina Generale)
2. Altro percorso appropriato
3. Invio al C.S.M

L'intero percorso "deve" trovare una soluzione di chiusura cartella il più appropriata possibile entro 6 mesi dalla prima visita psichiatrica e 12 mesi se il percorso è psicologico.

Di particolare efficacia si è dimostrata l'applicazione di competenze avanzate da parte della équipe educativa ed infermieristica che, interviene durante la fase di triage della domanda.

Attraverso il colloquio Infermieristico/educativo i professionisti sono in grado di rimodulare ed eventualmente riorientare la domanda del cittadino verso il percorso più appropriato anche approfondendo con i medici di medicina generale la natura della richiesta.

Tale attività viene supportata dalla registrazione delle evidenze sintomatiche e delle informazioni personali, sociali e relazionali della persona oltre alla somministrazione di scala. (Basis-32)

Secondo gli stessi criteri l'équipe infermieristica/educativa può decidere di rivedere e monitorare l'assistito nel tempo che intercorre fra il triage e la valutazione da parte di uno psichiatra. Essenzialmente tali interventi sono finalizzati a prevenire fenomeni non voluti di drop.out o a ridurre le distanze tra le aspettative di intervento ed il tempo di prima visita.

Qualora il medico psichiatra decida per un intervento "breve" all'interno dell'ATP l'infermiere e l'educatore professionale

entrano nel novero delle “Offerte di cura” attraverso interventi individuali di assesment dei bisogni o di supporto all’approfondimento clinico.

Tali interventi sono contestualizzati anche all’interno dello strumento dei gruppi terapeutici a conduzione non clinica (di mutuo-aiuto o tematici su problematiche specifiche) In taluni casi l’intervento infermieristico rappresenta la “risposta d’elezione” che il Servizio ritiene appropriata

33 interventi all’interno di gruppi tematici a gestione infermieristica-educativa.

Discussione

Grazie a questo modello “multidisciplinare” possiamo evidenziare come attualmente circa 6 cittadini su 7 che si rivolgono al DSM ricevono una risposta appropriata senza accedere ai Centri di Salute Mentale. Questo, se i dati verranno confermati nel il prosieguo del lavoro, vuol dire che i CSM potranno concentrare il loro

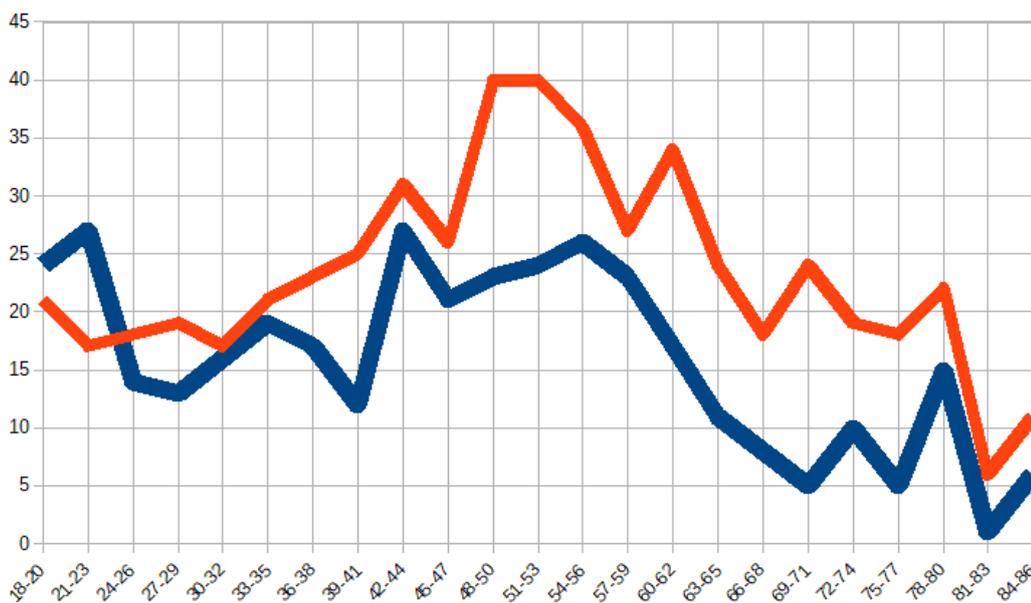


TABELLA 1: FREQUENZA DI ACCESSO IN RELAZIONE ALL’ETÀ ED AL SESSO DEI CITTADINI

La parte clinica viene assicurata da psichiatri e psicologi sia con interventi individuali che con terapie di gruppo. Il Servizio A.T.P. accoglie circa 100 richieste al mese su un bacino di popolazione di 247.000 abitanti, che è circa un quarto della popolazione di riferimento dell’ASL Città di Torino.

Analisi dei dati

Sulla base di una analisi del lavoro svolto effettuata in occasione del millesimo contatto si riporta un estratto dai report pubblicati. Il primo relativo alle frequenze di accesso in relazione all’età ed il sesso dei cittadini (Tabella 1). Il secondo circa gli esiti in relazione alle cartelle già chiuse (Tabella 2) . Tra le 521 cartelle chiuse si osservano 75 interventi mirati Infermieristici-ed educativi

- 13 assunzioni in cura a prevalenza educativa
- 17 assunzioni in cura a prevalenza infermieristica
- 12 assunzioni in cura congiunte

intervento sui casi clinicamente rilevanti e la popolazione potrà avere una risposta soddisfacente ad una sempre maggiore richiesta di consulto sul proprio disagio psicologico anche fisiologico, che con il modello precedente non era trattato o non veniva nemmeno preso in considerazione, perché i tempi di attesa e l’iter di presa in carico facevano sì che la maggior parte di queste richieste diventassero drop out. Inoltre, una parte di lavoro di presa in carico infermieristica ed educativa, che prima era comunque svolta ma non valorizzata, ora è riconosciuta ed ha la giusta considerazione nell’organizzazione del servizio.

Bibliografia

Conti Luciano, *Repertorio delle Scale di Valutazione in Psichiatria*, (349-352), 2001, SEE Firenze

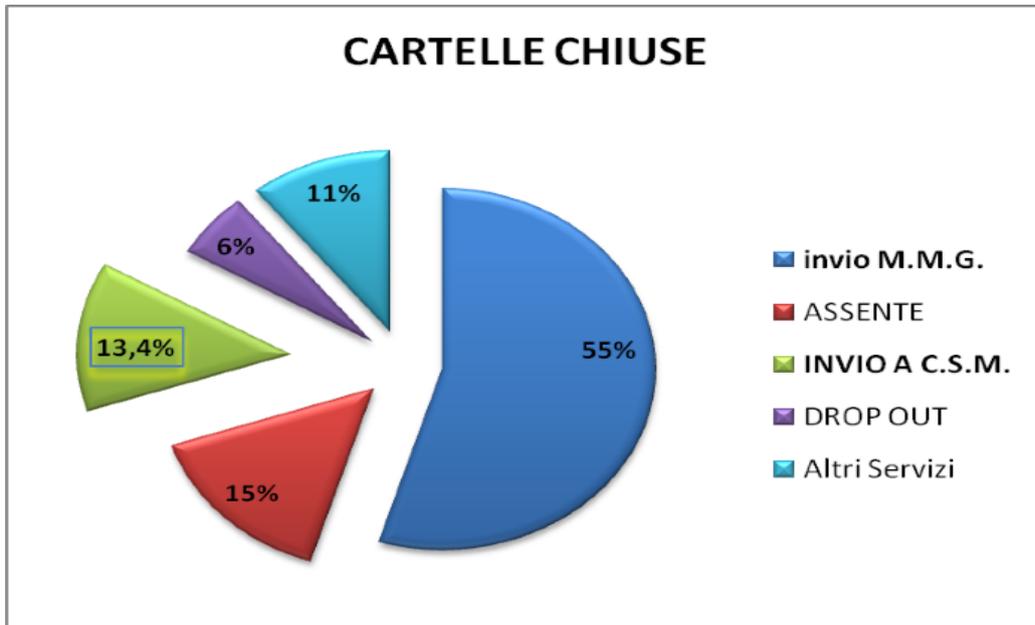


TABELLA 2: ESITO IN RELAZIONE ALLE CARTELLE CHIUSE

Creatività e profezie transgenerazionali. Per una consapevolezza possibile nella relazione di cura con gli adolescenti.

Davise Sciolti - Savona



Non è certo una novità nel panorama della cultura e della ricerca psichiatrica (ricordo la collezione Prinzhorn di Heidelberg), forse lo potrebbe essere all'interno della cultura del nursing psichiatrico, forse, perché a dire il vero la cultura del nursing psichiatrico è preguata di attenzione per l'espressione creativa in gioco nelle dinamiche relazionali e nei processi di cura (la comunicazione non-verbale quale medium di incontri fatti di immagini, suoni, movimenti, per trasmettere vissuti individuali profondi). Non sarò, spero, ridondante se cito l' Art brut e se ricordo, all'interno dei confini nazionali, Nof4, "al secolo" Nannetti Oreste Fernando ed il nostro collega Aldo Trafeli.

Ciò che propongo è la ri-lettura di una personalità altrettanto creativa, che fatte

Sopravvivo senza motivo

di MGZ e le Signore

<https://www.youtube.com/watch?v=QDTKJInLr8I>

La verità è che il futuro fa paura
 ma il presente non esiste
 non esiste?
 La verità è che il futuro fa paura
 ma il presente non esiste
 non esiste?
 Non so che cosa ho fatto /
 no no
 non so che cosa ho detto e mi tormento e
 mi consumo sotto il letto.
 Non sono ancora uscito
 ma sono già pentito è un giorno nuovo
 io non mi trovo...
 Sopravvivo senza motivo
 prima ero gentile ora sono cattivo
 sopravvivo senza uno scopo
 perché non mi sparo
 te lo spiego dopo.
 La verità è che il futuro fa paura
 ma il presente non esiste
 non esiste?
 La verità è che il futuro fa paura
 ma il presente non esiste
 non esiste?
 Non so che cosa voglio /
 no no /

e questo è già uno sbaglio il mio disagio mi
 ferisce nell'orgoglio
 . Non sono concentrato /
 ma nemmeno rilassato è un giorno nuovo
 io non mi trovo...
 Sopravvivo senza motivo
 prima ero gentile ora sono cattivo
 sopravvivo senza uno scopo
 perché non mi sparo
 te lo spiego dopo.
 Sopravvivo senza motivo /
 prima ero gentile ora sono cattivo
 sopravvivo senza uno scopo
 perché non mi sparo
 te lo spiego dopo.
 Ma dove ti nascondi /
 ma dove ti confondi sei passato come un
 treno
 hai bruciato mille mondi.
 Ma come sei diverso
 ma come sei uguale ti e' sfuggito l'universo
 e ti senti poco e male...
 Sopravvivo senza motivo
 prima ero gentile ora sono cattivo
 sopravvivo senza uno scopo
 perché non mi sparo
 te lo spiego dopo.
 Sopravvivo senza motivo /
 prima ero gentile ora sono cattivo
 sopravvivo senza uno scopo
 perché non mi sparo
 te lo spiego dopo.
 Sopravvivo senza motivo ...

salve le ovvie differenze distintive, per motivi se non altro storici, potrebbe rappresentare quell'attenzione alla creatività come medium relazionale.

Mauro Guazzotti, "al secolo" MGZ (leader di "MGZ & le Signore", band musicale savonese che nasce sul finire degli anni '90, definita come techno-noise-trash-cabaret, erede dei F.A.R., prima band di Guazzotti, nata nel 1980, espressione del genere post-industriale, a mio parere potrebbe rappresentare un esempio di quella visionarietà caratteristica dell'arte, se è vero, come lo è, che l'arte è il medium di un messaggio ed in quanto tale, molteplice, declinabile in più modi espressivi.

Cosa narra MgZ, portando sulla scena coreografie perfettamente aderenti alla poetica del brano musicale, così come nel videoclip creato per il medesimo brano ("Sopravvivo senza motivo" dall'album "Non riesco più a starmene tranquillo" del 2002) ?

Profetizza il "tecnosciamano", così definito da esperti del settore musicale, come

solo la creatività può fare, dopo un salto generazionale che va dagli anni ottanta alla nostra contemporaneità.

Cosa narra "Sopravvivo senza motivo" ?

Narra della condizione di nichilismo profondo, che mai come ora attraversa l'esistenza di molti adolescenti, il titolo sarebbe di per sé esaustivo, nella sua crudezza sintetizza la spinta alla naturale sopravvivenza, pur lungo una prospettiva che guarda all'assenza di motivazioni.

Fiorero di verità ineluttabili, Mauro Guazzotti ci sbatte in faccia un' altrettanto ineluttabile prospettiva, l'assenza del presente; lo sguardo al futuro diviene inevitabilmente terrifico. L'assenza degli adolescenti, come condizione dell'essere presenti in una dimensione contratta a tal punto da annullare qualsiasi processo in progressione.

Il non sapere, del "non so che cosa ho detto", narra di una memoria assente, originata dalla percezione temporale (appartenente all' "io mondo" husserliano)

che senza la partecipazione al presente, non può che non avere tensioni future.

La riduzione della propria esistenza, riduzione intesa come perdita di partecipazione attiva alle relazioni con il mondo, porta così ad una difesa solipsistica, dove tutto è circoscritto alla stanza, al letto; è il tempo cronologico, solamente questo a trascorrere, come alternanza dei giorni.

Non "sapersi trovare" è perdere le abilità intersoggettive, nuovamente quindi, in una condizione dell'agire (imprescindibilmente intrecciato alla capacità di pensiero) all'interno del gruppo.

Non "sapere cosa si vuole" è la confidenza che gli adolescenti ci fanno, più o meno esplicitamente.

Cosa sopravvive quindi? Sopravvive la percezione di sé, come entità sempre più ridotta nell'inevitabile smarrimento identitario, dove per identità intendiamo "il proprio Sé in relazione con l' altro da Sé", sarà questo a muovere l'auto-giudizio negativo di "e questo è già uno sbaglio" e di " il mio disagio mi ferisce nell'orgoglio"?

Nascondersi e confondersi sono difese psichiche che tentano di ridurre l'angoscia di perdita, perdita di sé derivata dalla sempre maggiore difficoltà nel trattenere, nell'interiorizzare, nel metabolizzare il mondo per poter costruire il proprio mondo, in un percorso veloce come un treno che ha bruciato le tappe. La velocità ha reso inafferrabili le fermate del treno, i luoghi di esperienza di vita "bruciando mille mondi".

"L'essere uguale", cristallizzato dall'assenza di introiezione del mondo, così come "l'essere diverso", forse per avere perso la precedente identità, perdita che anche l'altro percepisce e fatica a riconoscerti nella tua nuova condizione. Il processo di perdita di "ti è sfuggito l'universo" è percepibile allo sguardo dell'altro, così come lo è il malessere esistenziale che ne deriva del "ti senti poco e male".

Il testo è giocato sul dialogo tra prima e terza persona così da narrarci la confidenza che gli adolescenti fanno, per far sì che l'altro possa raccogliere l'angoscia e, si spera, contenerla, restituendola in chiave affrontabile.

La gentilezza svanita per dar posto alla cattiveria sembra essere un' ammissione di colpa , che diviene forse ciò che resta della propria consapevolezza, unitamente alla percezione di perdita di legami.

Il ritornello sembra, secondo questa interpretazione, un' ulteriore richiesta d'aiuto, ma nel "te lo spiego dopo" entra forse, anche la terza persona, che ha vissuto precedentemente la condizione narrata dal testo e che ha potuto e saputo superarla perché affiancata dalle generazioni precedenti.

La genitorialità in senso lato ed ecco qui l'aspetto transgenerazionale, ha vissuto simile condizione trasmettendo un' eredità traumatica o meno.



Alcune riflessioni su questo numero

Michele Compagnone

ASL Città di Torino - Torino

Perché state leggendo questo articolo? Perché abbiamo fatto fatica a stare nel mandato che ci eravamo dati: dedicare questo numero all'articolo quattro del nuovo codice deontologico.

Francamente mi aspettavo un profluvio di contributi. Da sempre, nell'ambito della Salute Mentale una parte consistente del tempo dell'infermiere è tempo di relazione. Di più: il lavoro dell'infermiere in psichiatria consiste soprattutto nell'instaurare una relazione che sia terapeutica. Nei reparti di Diagnosi e Cura, nei Centri di Salute Mentale, nelle Strutture Residenziali di qualsiasi intensità riabilitativa, a casa dei pazienti, nei luoghi di lavoro, nel lavoro nei Centri Diurni, in tutti i gruppi e tutte le attività che si svolgono in ogni luogo, sia fare la spesa con il paziente, o accompagnare in un percorso di autonomia lavorativa o abitativa. In tutte le mille declinazioni in cui l'infermiere ascolta, sostiene, consiglia, sprona, incita, coadiuva, allena il paziente e la sua famiglia, individualmente ed in gruppo.

Mi aspettavo che qualcuno descrivesse come usa l'andare al bar o a pranzare fuori casa, cucire, rammendare, modellare, giocare, cantare, suonare insieme sia per lui un modo per mettersi in relazione, imparare e insegnare. Invece non è successo. E mi sono chiesto perché. E mi sono venuti in mente mille motivi. Ma questo mi sento di dividerlo con tutti: la professione infermieristica tutta si è trovata stritolata in questi anni dall'enorme peso di un sistema congelato quando non imploso nei meccanismi dei piani di rientro, con il corollario di dimissioni, tagli, mancate sostituzioni e mancate assunzioni. Essendo la figura più flessibile nel panorama sanitario, ci hanno chiesto di sostenere il peso immane della quotidianità. Ci siamo concentrati sul qui ed ora, sui turni da coprire, sulle urgenze da risolvere, caricandoci di un oggi spesso insoddisfacente e pieno di sofferenze dei nostri assistiti e delle nostre personali. Abbiamo dovuto fare buon viso a cattivo gioco, e ci siamo detti che sarebbero venuti tempi migliori. Probabilmente smettendo di riflettere sul nostro agire, troppo presi dal tamponare le falle e portare avanti una

routine. E mentre sostenevamo questa quotidiana battaglia, abbiamo pensato che stipendi più alti, riconoscimenti contrattuali degli sforzi già fatti e maggiore sicurezza personale potessero essere l'inizio della fine dell'emergenza. Abbiamo cocciutamente preteso di essere riconosciuti come professionisti, ed ora è arrivato il momento di mostrare cosa abbiamo fatto e farci riconoscere cosa sappiamo fare, siamo rimasti spiazzati.

Potendo parlare, invece di raccontare la ricchezza e la profondità del nostro lavoro, ci vengono fuori mugugni e recriminazioni. Continuiamo a fare cose straordinarie, ma noi per primi non ce le riconosciamo. Rischiamo di non apprezzare più il potenziale inespresso nel lavoro egregio ma compresso e limitato dall'urgenza e dalle carenze che abbiamo fatto fino ad ora.

E mentre scrivo di questo ripiegamento, mi vengono in mente, prepotentemente, le parole dei colleghi intervistati per commentare la notizia che ora ci saranno le guardie armate nei quattro principali Pronto Soccorso di Torino. Parole di plauso, come se l'artiglieria fosse la soluzione. E mi sono detto: ma veramente vogliamo puntare la pistola sul padre che arriva stanco, spaventato alla porta del Pronto Soccorso e chiede concitatamente, magari in una lingua che mal padroneggia, di poter vedere suo figlio, sua moglie, che sa essere dietro quella porta e dietro quelle persone che gli ordinano di aspettare, di pazientare, e non gli danno modo di soddisfare ne placare il suo bisogno di sapere? Veramente vogliamo puntare la pistola contro il ragazzino di buona famiglia, che potrebbe essere nostro figlio o il nostro fratello minore, strafatto ed arrogante, che non capisce più niente ed insulta l'infermiere che lo ha strappato dal suo paradiso artificiale per riportarlo in un qui ed ora crudo e doloroso che gli chiede di star male ed aspettare, mentre lui non ricorda nemmeno dov'è e perché mentre un secondo prima era in un limbo senza pensieri ne preoccupazioni, incosciente, e quindi senza dolore.

Veramente vogliamo puntare la pistola contro il vecchietto demente che insulta tutti,

si strappa il pannolone, il catetere e la cannula, e ti tocca il sedere facendo pesanti commenti sul modo in cui ti guadagni da vivere? Veramente crediamo che tutti loro sappiano che noi stiamo facendo tutto quanto è in nostro potere se non di più per dar loro una risposta sanitaria adeguata ai nostri standard, che però essi non condividono se e quando potessero comprenderli, ancorati al ricordo di cosa è stato il Pronto Soccorso e l'Ospedale fino a non tanto tempo fa?

Veramente pensiamo che siano tutti ingrati e cafonì?

Riflettiamoci un attimo. Quanti padri, madri, figli, figlie, amici, ammalati gestiamo felicemente. Almeno dieci se non venti o più di quanti non riusciamo ad arginare. Quante persone abbiamo evitato finissero per ingolfare un Pronto Soccorso mangiando con loro a tempo debito un gelato ascoltando il loro dolore e la loro sofferenza. Quante volte abbiamo evitato passaggi in codice bianco ascoltando con calma le lamentele sugli effetti collaterali dei farmaci, permettendo al medico ambulatoriale di rimodulare i dosaggi in modo efficace. Quante urla, strepiti e schiamazzi, tentativi di suicidio o crisi d'ansia abbiamo evitato facendo sì che i pazienti assumessero regolarmente la terapia, andando a casa loro, ascoltando genitori e coniugi e valorizzando il loro ruolo, diventando consiglieri fidati, mese dopo mese, giorno dopo giorno, passeggiando con loro, cantando con loro, giocando a carte con loro. Ma non come semplici intrattenitori,

ma con lo sguardo competente, l'ascolto attivo, la domanda giusta al momento giusto.

Ma un po' irretiti dal dato oggettivo, numerico, misurabile, quantificabile come parametro della qualità del nostro operato, abbiamo pensato che fosse il numero di iniezioni, la quantità di visite domiciliari, quanti accompagnamenti, quante ore passate con la persona, e non quanti ricoveri evitati, quanta vita vissuta senza paura, sconforto, depressione abbiamo dato il metro per valutare il nostro lavoro. Abbagliati dalla chimera del dato quantitativo, ci siamo convinti che quello che facciamo non si possa raccontare come intervento professionale, quantificare il peso (in positivo) del nostro ascoltare, con le orecchie e con il corpo, in termini di miglioramento della qualità della vita e di mancata degenerazione, decadimento, impoverimento intellettuale.

Ed allora invito tutti a provare a raccontare quello che facciamo come infermieri, declinandolo nell'ottica relazionale.

Sono sicuro che ci sia una miriade di esperienze e pratiche valide e validate (o validabili) che aspettano di essere condivise per diventare letteratura ed essere replicate da altri colleghi, o avvalorare l'agire di altri che fanno quello che facciamo noi da altre parti, e smettono così di sentirsi soli ed inutili, per scoprire che altri fanno come loro, magari in maniera meno accurata ed efficace.

Il tempo di relazione è tempo di cura. Anche cura della nostra professionalità.



