

Etica della cura: in che posizione sono gli infermieri?

Questo articolo intende presentare la cornice di riferimento che definisce il perché e il come gli infermieri possono assumere una funzione determinante di prossimità alla persona assistita, anche rispetto alle questioni etiche della cura.

Attraverso una rassegna narrativa della letteratura verranno riassunti i principi del *caring* e il collegamento con il lavoro degli infermieri. Verranno poi indicati alcuni fra i principali elementi che costituiscono il come gli infermieri possono affrontare le questioni etiche che permeano l'attività quotidiana.

Cesarina Prandi
Consulente Sviluppo
professionale e organizzativo in
area sanitaria – Torino.
Docente ricercatrice SUPSI
DEASS – Manno – CH

Introduzione

Gli infermieri di oggi hanno la formazione e la responsabilità per assumere decisioni complesse relativamente alla cura dei pazienti e delle loro famiglie, nonché per implementare le loro decisioni. Anche se lavorano con un'autonomia professionale essi sono componenti delle *équipe* di cura e collaborano anche con altri membri in gruppi interdisciplinari per raggiungere risultati ottimali per le persone assistite.

In tali contesti, gli infermieri incontrano dilemmi etici quando i valori confliggono riguardo a ciò che è il miglior modo di cura del paziente. I dilemmi etici sono frequenti a causa della diffusione massiccia della tecnologia di oggi e delle più recenti indicazioni di contenimento dei costi dei servizi sanitari. Gli infermieri hanno bisogno di competenze per contribuire ad assumere decisioni basate su un ragionamento etico e per risolvere i conflitti anche di natura morale. Nella pratica quotidiana, in special modo, gli infermieri si trovano ad affrontare conflitti etici molto sottili e delicati che hanno a che fare con le volontà del malato, la volontà dei famigliari, i giudizi morali espressi dalla società, dai media, dalle diverse culture e credi religiosi.

Di conseguenza gli infermieri possono sentire la tensione e la frustrazione anche

***“Io non sono di fronte al mio corpo, ma sono nel mio corpo,
o meglio, sono il mio corpo”***

[M. Merleau Ponty]

nella quotidianità della loro pratica clinica e sperimentare l'insoddisfazione professionale. Possono risultare compromesse sia le relazioni con i malati che con i colleghi. Gli infermieri sono guidati nella loro quotidianità dai loro valori e dalle convinzioni su ciò che è giusto e buono. Ma sono anche formati per aderire ai valori della professione infermieristica. I 51 articoli del Codice Deontologico degli infermieri italiani puntualizzano i principi che riguardano la volontà e la dignità dell'assistito nei processi di cura e assistenza, le relazioni professionali e il rapporto con il sistema sanitario (IPASVI, 2009).

Il caring

Nell'essere infermieri ci si confronta in un rapporto di prossimità con persone che non sono corpi fisici, ma *corpo-Lieb*, ossia un corpo che incontra un altro corpo, nel suo vissuto nell'esperienza (*Erlebnis*), altri corpi con lui co-presenti nel medesimo mondo. Nelle strutture sanitarie si genera la condizione di non solitudine, offrendo la possibilità di sperimentare una *gettatezza* nel mondo che emancipi il dolore dell'incognito e dell'isolamento. Un corpo professionale, quello degli infermieri, che si rapporta con-gli-altri-corpi-nel-mondo con parole, gesti, sguardi, silenzi e che si presenta al malato, alla famiglia, ai colleghi. Anch'essi, in un gioco di reciprocità si svelano al personale curante. Un rivelarsi che non è generato dalla fisiologia dell'udito, della vista ma dall'essere in comunicazione.

Reich (2001), indica che la vulnerabilità, intesa come su-

scettibilità a essere ferito, rimanda figurativamente alla *"precarietà di una condizione segnata dalla possibilità della violazione e del limite, spesso definita da gradi diversi di debolezza, dipendenza e mancanza di protezione"* (pag. 75). È la condizione in cui le persone malate o portatrici di difficoltà accedono ai servizi sanitari. Questa precarietà diventa uno sfondo in cui la figura del malato si muove. Una vulnerabilità che va considerata, ascoltata, assunta a fenomeno di cui prendersi cura. Il fenomeno della vulnerabilità lo si può definire originario della cura e da lì prende le mosse l'agire etico (Levinas, 2014). Un'etica della cura per la persona vulnerabile predispone le pratiche e la regolazione delle pratiche. Ma la cura in senso di *caring* è innanzitutto accoglienza e ascolto. Secondo il filosofo della religione ebraico Abraham Joshua Heshel *"...lo stupore o la meraviglia radicale, benché non abbiano un posto privilegiato tra le categorie e gli schemi di pensiero correnti, rappresentano il requisito fondamentale per raggiungere una autentica consapevolezza della realtà che ci circonda"*. Occorre, indica Reich (2001) *"recuperare una disposizione contemplativa, facendo leva su quella capacità di contemplazione che è a portata di tutti. Attraverso lo stupore cerchiamo di aprirci e di prestare attenzione, in un atteggiamento di apertura totale, a noi stessi, alla vita, al mondo. Al contrario, quando usiamo la ragione, in via esclusiva, vogliamo piuttosto spiegare quanto percepiamo, e così facendo, finiamo con l'adattare il mondo ai nostri concetti. A volte ci apriamo anche a nuove idee. E tuttavia, idee nuove, dotate della*

Un mito per riflettere: il Mito di cura

"Mentre Cura stava attraversando un certo fiume, vide del fango argilloso. Lo raccolse pensosa e cominciò a dargli forma. Ora, mentre stava riflettendo su ciò che aveva fatto, si avvicinò Giove. Cura gli chiese di dare lo spirito di vita a ciò che aveva fatto e Giove acconsentì volentieri. Ma quando Cura pretese di imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio nome. Mentre Cura e Giove disputavano sul nome, intervenne anche Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché essa, la Terra, gli aveva dato il proprio corpo. I disputanti elessero Saturno, il Tempo, a giudice, il quale comunicò ai contendenti la seguente decisione: "Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu, Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu Cura che

per prima diede forma a questo essere, finché esso vive, lo custodisca la cura (Cura enim quia prima finxit, teneat quamdiu vixerit). Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami homo poiché è stato tratto da humus".

Cura è ritratta come una dea minore è concepita come la cura che "risiede nell'uomo" e lo "tiene" (letteralmente) insieme. Nel testo di questo mito, il significato della parola "cura" si trasforma, progressivamente passando dalla connotazione originaria di "cura-come-affanno", come "cura ansiosa", a quella stoica di "coscienziosità", "preoccupazione per", "sollecitudine". Una cura che provvede, ma senza dargli necessariamente tutto ciò di cui ha bisogno dal punto di vista materiale. Prevale cioè il concetto di una presenza, in cui Cura custodisce l'uomo, senza abbandonarlo mai.

freschezza della verità, possono nascere dallo stupore. Lo stupore è la nostra porta sull'infinito, su quanto trascende l'orizzonte di ciò che vediamo e percepiamo. Lo stupore, a sua volta, è permeato dalla forma più profonda di "cura": la cura con cui ci mettiamo in sintonia con la realtà e col suo modo di parlarsi".

L'attenzione consiste, secondo S. Weil (1982), nel sospendere il nostro pensiero, lasciandolo distaccato, vuoto, pronto per essere penetrato dall'oggetto. L'attenzione richiede che venga sospeso il pregiudizio e si mettano in parentesi gli schemi concettuali acquisiti, dei quali ci serviamo normalmente come di uno strumento: *"Il nostro pensiero deve essere vuoto, in attesa, senza nulla cercare, eppur pronto a ricevere nella sua nuda verità l'oggetto che dovrà penetrarlo"* (Weil, 1982). Tutti i soggetti hanno necessità di ricevere cura e di avere cura. L'essere umano ha bisogno di essere oggetto di pratiche di cura piano della passività perché è il ricevere cura a partire dalla nascita la condizione necessaria affinché si dischiudano le stesse possibilità di vita. E allo stesso tempo ha bisogno di essere soggetto di pratiche di cura piano dell'attività ovvero di avere cura di sé, degli altri e del mondo per costruire significato nella sua esistenza (Mortari, 2006).

Perché gli infermieri?

Secondo il dizionario Infermieristico Oxford *"è compito dell'infermiere promuovere e salvaguardare il benessere e gli interessi dei suoi pazienti garantendo che essi siano consapevoli dei loro diritti e che abbiano tutte le informazioni necessarie"*. Brotto (2013) osserva che l'accesso a una determinata professione di cura comporta l'ingresso in una *"comunità volontaria di individui che intendono condividere valori, azioni, condotte e finalità"*, ovvero una *deontologia*. La parola "deontologia" è stata coniata da uno dei più celebri fautori dell'utilitarismo anglosassone, Jeremy Bentham (1789), nell'intento di formulare un codice morale che tutti potessero accettare in piena libertà, in quanto fondato sulla natura umana e sui principi della ragione; quando entra a far parte della comunità professionale, il professionista della cura si impegna ad agire in conformità alle norme deontologiche, alle quali riconosce la preminenza rispetto a ogni altro codice di condotta. Ma non basta, egli deve osservare le norme dell'ordinamento giuridico.

Nel il pensiero politico di John Rawls (1997), si incontra la nozione di *ragionevolezza*, propria del soggetto morale che vive all'interno di una società pluralista, ed è consapevole dell'impossibilità di imporre agli altri il proprio universo

valoriale nonché del dovere di giustificare le proprie scelte nella sfera pubblica non avvalendosi di ragioni fondate su convinzioni o credenze personali, ma di ragioni che possano essere comprese da tutti. Sulla scia di Rawls, Sara Brotto afferma che all'interno di una società pluralista si può realizzare tra persone "ragionevoli", che pure appartengono a culture diverse, il "consenso per intersezione" riguardo a norme di condotta che assumono rilevanza sociale. Adottando una prospettiva più ottimista rispetto al filosofo americano, ella ritiene inoltre possibile conseguire un "accomodamento", un *modus vivendi* anche tra culture così diverse da impedire il "consenso" auspicato da Rawls, coinvolgendo anche gli "irragionevoli", ovvero coloro che nulla sanno, né intendono sapere, della "ragionevolezza".

Si può assumere che la nozione di cura porta in sé una rilevante complessità: è un'attitudine fondamentale del soggetto morale, ma anche una prassi e un fine. L'interazione di ragione e sentimento – di *sense* e *sensibility* – che si realizza nell'esperienza denominata da Nel Noddings (1984) "vissuto di cura" rende l'essere umano capace di comprendere le esigenze più profonde dell'altro e di corrispondervi. Una Cura come atteggiamento esistenziale che si occupa e si preoccupa (non come peso, ma come pro-azione) degli altri non solo a partire dal bisogno, ma dal desiderio di esistenza dell'altro, cioè dal suo *poter essere*. Di rilievo è l'*incipit* dell'articolo 20 del Codice Deontologico (IPASVI, 2009) che recita: *"L'infermiere ascolta..."*. Potremmo quindi assumere che gli infermieri si occupano della persona malata o sana, il che crea le condizioni per una condizione di "territorio di cura" o di *"caring"*.

Quale posto per gli infermieri?

L'infermiere è un professionista avente la capacità di esercitare una funzione complessa, con competenze generali e specifiche, con responsabilità autonome e integrate, con disponibilità permanente all'aggiornamento e alla ricerca. Una prima riflessione riguarda la pratica quotidiana dell'infermieristica applicata in generale al codice deontologico e in particolare art. 4 del Capo I, *"L'infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona"*. Cosa fa l'Infermiere? "Presta assistenza" che è Azione Infermieristica; l'infermiere è in prossimità della, per la persona e con la persona *"secondo principi di equità e giustizia, tenendo conto dei valori etici, religiosi e culturali, nonché del genere e delle condizioni sociali della persona"*.

Secondo Fry (1989), esiste un “Modello di tutela dei diritti” che vede l’infermiere come il difensore dei diritti del paziente all’interno del sistema sanitario-assistenziale; un Modello di decisione fondato sui valori che considera l’infermiere come colui che aiuta il paziente a discutere delle proprie necessità interessi e scelte nel rispetto dei valori e dello stile di vita del paziente; infine un Modello di rispetto per le persone che guarda al paziente come appartenente alla comunità umana e perciò degno di rispetto.

Un primo contributo a questa riflessione riguarda il concetto di rispetto elaborato dal sociologo americano, Richard Sennet (2009). Sennet presenta la modalità del “donare rispetto” come una *performance* situata nella relazione con l’altro che mette in scena, e rappresenta il riconoscimento reciproco. Donare amicizia, creatività, ascolto e attenzione, fa guadagnare rispetto e per compiere questi gesti è necessario spendere tempo ed energie. Il rispetto è un qualcosa, una dimensione della relazione, che si conquista continuamente, che permette un duplice riconoscimento fondato sulla condivisione dei diritti e fondato sul rispetto delle diversità. L’amore di sé e la stima di sé nascono dalla fiducia nelle proprie capacità personali, dalla percezione quotidiana che si è rispettati per quello che si è. Solo dal rispetto di sé può nascere il rispetto verso l’altro di cui accettiamo la diversità, così come questi accetta la nostra. La mancanza di rispetto, precisa Sennet, anche se meno aggressiva di un insulto diretto, può ferire in maniera altrettanto viva.

Un secondo importante contributo a questa riflessione è generato da Zygmunt Bauman (2007), la comunità è per lui, un luogo caldo, intimo e confortevole. È come un tetto sotto cui ci riapriamo e dove possiamo contare sulla benevolenza di tutti. Il privilegio di vivere in una comunità richiede un prezzo da pagare: l’assenza di comunità significa assenza di sicurezza, la presenza di perdita di libertà. Da qui la continua attenzione ai presupposti di sicurezza e libertà, comunità e individualità.

Ancora un pensiero rilevante è quello di Martha Nussbaum (2003), rispetto al concetto di capacità. Si sofferma sull’importanza di garantire giustizia sociale e dignità umana. Il suo lavoro concettuale e di ricerca puntualizza la necessità di valutare la qualità della vita delle persone partendo da alcune domande, guida per l’essere umano: “*che cosa sono in grado di fare le persone per essere in quella particolare società?*”. Nussbaum si occupa in particolare della dignità degli esseri umani, del riconoscimento di valorizzazione e di quanto le persone siano libere di scegliere la loro vita, anche in particolari condizioni. Ne deriva una azione

infermieristica fortemente basata su modelli di sviluppo di abilità culturali (Papadopoulos *et al.*, 1998) e una necessità di capacità di ascolto continuo e raffinato.

Come abbiamo rilevato in precedenza dopo l’ascolto viene l’azione, un’azione assistenziale che si vede basata su evidenze, conforme ai principi di appropriatezza. Un campo in gioco che si espande in cui trovano spazio l’azione degli infermieri e le volontà del malato e della sua famiglia. A questo proposito una riflessione specifica merita al Capo III – art. 12: “*L’infermiere riconosce il valore della ricerca, della sperimentazione clinica e assistenziale per l’evoluzione delle conoscenze e per i benefici sull’assistito*”. La domanda si connette ad altre domande: quale beneficio per l’assistito e per i suoi familiari o per quelle persone significative che ruotano attorno all’assistito? Quale beneficio per la comunità e il sistema organizzativo? Quale beneficio per l’infermiere e per la professione? Un passaggio radicale – dal punto di vista sociale e dell’organizzazione sanitaria – che riguarda la ridefinizione dei bisogni. Tutto questo è legato alla capacità di prendere decisioni. L’autonomia non esiste senza la capacità di prendere decisioni. Il prendere delle decisioni ha chiaramente a che fare con la ricerca e con i risultati della ricerca e il loro utilizzo. Si tratta di due aspetti strettamente legati: la ricerca e l’autoformazione.

Esiste una certa problematicità rispetto alla ricerca come valore etico che può essere riassunta nei seguenti punti: una difficoltà a definire l’oggetto della ricerca, una difficoltà a essere specifici e una difficoltà a disegnare la ricaduta delle risultanze della ricerca condotta. Un ambiente di pratica clinica caratterizzato da difficoltà di questo genere, se scarsamente considerate e ancora più scarsamente prese a carico da un punto di vista manageriale, potrebbero ostacolare la presa di decisioni appropriate relative a condotte sicure di tipo assistenziale.

Quali problemi di tipo etico per gli infermieri?

I dilemmi etici nascono da situazioni che coinvolgono valori o credenze su ciò che è giudicato giusto o migliore rispetto al da fare. Il conflitto può sorgere tra due o più principi etici, e ogni possibile soluzione al conflitto può contenere risultati insoddisfacenti per uno o più le parti coinvolte (Ham, 2004). Si possono sperimentare conflitti etici in numerosi contesti, tra infermieri, tra infermieri e altri operatori sanitari, tra infermieri e l’organizzazione, tra gli infermieri e i loro pazienti, e tra i pazienti e le loro famiglie o persone *caregiver*. Gli infermieri possono confliggere fra loro con le questioni relative a modelli e azioni di lavoro o

di cattiva condotta, di onestà, relativi alla stessa sicurezza del paziente. Ci possono essere disaccordi su consenso informato, lo stato di rianimazione del paziente, la futilità del trattamento, dire la verità, l'accesso alle cure palliative, la necessità di trattamenti per il controllo del dolore e il significato di "morire con dignità".

La tensione relativa all'organizzazione del lavoro si può verificare per quanto riguarda la competenza del personale dopo il periodo di inserimento, il sostegno dei colleghi anziani a nuovi colleghi, a come l'amministrazione sostiene la buona pratica e infine al razionamento delle risorse professionali. Gli infermieri possono incontrare dilemmi con i loro pazienti quando assistono ad abusi, utilizzo di sostanze, violenze, mancanza di espressione delle libertà individuali da parte del malato o dei famigliari. Altre situazioni critiche possono sorgere con i pazienti che diventano incapaci o incompetenti, permanentemente o temporaneamente, quando non esistono portavoci giuridiche responsabili delle volontà del malato (Purtillo, 2005).

La supervisione etica nella pratica clinica infermieristica

Un ambiente di lavoro sano è descritto come un luogo di gioia con comportamenti di sostegno alla persona e focalizzati sui problemi dei malati. Un componente indispensabile per realizzare un tale lavoro potremmo chiamarlo ambiente etico, definito come un luogo in cui i valori etici guidano l'organizzazione nella gestione del personale e il trattamento di pazienti (Corley *et al.*, 2005). La creazione di questo ambiente è uno sforzo condiviso, in cui i singoli comportamenti e valori etici influenzano il gruppo e viceversa (Hardingham, 2004).

L'infermiere è centrale (coordinatore di unità/coordinatore di dipartimento/responsabile di progetto/ responsabile di programma/supervisore/infermiere clinico) nel processo di cura etico, e porta un importante contributo nell'ambiente di lavoro. Il direttore dell'assistenza è innegabile che svolga un ruolo fondamentale nella creazione del *team*, che va ben oltre la *routine* della gestione delle risorse.

Nella pratica infermieristica esistono dei supervisori infermieri che facilitano la riflessione sul principio etico di autonomia e il concetto di integrità. I supervisori infermieri hanno utilizzato un approccio etico che si è concentrato sulle situazioni di cura al fine di migliorare l'assistenza al paziente. Agiscono come modelli, sviluppano conoscenze infermieristiche in comune e pratiche basate sui codici etici, rimanendo concentrati su situazioni legate paziente. Questo tipo di processo decisionale può rafforzare

l'identità professionale dei supervisionati (Berggren e Severinsson, 2003). Berggren, Bégat e Severinsson (2002) descrivono tre domande (sotto forma di temi) base per la pratica della supervisione etica, relativamente alla situazione critica i professionisti sono chiamati a fermarsi e porsi e rispondere alle seguenti domande:

1. È sicuro ciò che compio?
2. È giusto ciò che faccio?
3. Di che tipo è la decisione?

Al primo tema, quello della sicurezza si fa riferimento rispetto alla caratteristica dell'esperienza formativa dello studente infermiere e alla pratica clinica come luoghi di esperienza diretta in cui esercitare, attraverso la pratica riflessiva, analisi sulle condotte assistenziali, sulle preferenze dei malati, sulla loro sicurezza e mantenimento delle più alte qualità di erogazione del servizio infermieristico; al tema della giustizia concernono i dilemmi etici e le dimensioni etiche dello stile di supervisione del *nursing*. La supervisione clinica infermieristica garantirebbe il modo con cui esercitare il "*caring*".

Si delineano, collegati altri due sottotemi: la responsabilità e l'*advocacy* con altri due quesiti posti in maniera sistematica: "sono responsabile io, in qualche maniera?" e "giusto per chi?".

Il terzo nodo è rappresentato dalla tipologia della pratica di supervisione etica del *nursing*. Si tratta in questo ambito di due aspetti: quello del "rapporto più stretto" che gli infermieri hanno con le persone assistite, rispetto all'universo degli altri curanti, e il tema delle carenze qualitative dell'assistenza. Va certamente considerato di grande valore per la responsabilità degli infermieri al tema della responsabilità del "*caring*". Il *caring* esprime uno stato naturale dell'esistenza condiviso da ogni essere umano: esso rappresenta la modalità principale attraverso la quale gli individui si rapportano al proprio mondo e agli altri e può aiutare lo studio di Forrest (1989) sull'esperienza di *caring* in cui vengono individuate 4 tipologie di coinvolgimento degli infermieri:

- esserci per il paziente;
- rispettare il paziente;
- sentirsi con e per il paziente;
- stretta vicinanza con il paziente.

Dalla parte dei soggetti fragili

In una revisione Stievano (2004) indica 4 tipologie di *advocacy* infermieristica: il modello per la conservazione dei migliori interessi per il paziente; il modello per il rispetto

dell'autonomia del paziente; quello per il rispetto dei diritti umani del paziente e il modello per la giustizia sociale nei confronti di tutti i pazienti. In Italia, la funzione di protezione e promozione dei diritti, degli interessi e della dignità del paziente, in un contesto di relazione, accoglienza del sistema culturale e valoriale della persona e riconoscimento della sua autodeterminazione sono ampiamente ripresi anche nel Codice deontologico dell'infermiere (2009) all'articolo: 32, 33, 36, 37, 47, 48, 50 e 51.

La professione infermieristica deve essere sempre più coinvolta, non solamente nelle relazioni infermiere - persona assistita, ma anche nelle relazioni socio-politiche per mettere in pratica meglio la funzione di appoggio e difesa del paziente (Kosik, 1972). Un'attività e responsabilità che si può delineare come attività socio-politica che deve essere esperita dall'infermiere nei vari contesti assistenziali (Mitty, 1988). Si tratta di riconoscere e sviluppare forme in cui il supporto al paziente in tutte le situazioni assistenziali promuova azioni, per garantire i diritti e gli interessi del paziente in una sincera *partnership* dove gli infermieri vedono il paziente come un vero alleato (Gates, 1994).

Gli infermieri devono riconoscere il loro obbligo morale di *advocacy* nelle riforme sociali e devono proteggere i cittadini da ogni sfruttamento della loro salute (Pence, 1994). La funzione di *advocacy* basata sulla giustizia pubblica è un obbligo morale dell'infermiere; l'infermiere non ha solamente l'obbligo etico di rispettare i diritti delle persone di cui si prende cura: la relazione di fiducia che instaura con le persone assistite gli conferisce l'obbligo di proteggerle e tutelarle. In base a questa considerazione Margot Phaneuf (2011) indica che "*L'advocacy è il ruolo di difensore*". Per Pence come per Jezewsky (1994), Andersen (1994), Keepnews e Marullo (1996) e Mohr (1996) la funzione di *advocacy* è un obbligo morale dell'infermiere basata sulla giustizia pubblica.

L'infermiere, responsabile dell'assistenza infermieristica, se possiede solide competenze in materia di giustizia, solidarietà e diritti umani può concorrere *in primis* a riconoscere la differenza sociale come una ricchezza. Il ruolo dell'infermiere è soprattutto informativo (non della diagnosi, bensì del processo assistenziale) e incide sulla consapevolezza del vissuto di malattia per massimizzare l'autonomia decisionale della persona assistita. Il modello *Proactive Advocacy* di Snowball (1996), si basa sulla difesa del paziente rispetto al diritto all'informazione: mette in risalto la necessità che gli infermieri siano attivi rispetto alla comprensione del consenso informato; al sostegno nella presa di decisioni; nell'aiuto nell'informazione ad altri operatori coinvolti

nel processo di cure e nell'aiuto nella comunicazione ai familiari circa le decisioni assunte affinché possano promuovere i loro interessi.

Gli infermieri *manager* e la responsabilità etica

Gli infermieri *manager* lavorano in un contesto di assistenza sanitaria ad alta pressione generata da incertezza e rapido cambiamento. Si trovano ad affrontare sfide senza precedenti nella quotidianità (Dignam *et al.*, 2012), e sono in fase di discussione per molte vicende e problemi (Anthony *et al.*, 2005). Per far fronte a queste esigenze e sfide, devono avere la capacità di prendere decisioni basate sull'etica (Raines, 2000).

In uno studio del 2014, Zydziunaite e Suominen, indicano che gli stili di *leadership* influenzano le decisioni etiche che vengono assunte, e che questa situazione richiama due ordini di necessità: la competenza sulle questioni etiche di differente natura, che si sviluppano in differenti *setting* di cura e la competenza ad agire stili di *leadership* che favoriscano la partecipazione e la comprensione dei componenti del gruppo di lavoro. La funzione dell'infermiere *manager* è posta di fronte alla domanda focale: se può un *manager* infermiere scegliere la soluzione eticamente giusta in situazioni di conflitto quando si scontrano diritti degli infermieri con i diritti dei pazienti, rispetto al tema della qualità delle cure, del costo-beneficio, del vincolo organizzativo ed economico.

Di fatto la responsabilità dei *manager* è quella di garantire e facilitare un lavoro sicuro per i malati e loro familiari, nonché per i propri collaboratori. Garantire cioè un ambiente etico in cui gli infermieri sono in grado di dare assistenza di qualità ai loro pazienti. In infermieristica è spesso dichiarato che i principali obblighi dei dirigenti sono rivolti alla soddisfazione delle esigenze dei pazienti e dei loro diritti a ricevere cure di qualità. Tuttavia, le responsabilità etiche dei *manager* non sono solo rivolte alle persone assistite ma anche nei confronti degli infermieri che lavorano nella loro istituzione. Toren e Wagner (2010) propongono un modello per la decisione dei dilemmi etici a 6 tappe:

1. definire il dilemma etico;
2. chiarire i valori personali e professionali, i principi etici e le leggi in questione;
3. identificare le alternative per l'azione;
4. scegliere un'azione;
5. avviare una discussione aperta sui problemi irrisolti;
6. generalizzare la soluzione ad altri casi simili.

A livello organizzativo è una pratica da implementare, dif-

fondere e sostenere. In tal senso si creerebbe un luogo di discussione sui problemi anche gravi e gravosi di tipo organizzativo, in cui confrontarsi sui dilemmi e a volte sulle irregolarità, la *mal practice* e le possibili incoerenze di obiettivi fra i differenti nodi del sistema di cura.

Considerazioni conclusive

Gli infermieri dirigenti hanno a che fare con i dilemmi etici quotidianamente. Queste situazioni, se affrontate correttamente, promuovono non solo il ragionamento etico dei dirigenti e dei collaboratori, ma anche l'organizzazione medesima in termini di cultura etica. Attraverso una discussione aperta basata sui principi etici, collocata nel processo gestionale e decisionale a diversi livelli organizzativi – personale delle unità di lavoro, responsabili infermieristici, i supervisori e gli amministratori – si possono affrontare argomenti prima e decisioni poi che vanno oltre il vincoli di bilancio, ma non lo tralasciano.

Utilizzando i principi etici si è chiamati a ricordare tutti, a tutti i livelli, il perché si sta operando in quel luogo e in quella specifica funzione. Le seguenti raccomandazioni possono aiutare i *manager* infermieri ad affrontare situazioni di etica complessa (Toren e Wagner, 2010):

- “Scegli, pratica e utilizza un modello decisionale etico”.
- “Sviluppa competenze di mediazione della cura etica”.
- “Sviluppa un codice a livello locale, a partire da indicazioni internazionali (ICN, 2012) e nazionali (IPASVI, 2009), per gli infermieri che li guiderà come una bussola dei valori morali, ad affrontare le situazioni”.

Nella pratica clinica ogni infermiere è chiamato al rispetto e sviluppo dei principi previsti nel proprio codice deontologico. Le tre colonne portanti della professione infermieristica sono: il rispetto nel rapporto con gli utenti, la consapevolezza della responsabilità legata alle proprie azioni e la professionalità.

In conclusione, la responsabilità infermieristica e l'etica del *caring* sembrano centrate sulla difesa del soggetto debole o persona assistita; integrano aspetti di individualità del soggetto assistito con esperienze di potenziamento abbinando professionalità con cui intendono erogare cure di alta qualità. Non si tratta di un singolo evento, quanto di un continuo processo di analisi, consulenza, accoglienza, risposta, protezione e di enunciare le irregolarità della pratica clinica infermieristica. (Vaartio *et al.*, 2006; MacDonald, 2007). Per lo sviluppo, la stabilizzazione e il radicamento della pratica basata sui valori etici è indispensabile avviare in ogni ambiente di pratica di “*caring*” un dibattito

aperto sui problemi reali, sulle possibili strategie di potenziamento. Gli ambienti di pratica clinica (ospedali, distretti, RSA, e tutte le forme di assistenza infermieristica) hanno la necessità di collegarsi sempre più con gli ambienti della formazione accademica degli infermieri, in modo da privilegiare dialoghi proattivi su forme di sviluppo del ragionamento etico. Questo collegamento, potrebbe, inoltre condurre a implementare modelli di ricerca-azione già molto attivi in altri paesi del mondo.

Limiti del lavoro

Il tema dell'etica della cura non riguarda solamente i professionisti infermieri e una trattazione più completa dovrebbe riguardare come i diversi soggetti implicati nel lavoro di cura lavorano in *équipe*; il medesimo tema di responsabilità ed etica nel lavoro infermieristico si presta a essere analizzato sotto diversi punti di vista e questo articolo può essere considerato un “assaggio”, per iniziare a discuterne in maniera aperta. Inoltre, la medesima metodologia utilizzata, una revisione narrativa della letteratura, si presta a presentare una parte limitata delle conoscenze sul tema.

Che cosa aggiunge

- La consapevolezza che gli infermieri sono e devono essere coinvolti nel ragionamento etico della cura vicino ai malati;
- che la pratica della supervisione infermieristica etica potrebbe implementare la competenza diffusa;
- lo stile dei dirigenti infermieristici influenza gli ambienti di cura, anche relativamente al riconoscimento dei problemi etici delle persone assistite;
- la pratica dell'*advocacy* è da implementare a tutti i livelli di pratica clinica infermieristica. ◆

Bibliografia

- Andersen S.L. (1994), Patient advocacy and whistleblowing in nursing: help for the helpers, in “Contemporary leadership behaviour: selected readings”, Lippincott, Philadelphia, pp. 175-184
- Anthony M.K., Standing T.S., Glick J.A., Duffy M., Paschall F., Sauer M.R., Dumpe M.L. (2005). Leadership and nurse retention: The pivotal role of nurse managers. *Journal of Nursing Administration*, 35(3), 146–155
- Bauman Z. (2007), *Voglia di comunità*, Laterza
- Bentham J., *An Introduction to the Principles of Morals and Legislation*, (1789); trad. it. *Introduzione ai principi della morale e della legislazione*, a cura di E. Lecaldano, Torino, UTET, 1998

- Berggren I., Bégat I. e Severinsson E. (2002), Australian clinical nurse supervisors' ethical decision-making style, *Nursing and health sciences*, 4, 15-23
- Berggren I., Severinsson E. (2003), Nurse supervisors' actions in relation to their decision-making style and ethical approach to clinical supervision. *J Adv Nurs*. 2003 Mar; 41(6):615-22
- Brotto S. (2013), *Etica della cura*. Orthotes, Napoli
- Corley M.C., Minick P., Elswick R. *et al.* (2005), Nurse moral distress and ethical work environment. *Nurs Ethics*; 12(4): 381-390
- Dignam D., Duffield C.H., Stasa H., Gray J., Jackson D. e Daly J. (2012), Management and leadership in nursing: An Australian educational perspective. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 65-71
- Forrest D. (1989), The experience of *caring*. *J Adv Nurs*. Oct;14(10):815-23
- Fritz Cates D. (2003), Conceiving Emotions: Martha Nussbaum's "Upheavals of Thought", *The Journal of Religious Ethics*, Vol. 31, No. 2, pp. 325-341
- Fry S.T. (1989), The Role of *caring* in a Theory of Nursing Ethics, *Hypatia*, Vol. 4, No. 2, *Feminist Ethics & Medicine*, pp. 88-103
- Ham K. (2004), Principled thinking: A comparison of nursing students and experienced nurses. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 35, 66-73
- Hardingham LB. (2004), Integrity and moral residue: nurses as participants in a moral community. *Nurs Philos*; 5: 127-134
- ICN International Council of Nurses, Code of Ethics for Nurses, Revised 2012, disponibile al link: http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_english.pdf
- IPASVI, Il Codice deontologico dell'Infermiere Approvato dal Comitato centrale della Federazione con deliberazione n.1/09 del 10 gennaio 2009 e dal Consiglio nazionale dei Collegi Ipa-svi riunito a Roma nella seduta del 17 gennaio 2009
- Jezewski M.A. (1994), Culture brokering as a model for advocacy, in "Contemporary leadership behaviour: selected readings", Lippincott, Philadelphia, 4th ed., pp. 165-174.
- Keepnews D., Marullo G. (1996), Policy imperatives for nursing in an era of health care restructuring, in "Nursing Administration Quarterly", 20, 3, 19-31
- Kosik S.H. (1972), Patient advocacy or fighting the system, in "American Journal of Nursing", 72, pp. 694-698.
- Levinas E., *Fenomenologia, etica, socialità*, 2014 XXIV
- MacDonald H. (2007), Relational ethics and advocacy in nursing: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*; 57(2): 119-26. PMID:17214748 <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04063.x>
- Mitty E.L. (1988), The nurse as advocate: issues in LTC, in "Nursing & Health care", 12, 10, pp. 520-523.
- Mohr W.K. (1996), Ethics, nursing, and health care in the age of "re-form, in "N & HC: Perspectives on Community", 17, pp. 16-21
- Mortari L. (2006), *La pratica dell'avere cura*, Mondadori
- Noddings N. (1984), *Caring, a Feminine Approach to Ethics & Moral Education*, University of California Press
- Papadopoulos I., Tilki M. e Taylor G. (1998): *Transcultural Care: A guide for Health Care Professionals*. Quay Books. Wilts.
- Pence T. (1994), Nursing's most pressing moral issue, in "Bioethics Forum", 10, 1, pp. 3- 9.
- Phaneuf M. (2011), *La relation soignant-soigné. Rencontre et accompagnement*, Les Editions de la Cheneliere
- Purtillo R.B. (2005), *Ethical dimensions in the health professions (4th ed.)*. Philadelphia: Elsevier Saunders
- Raines M. (2000), Ethical decision making in nurses: Relationships among moral reasoning, coping style, and ethics stress. *JONAS Healthcare Law, Ethics, & Regulation*, 2(1), 29-41
- Rawls J. (1997), *Una teoria della giustizia*, a cura di S. Maffettone, Feltrinelli Editore, Milano
- Reich W. (2001), *Prendersi cura dei vulnerabili: il punto di incontro tra etica secolare ed etica religiosa nel mondo pluralistico*, disponibile in <https://books.fbk.eu/media/pubblicazioni/allegati/Reich.pdf>
- Sennet R. (2009), *Rispetto. La dignità umana in un mondo di diseguali*. Mondadori
- Snowhall J. (1996), Asking nurses about advocating for patients: 'reactive' and 'proactive accounts, *Journal of Advanced Nursing*, 24, 67-75
- Stievano A. (2004), L'infermiere etico garante della funzione di advocacy verso il paziente in posizione di svantaggio sociale, in *Nursing oggi*, 3, pp. 9-16
- Toren O., Wagner N. (2010), Applying an ethical decision-making tool to a nurse management dilemma. *Nursing Ethics*, 17(3) 393-402
- Vaartio H., Leino-Kilpi H., Salanterä S., Suominen T. *Nursing Advocacy: how is it defined by patients and nurses, what does it involve and how is it experienced?* *Scand J caring Sci* 2006; 20, 282-92
- Zydzianaite V., and Suominen T. (2014), Leadership styles of nurse managers in ethical dilemmas: reasons and consequences. *Contemporary Nurse*, 48 (2): 150-167
- Weil S., *Quaderni*, vol. I, tr. it. a cura di Giancarlo Gaeta, Adelphi, Milano 1982