

Grosseto, 11 Maggio 2018

Perché è importante parlare di ricerca e di ricerca e di ricerca condotta da infermieri in particolare?
Perché abbiamo bisogno di mettere un punto. Un punto di cambiamento se vogliamo sostenere il nostro servizio sanitario come lo conosciamo oggi: universalistico e solidaristico. Perché per farlo dobbiamo fermarci e ragionare secondo un **paradigma nuovo**, paradigma in cui gli infermieri – attraverso i quesiti che pongono e i risultati che portano grazie alla rete di phd sempre più numerose – stanno rispondendo.

Ma per farlo ci vogliono due cose: il **Coraggio e la Volontà**.

Coraggio e volontà della Politica, delle Aziende ma anche di ogni professionista.

Non possiamo andare avanti secondo logiche di tagli lineari al personale e ai servizi e non è giocando a spostare una coperta sempre più corta, ad invarianza di modelli organizzativi, che possiamo sperare di migliorare le cose.

Ogni professione lancia il suo grido di allarme ma l'emorragia di professionisti è del tutto comune: si perdono medici e si perdono infermieri, mancano infermieri e mancano medici, mancano tutti i professionisti (vedi: <http://www.fnopi.it/attualita/fnopi-cosa---indispensabile-per-il-futuro-degli-infermieri-id2322.htm>)

1) Dobbiamo spostare il focus dall'ospedale al **territorio**, anzi a casa delle persone.

2) Dobbiamo riconoscere formalmente e definitivamente che la salute è un concetto non più legato alla definizione di una patologia, è soggettivo, è qualitativo, è unico e ha più a che fare con contesti sociali ed economici che non sanitari. **È una dimensione antropologica.**

3) I professionisti devono **saturatione le loro competenze** e non continuare, per assolvere a logiche di potere auto centrate, a difendere competenze chiaramente contendibili perdendo tutti. Non sono solo gli infermieri **a vivere il demansionamento ma anche i medici**. Come nessun può convincermi che un medico esprima la sua scienza nel seguire un logaritmo in emergenza urgenza pur di non lasciarlo all'infermiere, ugualmente l'infermiere non esprime la sua scienza proteggendo l'atto della intramuscolo dall'evoluzione degli OSS (per fare due esempi banali ma quotidiani). **Allora noi dobbiamo alzare l'asticella di tutte le professioni** e metterle in condizioni di esprimere tutte le competenze esprimibili, non abbassarla per consuetudine, per motivi occupazionali o per logiche di risparmio o peggio di potere.

4) I contesti di cura richiedono sempre meno mono professionalità. Ci concentriamo solo su regie e registi, nel timore di scontentare lobby professionali, quando le **responsabilità e gli esiti di salute dovrebbero essere sempre e solo di equipe.**

5) **Non c'è bisogno di riorganizzazione ma di riumanizzazione** del sistema, valorizzando le relazioni sia orizzontali che verticali, puntando sulla prossimità non solo dei professionisti agli assistiti ma anche dei dirigenti ai professionisti.

6) Dobbiamo uscire dalla logica dei PDTA per andare **sulla logica dei bisogni**, perché ancora siamo legati al concetto di cronicità per una diagnosi di ipertensione, magari facilmente controllabile con un farmaco ma che magari ci rende autosufficienti e soggettivamente sani per tutta la vita.

7) Non abbiamo bisogno di professionisti sempre più esperti in prestazioni sanitarie ma esperti in **advocacy, in welfare**, capaci di sostenere auto determinazione e scelte consapevoli della persona.

L'ISTAT ci dice che 9,000,000 di Italiani hanno paura dell'abbandono sociale e istituzionale come prima preoccupazione legata alla malattia mentre noi continuiamo ad avere la supponenza che il problema della malattia sia il danno d'organo.

8) Uscire dagli indicatori quantitativi, spesso legati ai processi e non agli esiti, che sono sempre più inadatti. **L'intervento di femore effettuato entro poche ore che merita un bollino verde non è sinonimo automatico di efficienza che produce salute.** Chi è l'operato? Quale è la sua storia? Da dove arriva e dove tende quella persona che nessuno ha indagato biograficamente? Quali i suoi bisogni? Chi lo accoglie a casa? Quale impatto comunitario ha la sua malattia? Ma soprattutto quale espressione è di un sistema? È un esito davvero multi professionale?

9) È necessario cambiare o uniformare **i linguaggi e formarci multi professionalmente** Arriva l'infermiere di famiglia in Toscana con un'apposita delibera ma che si chiamerà Infermiere di Comunità. Va bene, importa il contenuto. Ma davvero ci vuole anche qui coraggio e volontà di usare un linguaggio veritiero e non di comodo per non urtare equilibri professionali.

10) Il coraggio e la volontà di cambiare tutto questo producendo delibere direttive e non dubitative e penso al riordino dei PS Toscani che è un documento di grande impatto e illuminazione ma che abbonda di condizionali per preservare chi non avrà, ancora una volta, coraggio forza e mezzi per attuarla.

Ebbene, agli Ordini non sta dare risposte organizzative ma compete dare le indicazioni per muovere le organizzazioni. Credo che il patrimonio della ricerca e della cultura infermieristica sia immenso in questa visione. Immenso. Va solo ascoltato. Con coraggio. E noi non dobbiamo fare lo sbaglio, in questo momento di mortificazione economica e lavorativa, di cambiare la nostra visione che tanto può insegnare e tanto può dare a questo paradigma di salute, per andare verso una dimensione tecnica e riduzionistica che i medici per primi stanno tentando di abbandonare e che ci sembra migliore solo perché ne intravediamo i fasti che, però, appartengono già al passato.

Nicola Draoli