

Esplorando il distress morale tra gli infermieri clinici

Exploring moral distress among clinical nurses

Sabrina Lovato¹

Laura Cunico²

RIASSUNTO

Il fenomeno del distress morale nella pratica infermieristica è descritto come una situazione di sofferenza che sorge quando l'infermiere riconosce l'azione eticamente appropriata da adottare e tuttavia impedimenti istituzionali gli rendono impossibile seguire il giusto corso d'azione. L'obiettivo è descrivere situazioni di pratica infermieristica che generano distress morale a causa dell'impossibilità di intraprendere l'azione riconosciuta come eticamente appropriata; descrivere come gli infermieri gestiscono tali situazioni e le strategie identificate per affrontarle. È stato svolto un focus group in tre reparti di un grande ospedale del nord Italia. In un quarto reparto agli infermieri è stato chiesto di scrivere un'esperienza di distress morale. Sono stati coinvolti 40 infermieri e raccolte 50 esperienze. Dall'analisi delle esperienze sono emersi 5 ambiti fonte di distress morale: 1) decisione clinica; 2) competenze infermieristiche; 3) collaborazione infermiere-medico; 4) organizzazione dell'assistenza; 5) cure sicure. Per ogni ambito sono stati individuati i temi più frequentemente ricorrenti nelle narrazioni. Gli ambiti della collaborazione infermiere-medico, delle competenze infermieristiche e dell'organizzazione dell'assistenza impegnano i nurse leader nella identificazione e attuazione di strategie di intervento per la gestione del distress morale.

Parole chiave: distress etico, distress morale, infermiere clinico ospedaliero, pratica infermieristica, etica

ABSTRACT

Moral distress in nursing practice is described as a suffering situation that arises when the nurse is unable to act her/his ethical choices, when institutional constraints interfere with acting in the way she/he believes to be right. The aim is to describe nursing practice situations causing moral distress resulting from the recognition of the ethical appropriate actions combined with the impossibility to pursue it; to describe how nurses manage moral distress situations and the strategies to cope with them. A focus group was conducted in three wards of a large teaching-hospital in the north of Italy. In another ward the nurses were asked to write a moral distress experience. A total of 40 nurses were involved and 50 experiences collected.

The experiences' analysis has shown 5 source areas of moral distress: 1) clinical decision; 2) nursing competences; 3) nurse-physician collaboration; 4) organization of care; 5) safe care. For each area the most frequent themes were highlighted. Areas of clinical decision, nursing competences, nurse-physician collaboration involve nurse leaders in identification and implementation of strategies for managing moral distress.

Key words: Moral/ethical distress, hospital nursing staff, nursing practice, ethics

INTRODUZIONE

La ricerca indica che gli infermieri sperimentano frequentemente distress morale (Wilkinson, 1987; Corley, 1995, 2002; Corley et al., 2005; Elpern et al., 2005; Gutierrez, 2005; Mobley et al., 2007; Zuzelo, 2007; Rice et al., 2008; Pauly et al., 2009). Questa espressione indica la situazione di sofferenza che l'infermiere vive quando "riconosce la cosa giusta da fare", "e tuttavia impedimenti istituzionali gli rendono impossibile seguire il giusto corso d'azione" (Jameton, 1984). L'infermiere, costretto ad agire "in modo contrario ai suoi valori personali e professionali", vede compromessa

la sua "integrità ed autenticità" (AACCN, 2008). Più recentemente Webster e Baylis (2000) ampliano la definizione di distress morale (DM) considerandolo il mancato perseguimento del giusto corso di azione per errori di giudizio, mancanze individuali, circostanze al di là del proprio controllo.

La Canadian Nurses Association nel documento "Il distress morale nei luoghi di cura" (CNA, 2003) si riferisce alla "situazione in cui gli infermieri non possono adempiere il loro dovere e impegno etico, cioè la loro peculiarità di agenti morali, o mancano di perseguire quello che ritengono essere il giusto corso d'azione, o mancano di essere all'altezza delle loro aspettative di una pratica infermieristica etica, per uno o più dei seguenti motivi: errore di giudizio, insufficiente determinazione personale o circostanze esterne al loro effettivo controllo. In conseguenza provano senso di colpa, preoccupazione e disgusto". Gli aggettivi etico e morale,

1 Infermiera, Unità Coronarica Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona Docente di Bioetica, Corso di Laurea in Infermieristica, Università degli Studi di Verona

2 Ricamatore Scienze Infermieristiche - Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità Facoltà di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Verona

nel documento delle infermiere canadesi, così come in questo articolo, sono considerati equivalenti.

La pratica infermieristica è un'impresa morale (Corley, 2002). Il prendersi cura è un valore morale in senso generale, come espressione di politiche sanitarie a loro volta espressione di un riconosciuto sistema di valori. Lo è in senso particolare in quanto la relazione infermiere-paziente è una sequenza di scelte operative a loro volta espressione di personali criteri di giudizio. Non sono primariamente in gioco conoscenze teoriche riguardanti l'etica e i suoi principi; piuttosto lo è la sensibilità morale soggettiva. Nel contesto dell'attività di cura il concetto di senso morale è stato sviluppato e visto come una capacità personale, un tratto virtuoso in diretta relazione con il benessere dei pazienti (Lützén et al., 2003). La sensibilità etica richiede la capacità di interpretare i comportamenti ed i segnali verbali e non verbali che identificano i bisogni dell'utente. L'infermieristica si concentra sul prendersi cura e sul porre attenzione ai bisogni fisici e psicologici dei pazienti. Responsabilità e sensibilità etica sono quindi di importanza centrale per gli infermieri che forniscono cure:

- in conformità ai loro valori morali (Schluter et al., 2008; Federazione IPASVI, 2009),
- in sintonia agli enunciati dei codici deontologici (Federazione IPASVI, 2009; ICN, 2006).

Il DM non risolto è associato in letteratura al fenomeno del burn-out e alla richiesta di lasciare il reparto o, anche, all'abbandono della professione (Schluter et al., 2008; Corley, 1995). L'impatto fisico ed emozionale del DM interferisce infatti con la vita personale degli infermieri. Secondo la Canadian Nurses Association gli infermieri sono i lavoratori più ammalati del Canada; hanno più assenze per malattia e invalidità di qualsiasi altro gruppo professionale. Più fonti in letteratura (Schluter et al., 2008; Lützén et al., 2003), confermano il ruolo del DM nel malessere degli infermieri. Infine il DM può manifestarsi con comportamenti di rifiuto, evitamento o allontanamento da certi pazienti e compromettere le cure erogate (Wilkinson, 1987; Corley, 2002; Gutierrez, 2005; Pauly et al., 2009).

In Italia non si rintracciano studi sul DM nella pratica infermieristica. Studiare le dinamiche del DM non assicura la sua eliminazione, consente però di dare un nome, analizzare e affrontare una condizione di disagio.

OBIETTIVI

Due sono gli obiettivi della ricerca:

1. descrivere situazioni di pratica infermieristica che generano DM derivante dal riconoscimento di un'azione eticamente appropriata da adottare e

dall'impossibilità ad intraprenderla;

2. descrivere come gli infermieri gestiscono le situazioni e le conseguenze del DM e le possibili strategie per affrontarle.

METODO

È stato svolto un focus group con gli infermieri clinici in tre reparti di un grande ospedale del nord Italia. Non sono stati definiti limiti alla partecipazione, che si è basata soltanto sulla disponibilità dei soggetti. In un quarto reparto agli infermieri è stato chiesto di scrivere un'esperienza di DM.

Sono stati coinvolti complessivamente 40 infermieri (7 maschi e 33 femmine) e raccolte 50 esperienze, previa autorizzazione della direzione dell'Ente. Ai partecipanti, tutti provenienti dall'area internistica adulti, è stato richiesto il consenso esplicito e garantito l'anonimato.

L'invito alla narrazione è avvenuto attraverso la seguente suggestione: *descrivi un'esperienza della tua pratica infermieristica in cui hai vissuto un episodio di distress morale e come hai gestito la situazione.*

L'analisi dei risultati, l'attività di aggregazione per temi e ambiti, è stata svolta separatamente dalle due ricercatrici e successivamente ricondotta ad unità.

RISULTATI

Dall'analisi delle esperienze riportate dai partecipanti, le fonti di DM sono state aggregate in 5 ambiti:

- 1) decisione clinica;
- 2) competenze infermieristiche;
- 3) collaborazione infermiere e medico;
- 4) organizzazione dell'assistenza;
- 5) cure sicure.

Per ogni ambito sono stati individuati i temi più ricorrenti nelle narrazioni (tabella I).

1. Ambito della decisione clinica

È il più rappresentato. Oltre la metà delle esperienze lo individuano come fonte di distress identificando al suo interno ulteriori temi. In particolare emerge la distinzione tra la prospettiva medica e la prospettiva infermieristica nel valutare una medesima situazione di malessere ed è soprattutto la gestione del dolore e della sofferenza a rivelare il diverso sguardo:

“Il fronte della sedazione come quello del dolore è sotto-trattato, sottostimato, sottovalutato. Le consegne infermieristiche sono chiare, dicono tutto. [...]”

“Ho visto molto spesso pazienti con metastasi diffuse sopportare il dolore, in particolare un paziente con metastasi ossee e con prognosi di pochi giorni di vita, dover soffrire tra una somministrazione di morfina e l'altra (era

AMBITI	TEMI
1 decisione clinica	1. Prospettiva medica vs prospettiva infermieristica 2. Sofferenza e dolore del paziente come esito della decisione clinica 3. Cure di fine vita 4. Riconoscimento dell'autonomia decisionale del paziente
2 competenze infermieristiche	5. Valorizzazione delle competenze 6. Assessment infermieristico e giudizio clinico 7. Fornire supporto alla famiglia
3 collaborazione infermiere – medico	8. Conoscere il progetto di cura cdell'assistito 9. Il carico della sofferenza del paziente
4 organizzazione dell'assistenza	10. Quantità e qualità dello staffing 11. Tempo dedicato alle cure infermieristiche
5 cure sicure	12. Scarsa competenza

Figura 1. Ambiti di aggrezione del Distress Morale

prescritta una morfina per 2, una la mattina e una la sera e, tra le 2 somministrazioni, altri farmaci più blandi che non coprivano il dolore) perché non si è riusciti a trovare una giusta terapia antidolorifica. A mezzogiorno il paziente soffriva, era lucido e tanto. Perché io devo entrare in stanza e questo signore mi deve guardare... implorante: 'Ho malè' [...] Entrare in stanza e vedere il paziente che soffre... vai dal medico e gli dici ha male, ne facciamo un'altra? Ma il medico non la prescrive".

Così per la gestione delle cure di fine vita, gli infermieri dimostrano di avere chiara l'importanza per il paziente ed i suoi cari della qualità della morte:

"[...]La difficoltà di far fronte in modo adeguato al 'fine vita' dei pazienti in stadio terminale. È una condizione che tuttora persiste e che mi pone difficoltà etiche, pratiche. Come accompagnare i pazienti, che in questo tipo di patologia rimangono lucidi e sofferenti fino all'ultimo istante, alla morte in modo sereno e dignitoso? Un signore anziano era in fase terminale e in uno stato di sofferenza estrema per la mancanza di respiro insopportabile. Non gli era più possibile stare in posizione supina, era in uno stato di anasarca e la necessità di infondere farmaci e di eseguire prelievi ematochimici imponevano di ricercare vie venose difficilmente reperibili. [...]Si sono fatti diversi tentativi di prelievo arterioso, reperimento di una nuova via venosa e non c'era stata prescrizione di

morfina. Il paziente è morto tra atroci sofferenze. [...] Ogni volta che mi trovo in queste situazioni provo uno stato di malessere e di impotenza".

Fonte di distress è anche il mancato riconoscimento dell'autonomia del paziente o dei suoi fiduciari, qualora il paziente non sia capace:

"Un esempio riguarda un medico che, durante un turno notturno, aveva in carico un paziente anziano le cui condizioni erano, da un paio di giorni, critiche ma stabili. Il piano terapeutico, condiviso anche con i parenti, era quello della non aggressività dal momento che le condizioni generali del paziente erano tanto compromesse da non permettere un soddisfacente recupero. Ebbene, quella notte il medico decise comunque che era il caso di 'tentare' una terapia invasiva con l'impianto temporaneo di un device di supporto. Pur volendo io appoggiare la volontà di fare quanto ci è possibile per curare un paziente, ho inevitabilmente pensato che in quel caso il beneficio derivante dalla terapia aggressiva era irrisorio e anzi si traduceva in un'inutile e ulteriore tribolazione per il paziente. Lo stato clinico del paziente non cambiò nemmeno con terapia invasiva. Io mi sono sentita frustrata nel vedere una persona subire decisioni senza il suo consenso".

2. Ambito delle competenze infermieristiche

È emersa chiaramente e con lucida consapevolezza la mancata valorizzazione delle competenze possedute:

"Paradossalmente la formazione è fonte di distress ancor di più. [...] Bello sapere come affrontare la situazione, ti dà sicurezza nel lavorare, sai che se ti succede quella cosa, sai cosa va fatto. E questo è fonte di distress, perché succede tutto il contrario. [...] Ad esempio, so cosa fare nell'arresto cardiaco; il problema è quando devo metterlo in pratica, non mi dai la possibilità di metterla in atto, di valorizzarla, fermo restando che il paziente viene prima di tutto. È proprio questa disegualianza tra mondi diversi, mondo medico, infermieristico, formativo e mondo lavorativo. È questa la fonte di distress".

La dimensione dell'assessment infermieristico e del giudizio clinico espone l'infermiere a distress a fronte della svalutazione da parte del medico della capacità di analisi dei problemi del paziente, in particolare con riferimento a rilevazione e sedazione del dolore, esecuzione di esami superflui, non esecuzione o dilazione di interventi necessari:

"I medici hanno paura di sedare i pazienti perché poi non si capisce se il paziente si è addormentato perché sedato o perché ha fatto un'emorragia ed è in stato soporoso o comatoso. [...]".

"Ad ogni turno riconosco aspetti, comportamenti nella persona che manifestano palesemente che prova dolore. La persona non esprime chiaramente questo stato per un motivo di demenza, ma come infermiera riconosco quelle piccole dimostrazioni di dolore. Controllo la terapia anti-

dolorifica e noto che non ne ha. Riferisco le mie considerazioni al medico curante, ma lui non prende provvedimenti”.

Anche la relazione di sostegno alla famiglia, alla rete di prossimità del paziente, mette talora l'infermiere in distress etico, trovandolo non del tutto pronto a rispondere con modalità e tecniche di relazione supportiva alla gestione, ad esempio, del lutto:

“I famigliari di una giovane donna che muore per infarto miocardico acuto poche ore dopo l'ingresso vengono informati dal medico. Ora tocca a noi uscire [...]. La mia collega non vuole farlo e chiede a me di andare. Riman-gono da dire poche cose, ad esempio, dove potranno vedere la loro congiunta, quando e dove si devono rivolgere per le procedure di rito. Il problema è come dare queste poche indicazioni ad una mamma, un marito e a dei fratelli che sono sconvolti quanto noi! Io li guardo e non riesco subito a parlare, mi sento inadeguata, vorrei confortarli, ma non mi sento di poterlo fare. Mi limito a dire poche cose, poi accompagno la mamma nella stanza dove si trova la figlia, li lascio, ma sento che manca qualcosa. Come affrontare questo tipo di relazione senza essere banali, superficiali oppure troppo empatici. [...] Una strategia potrebbe essere condividere con il medico il momento di incontro con i familiari [...]”.

3. Ambito della collaborazione tra infermiere e medico

Questo ambito, con particolare attenzione ai temi della conoscenza del progetto di cura e del carico della sofferenza del paziente, appare confermare un contesto generale nel quale due figure professionali che lavorano in stretta vicinanza dimostrano di conoscere poco il reciproco profilo:

“Le cose un po' stanno cambiando dal punto di vista infermieristico, non medico. C'è poco confronto interprofessionale, di professionisti con altri professionisti”.

La partecipazione alla visita con il medico è riconosciuta come fondamentale nel progetto di cura perché consente di fare il punto sulla situazione attuale sia mettendo a confronto le due visioni professionali sia valutando insieme il punto di vista del paziente stesso:

“Ma non si fa neanche il giro visita, se lo fanno i medici. Se chiedi una precisazione, sono evasivi. Per un medico gli infermieri sono: scriviti questo esame e domani me lo fai”.

“C'è una ricerca in corso [...] ma, non c'è stata informazione. Abbiamo trovato dei foglietti sui letti dei pazienti”.

Un'ulteriore fonte di distress è il misconoscimento del carico della sofferenza del paziente:

“[...] dopo una notte insonne del paziente, la mattina il medico lo trova assopito e mette in dubbio l'operato dell'infermiere e/o somministra flumazenil o si chiede se l'infermiere in autonomia ha aumentato/abusato la

somministrazione di qualche sedativo in terapia al bisogno”.

4. Ambito dell'organizzazione dell'assistenza

Vengono in considerazione gli aspetti della quantità e della qualità dello staffing. La mancanza di tempo ricorre frequentemente, in particolare durante il turno notturno:

“Lavorare con livelli di organico considerati inappropriati: nel nostro reparto il turno notturno è coperto da 2 Infermieri e 1 OSS, per un totale di 55 pazienti da seguire, più eventuali letti bis, più l'altra sezione. Ciò causa in me stress, soprattutto se ci sono pazienti in agitazione psicomotoria, viene contattato il medico di guardia e non sono attuati immediatamente dei provvedimenti farmacologici o altro. Paziente ingestibile, che si toglie i presidi, rischia di cadere. [...] Il paziente è a rischio! [...]”.

o come elemento che frustra il professionista proprio nella dimensione fondativa della filosofia assistenziale, il caring:

“Sono molto affezionata ad una paziente che seguo da quando è entrata qui e per mancanza di tempo, in quanto il nostro lavoro è molto legato alla fretta, alla tempistica, non sono riuscita a salutarla ed a rassicurarla prima dell'intervento di amputazione del dito di un piede, a cui lei si era tenacemente opposta. Stamattina abbiamo avuto il suo assenso e mi sentivo veramente di andare da lei, anche perché lo considero un dovere. Mi sentivo assolutamente di farlo, di andare a salutarla e rassicurarla. Non ho potuto farlo. [...]”.

5. Ambito delle cure sicure

Gli infermieri si interrogano sulla competenza propria e di altri professionisti. Sono consapevoli di avere affinato competenze specifiche, ma di non essere preparati alla vasta gamma di risposte professionali possibili:

“Nel nostro reparto arrivano pazienti di ogni tipo geriatrici, ortopedici, cardiologici, pneumologici, neurologici, ecc. Una difficoltà grande è gestire i pazienti ortopedici con fratture, nel pre e post-operatorio. Nessuno di noi infermieri, al momento, è formato riguardo all'assistenza da dare a questi pazienti durante la mobilitazione e, anche se abbiamo il sostegno di validi fisioterapisti, ci sono momenti in cui non sappiamo come fare per non nuocere al paziente. Questa situazione, in attesa di un corso di formazione (già organizzato), la gestisco affidandomi all'esperienza medica o a quella delle fisioterapiste. [...] Il rischio è di nuocere al paziente, perché manca la competenza”.

Anche riguardo al tirocinio clinico degli studenti di Infermieristica avvertono l'importanza di tutelare tanto il paziente quanto lo studente:

“I pazienti sono sempre presi d'assalto sia da noi che dagli studenti infermieri che per fare pratica, logicamente,

vanno da persone che purtroppo soffrono. Tanti pazienti che sono in grado di capire spesso non vogliono lo studente perché non 'capace' anche solo di fare un prelievo e chiedono dell'infermiere. Ed è difficile spiegare sia al paziente, sia allo studente i motivi della scelta presa sia dall'uno che dall'altro".

DISCUSSIONE

L'ambito della decisione clinica è il più ricorrente, segnalato in oltre la metà delle esperienze, distingue al suo interno ulteriori temi. Emerge la distinzione tra la prospettiva medica e la prospettiva infermieristica, in specifico nella gestione del dolore e della sofferenza. L'infermiere è sempre presente e sempre risponde, in ospedale, alla chiamata e alla segnalazione del paziente. Quando il paziente dice di sentire dolore, la rilevazione dell'infermiere è corredata da parametri vitali, da variabili proprie della situazione specifica e dalla storia pregressa. Tali dati, riportati al medico, molto spesso non danno luogo a prescrizioni di adeguata terapia antidolorifica. Il paziente non trova sollievo, l'infermiere patisce per non essere d'aiuto al paziente e, insieme, per non essere considerato. La gestione del dolore, nonostante le consolidate indicazioni dell'OMS (1986) e le raccomandazioni dell'EAPC (2001), rimane un problema aperto. Il medico, formato per la diagnosi e la terapia, con forte impronta decisionista e direttiva, tende a trascurare la sofferenza e il dolore non strettamente connessi al momento diagnostico-decisionale, di indagine e sfida speculativa. È sviato dal timore degli effetti collaterali, benché le raccomandazione EAPC rimarchino: "le preoccupazioni relative alla dipendenza, all'eccessiva sedazione e alla depressione respiratoria hanno provocato un diffuso rifiuto del farmaco o un suo uso a dosaggi troppo bassi. In realtà, l'esperienza clinica accuratamente documentata ha dimostrato che queste paure sono assolutamente infondate".

L'infermiere, formato per stare accanto alla persona, avverte meno il carattere di risposta prestazionale della sua professione e maggiormente l'importanza del prendersi cura complessivamente del paziente, in particolare quando la sofferenza diventa il tratto caratterizzante della situazione di quel soggetto in quel momento.

Così per la gestione delle cure di fine vita, gli infermieri hanno chiara l'importanza per il paziente e i suoi cari della qualità della vita-morte. Tuttavia si scontrano con il medico nel riconoscimento della futilità delle cure. Il lavoro d'equipe è, secondo le esperienze raccolte, poco praticato. Ci si ascolta poco, ci si parla poco, ci si confronta poco, ci si riconosce poco.

La presenza della tradizione del paternalismo nei temi fin qui esaminati è confermata dalla rilevazione

dell'ulteriore dimensione del mancato riconoscimento dell'autonomia del paziente o, se il paziente non è capace, dei suoi fiduciari. Una prospettiva decisionale fortemente improntata a modelli autoritari e non partecipativi, che ignora la natura di soggetto morale sia del paziente sia degli altri professionisti sanitari.

Il secondo ambito fonte di DM riguarda le competenze infermieristiche. A fronte di un percorso di studi evoluto ed approfondito, di conoscenze verificate e riflettute dall'esperienza della pratica quotidiana, da percorsi di formazione permanente, l'autorità medica viene presupposta e la competenza infermieristica svalutata, amaramente in linea con la letteratura esaminata (Rittenmeyer e Huffman, 2008).

La formazione su aspetti specifici della pratica quotidiana (la ventilazione non invasiva, il sostegno delle funzioni vitali e la defibrillazione precoce, la gestione del dolore) è ritenuta fonte di ulteriore distress per la discrepanza tra l'ampliamento delle conoscenze e la loro mancata valorizzazione nel momento di applicazione nel quotidiano contesto operativo. L'ostacolo maggiore sembra essere la resistenza del medico a riconoscere l'infermiere come un professionista, competente ed esperto, come interlocutore suo pari, nella diversità dei peculiari ambiti professionali.

La dimensione dell'assessment infermieristico e del giudizio clinico espone l'infermiere a distress quando vede svalutata la sua capacità di esaminare e focalizzare i problemi del paziente, come il dolore, la sedazione, l'esecuzione di esami ritenuti non necessari, la non esecuzione o posticipazione di interventi ritenuti necessari per la sicurezza del paziente. E ancora, la relazione di sostegno alla famiglia, alla rete di prossimità del paziente, trova l'infermiere non sempre preparato a rispondere con modalità e tecniche di relazione supportiva alla gestione, ad esempio, del lutto.

Nell'ambito della collaborazione infermiere-medico, i temi della conoscenza del progetto di cura e del carico della sofferenza del paziente, confermano che le due figure professionali vincolate ad un'obbligatoria cooperazione conoscono poco il reciproco profilo. Tale realtà è in aperta contraddizione con quanto i codici deontologici, più sinteticamente quello medico (2006, art. 66) più diffusamente quello infermieristico (2009, artt. 14-15-22-23), esprimono riguardo alla collaborazione tra tutte le figure dell'equipe. La pratica degli infermieri intervistati sottolinea l'assenza dell'infermiere, per mancanza di tempo, dal "giro visita" dei pazienti, momento in cui lo scambio e il confronto delle due visioni professionali consente, in presenza del paziente, di fare compiutamente il punto sulla situazione ai fini di un ottimale progetto di cura.

Così il misconoscimento del carico della sofferenza del paziente: davanti ad atteggiamenti o esternazioni che sembrano non considerare la sofferenza del

paziente e la fatica dello stare accanto a una persona che soffre, “il peso e la mortificazione di una lunga notte di fatica si moltiplica”. L’infermiere si interroga sul senso e sta male.

L’organizzazione dell’assistenza, negli aspetti sia della quantità sia della qualità dello staffing ricorre nei resoconti: la mancanza di tempo causa l’assenza dell’infermiere nel “giro visita”, provoca distress nel turno notturno, frustra il professionista nella dimensione fondativa della filosofia assistenziale, il caring.

In ambito cure sicure, gli infermieri si interrogano sulla competenza propria e di altri professionisti. Sentono, in precise situazioni, di avere necessità di ulteriori conoscenze per non nuocere al paziente. Avvertono l’importanza di tutelare tanto il paziente quanto lo studente o il professionista in formazione, e di assicurare che lo svolgimento delle attività e il raggiungimento degli obiettivi di percorso avvengano in un contesto di rispetto dei diversi soggetti coinvolti. Se ciò non avviene patiscono lo scostamento dagli obiettivi che sono impegnati a garantire.

I temi del DM confermano quelli presenti nella letteratura (Corley et al., 2001; Corley et al., 2005). In particolare, nelle sue ricerche Corley identifica i seguenti stressor: “fornire assistenza che non allevia la sofferenza del paziente per timore del medico di provocare la morte aumentando la somministrazione di antalgici”, “svolgere un incarico di lavoro in cui non mi sento professionalmente competente”, “lavorare con livelli di organico infermieristico che considero pericoloso”, “eseguire la prescrizione medica per esami e trattamenti non necessari”, “avviare manovre rianimatorie quando ritengo che si stia solo prolungando la morte”, “eseguire le prescrizioni mediche di esami e trattamenti richiesti per malati terminali”, “eseguire le prescrizioni di farmaci antidolorifici anche quando non controllano il dolore”.

Mentre, la revisione di Rittenmeyer e Huffman (2008) dà risalto alla reattività umana con le risposte di malessere fisico ed emozionale e senso di impotenza, ricorrenti nelle esperienze. Così pure ai deficit istituzionali legati all’organizzazione dell’assistenza (vincoli di tempo, staffing e impedimento all’attività di tutela del paziente intesa come advocacy). Altri temi trovano riscontro con il nostro studio: il dolore e la sofferenza del paziente negli aspetti delle cure futili, la svalutazione dell’autonomia decisionale del paziente, la disuguaglianza di potere negoziale, intesa come competenza infermieristica svalutata e autorità medica presupposta.

La variabile del turno notturno è frequente nei racconti. L’assistenza infermieristica notturna differisce da quella diurna perché ha, in più, lo scopo di offrire l’ambiente migliore per il sonno del paziente (Saiani et al., 2010). Garantisce la continuità delle cure con

attività pianificate e non pianificate caratterizzandosi per la supervisione e la vigilanza. Differisce anche perché, di notte, la presenza infermieristica garantita è quantitativamente inferiore. L’infermiere si trova così a rispondere alle esigenze del paziente con risorse personali e organizzative meno pronte, più deboli. Il senso della fatica si acuisce.

Spesso ricordata è anche la sofferenza del paziente anziano col suo corollario di smarrimento, solitudine, preoccupazione per il futuro proprio o di altri membri della famiglia.

Nelle esperienze viene in risalto il carattere continuativo della presenza dell’infermiere nelle 24 ore, turno dopo turno, accanto al paziente. Ciò consente una conoscenza approfondita che favorisce sia il giusto coinvolgimento che avvicina ai bisogni sia una sovrapposizione, alla lunga, logorante. Soprattutto quando le richieste, manifestate dai pazienti o dai loro familiari, ed accolte dall’infermiere, non trovano riscontro o non ne trovano di efficaci.

Anche i timori e le paure dei medici affiorano dai racconti degli infermieri: la medicina difensiva vissuta come un allontanamento dal letto del paziente, l’eccesso di diagnostica strumentale e la povertà dell’ascolto. Emergono le diverse prospettive per mezzo delle quali il medico e l’infermiere vedono, guardano e osservano il paziente. Il medico con il carico della responsabilità decisionale di diagnosi e terapia è principalmente concentrato sull’organo o sulla funzione alterati.

Se la sua valutazione ed i risultati dell’attività diagnostica non evidenziano nulla di anomalo, è portato a non attribuire alla sofferenza del malato tutto il peso che effettivamente ha. La sua attenzione sembra gravata da una costante attività decisionale che può esporlo a una situazione di affaticamento decisionale. O che può fuorviarlo e spingerlo a una deriva decisionale anche in ambiti nei quali la sua competenza è scarsa o assente in rapporto alla situazione specifica.

L’infermiere convive con la sofferenza del paziente e percepisce le sfumature, le variazioni anche minime di benessere e di malessere connesse all’evoluzione del suo stato. Sente la responsabilità di rappresentare e affrontare questa sofferenza, così come anche indicato in diversi punti del codice deontologico, ad esempio: “L’infermiere si attiva per prevenire e contrastare il dolore e alleviare la sofferenza. Si adopera affinché l’assistito riceva i trattamenti necessari” (art. 34).

Infine, trova conferma la teoria del residuo morale, descritto in letteratura come il vivo ricordo di fatti accaduti anche molti anni prima, in cui l’infermiere coinvolto ha sentito compromessa la sua professionalità (Webster e Baylis, 2000). Molte esperienze descritte si riferiscono a fatti accaduti anni prima, ricordati in dettaglio, il cui ricordo rinnova una sofferenza mai superata.

IMPLICAZIONI PER LA PRATICA INFERMIERISTICA

Il confronto con i pari è la strategia più frequentemente attivata dai partecipanti per rispondere alla sofferenza di DM. Anche il colloquio con il coordinatore infermieristico è descritto come utile per la sua elaborazione. Il confronto con i medici, individuale o collegiale, in riunioni programmate, è indicato sporadicamente, e poco fruttuoso nella riflessione sulle cause di distress e nella composizione della sofferenza: *“Le riunioni? Non hanno molta efficacia. Viene solo detto quello che dobbiamo fare. Non viene ascoltato quello che abbiamo da dire. Chiedi della terapia, anche dopo averne parlato in riunione e loro vengono dopo un’ora. La collaborazione tra medici e infermieri qui è scarsa”*. D’altra parte, i medici disponibili al confronto sulla pratica raramente determinano situazioni fonte di distress.

Gli incontri regolari di equipe, il riferimento al codice deontologico, all’ordine professionale o al comitato etico, la revisione periodica della letteratura di settore non sono stati considerati. A testimonianza di una prassi che l’incombere dell’operatività quotidiana priva delle necessarie pause di riflessione. Le suggestioni dei partecipanti sottolineano l’importanza della discussione di casi in equipe anche breve purché frequente, quotidiana o bisettimanale, anche centrata su aspetti etici, problematici, che aprono più corsi d’azione possibili, favorendo anche la partecipazione degli studenti.

Un’area d’intervento che impegna i nurse leader potrebbe riguardare gli strumenti di integrazione professionale, ad esempio ripristinare il *“giro visita”* congiunto, infermiere e medico, come momento di scambio e di comprensione della situazione del paziente, di garanzia di cure ponderate, riflettute, di cure sicure. L’alternativa è la frammentarietà nella regia dei percorsi dei pazienti.

Per contrastare il misconoscimento delle competenze infermieristiche una strategia è far conoscere ai medici, agli studenti di medicina, i mutati percorsi formativi infermieristici, coinvolgendo gli studenti di infermieristica e dei master clinici o manageriali ed i tutor di tirocinio.

È da promuovere la cultura dell’interprofessionalità attraverso la formazione sul campo per dare forma all’equipe, per metterla in moto, cercando di integrare l’esperienza della pratica quotidiana con le migliori evidenze di letteratura e con la successiva predisposizione di protocolli interni condivisi.

PROSPETTIVE DI RICERCA

In Italia non si rintracciano studi sul DM nella pratica infermieristica. La ricerca ha consentito di

esplorare le pre-comprensioni di un gruppo di infermieri clinici su questo fenomeno. Inoltre, ha dato l’opportunità di mettere intorno ad un tavolo professionisti per un tempo dedicato alla tematica e questo è stato apprezzato e valutato dagli stessi stimolante e formativo. E per alcuni di bonifica emozionale.

Ulteriori studi nel contesto italiano possono essere intrapresi sulla scorta di quelli di Corley che ha analizzato il DM con un approccio di ricerca quantitativa, utilizzando una scala costruita ad hoc. Ciò richiede la traduzione e l’adattamento dello strumento, considerando la cultura infermieristica italiana e, più in generale, il contesto sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- American Association of Critical Care Nurses (2008). Position Statement - Moral Distress. Data accesso 1 Febbraio, 2011. Da <http://www.aacn.org/wd/practice/content/publicpolicy/publicpolicy-positionstatement.pcms?menu=practice>
- Canadian Nurses Association (2003). Ethical distress in health care environments. Data accesso 1 Febbraio, 2011. Da http://www.cna.nurses.ca/CNA/practice/ethics/code/resources/default_e.aspx
- Codice Deontologico del Consiglio Internazionale degli Infermieri (2006). Data accesso 25 Febbraio, 2011. Da http://www.icn.ch/images/stories/documents/about/icncode_italian.pdf
- Corley, M.C. (1995). Moral distress of critical care nurses. *American Journal of Critical Care*, 4(4), 280-5.
- Corley, M.C., Elswick, R.K., Gorman, M., Clor, T. (2001). Development and evaluation of a moral distress scale. *Journal of Advanced Nursing*, 33(2), 250-6.
- Corley, M.C. (2002). Nurse moral distress: a proposed theory and research agenda. *Nursing Ethics*, 9(6), 636-50.
- Corley, M.C., Minick, P., Elswick, R.K., Jacobs, M. (2005). Nurse moral distress and ethical work environment. *Nursing Ethics*, 12(4), 381-90.
- Elpern, H.E., Covert, B., Kleinpell, R. (2005). Moral distress of staff nurses in a medical intensive care unit. *American of Journal Critical Care*, 14(6), 523-30.
- European Association for Palliative Care (2001). Data accesso 14 Aprile, 2011. Da www.sicp.it/documenti_pubblici/...sicp/raccomandazioni_EAPC.pdf
- Gutierrez, K.M. (2005). Critical care nurses’ perceptions of and responses to moral distress. *Dimensions of*

- Critical Care Nursing, 24(5), 229-41.
- Jameton, A. (1984). *Nursing Practice: the Ethical Issues*. Prentice Hall: Englewood Cliffs.
- Lützn, K., Cronqvist, A., Magnusson, A., Andersson, L. (2003). Moral stress: synthesis of a concept. *Nursing Ethics*, 10(3), 312-22.
- Mobley, M.J., Rady, M.Y., Verheijde, J.L., Patel, B., Larson, J.S. (2007). The relationship between moral distress and the perception of futile care in the critical care unit. *Intensive Critical Care Nursing*, 23, 256-63.
- Organizzazione Mondiale della Sanità (1986). Data accesso 14 Aprile, 2011. Da <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/non-communicable-diseases/cancer/policy/palliative-care>
- Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., Newton, L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16(5), 561-73.
- Rice, E.M., Rady, M.Y., Hamrick, A., Verheijde, J.L., Pendergast, D.K. (2008). Determinants of moral distress in medical and surgical nurses at an acute tertiary care hospital. *Journal Nursing Management*, 16(3), 360-73.
- Rittenmeyer, L., Huffman, D. (2008). How professional nurses working in hospital environments experience moral distress: a systematic review. Data accesso 1 Febbraio, 2011. Da www.joannabriggs.edu.au/events/.../docs/.../1300-%20L%20Rittenmeyer.pdf
- Saiani, L., Brugnolli, A., Ghitti, M.G., Martin, S., Rinaldi, N., Zannini, L. (2010). L'assistenza infermieristica durante la notte: revisione narrativa della letteratura. *Assistenza Infermieristica e Ricerca*, 29(3), 132-9.
- Schluter, J., Winch, S., Holzhauser, K., Henderson, A. (2008). Nurses' moral sensitivity and hospital ethical climate: a literature review. *Nursing Ethics*, 15(3), 304-21.
- Webster, G.C., Baylis, F.E. (2000). Moral residue. In: Rubin, S.B., Zoloth, L. *Margin of error. The ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown: MD University Publishing Group, 217-32.
- Wilkinson, J.M. (1987). Moral distress in nursing: experience and effect. *Nursing Forum*, 23(1), 16-29.
- Zuzelo, P.R. (2007). Exploring the moral distress of registered nurses. *Nursing Ethics*, 14(3), 344-359.

