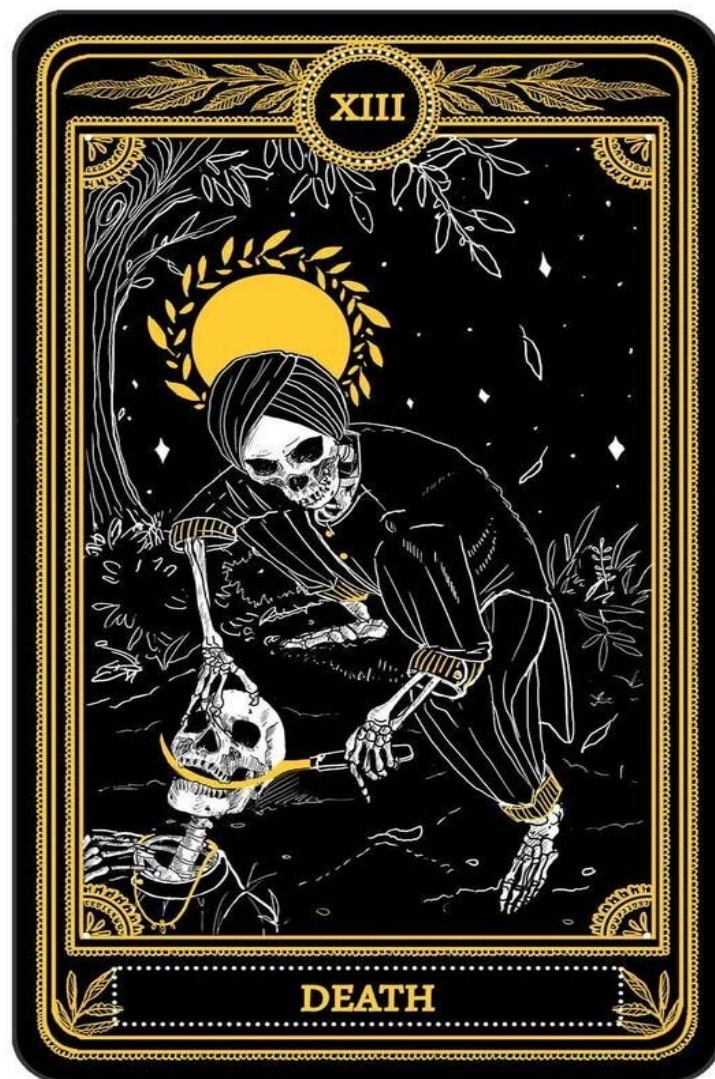


Riflessioni numero trentanove

30 maggio 2022

PREVENZIONE

REALTÀ O IMMAGINAZIONE?



[DETTAGLI ZERODUE VIDEO](#)

La tecnica e la relazione

Carlo Beraldo

I contributi che Ivan Cavicchi e Luca Sancricca hanno portato martedì 24 maggio nell'incontro del Laboratorio hanno dato pieno rilievo alle potenti contraddizioni che caratterizzano gli interventi di cura, nel contesto delle strategie organizzative qualificanti il welfare sanitario.

Da un lato il prevalere del concetto di cura come azione umana e sociale (comunitaria), pur qualificata professionalmente, che affronta e se possibile previene le cause delle malattie, indagando sui fattori patogeni presenti negli ambienti e negli stili di vita, dall'altro l'enorme importanza assegnata alla tecnica e all'intelligenza artificiale per la risoluzione di una pluralità di problematiche sanitarie nel passato affidate alla diretta competenza professionale degli operatori. Tecnica, con relative strumentazioni, divenuta ormai dominante nella diagnosi e nella terapia sia nei contesti di ricovero (ospedale) sia a livello territoriale/domiciliare (è di alcune settimane fa l'approvazione da parte del Ministero della Sanità del "Modello digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare").

Sarebbe sicuramente sciocco sottovalutare la rilevanza che la tecnica, nelle sue diverse espressioni, ha nei vari processi di cura ma, ugualmente, appare superficiale trascurare i limiti che tale approccio ha se il suo manifestarsi diviene dominante rispetto ad altre variabili umano/relazionali che comunque dovrebbero essere presenti in coloro che hanno il compito di curare.

Un vecchio adagio del buon senso clinico ammoniva che "le malattie non esistono, esistono soltanto i malati", intendendo dire, non a torto, che ogni malato è diverso da un altro anche quando entrambi sono o sembrano colpiti da una stessa infermità.

È questa diversità, o meglio, questa particolare originalità esperienziale che contraddistingue ogni soggetto caratterizzandone i vissuti personali e relazionali condizionando le stesse caratteristiche di una specifica

patologia posseduta, che la tecnica non può cogliere essendo il suo oggetto di riferimento qualcosa di materialmente determinato.

È per questo motivo che va riaffermata una competenza relazionale che ciascun professionista impegnato nella cura deve possedere, proprio per assolvere il proprio compito nel modo più efficace per la persona malata.

Anche con riferimento alle azioni di prevenzione, forte è il rischio che queste vengano riduttivamente interpretate quali sinonimo di screening e di check-up, accreditando la falsa immagine di una medicina tecnologicamente vincente per il bene di una salute collettiva. In realtà è ben noto a chi opera nelle organizzazioni sanitarie che oltre alle esplicitazioni di prevenzione terziaria (riparare gli effetti anche mediante definiti interventi terapeutici) e di prevenzione secondaria (sostanziata dalla diagnosi precoce), dove l'uso delle risorse tecniche può essere necessario, la vera prevenzione (così come riferita da Cavicchi) è quella primaria, ossia proiettata a rimuovere le cause delle malattie.

La promozione della salute, individuale e collettiva, deve dunque accompagnarsi con la conservazione e la riabilitazione della stessa salute, ma tutto questo dà evidenza alla necessità di una medicina in continua transizione tra individuo e comunità, realtà queste che devono essere valorizzate come protagoniste e compartecipi della cura.

In tale scenario la prevenzione primaria si configura come l'esito di un'analisi di priorità cui contribuiscono valutazioni di varia natura, non esclusivamente medica (e tecnica) ma anche sociale ed economica; analisi e scelte che, direttamente o indirettamente, hanno una rilevanza politica.

È per l'insieme di queste valutazioni che, cogliendo la complessità dell'intreccio tra sistema sanitario ed esigenze di salute, individuale e collettiva, è necessario dimensionare l'uso della tecnica, specie nelle sue espressioni più sofisticate, entro un approccio più complessivo che rimanga effettivamente umano nel suo realizzarsi.

Pagando si può è quanto garantisce l'art 32 della Costituzione?

**Caos sanità nel Lazio. Visite urgenti negate
perfino ai bambini. Mamma costretta a pagare.**

Antonio Braga - IL TEMPO 22 maggio 2022



Liste d'attesa al cardiopalma per una visita cardiologica pediatrica: non si trova nessun appuntamento disponibile entro l'anno in tutte le strutture del Lazio. Anche l'ospedale pediatrico Bambino Gesù rimanda al 2023, però l'attesa si riduce a una settimana se si paga la prestazione del medico fuori dal regolare orario di lavoro. A segnalare il caso la «madre di una bambina alla quale il pediatra ha prescritto una visita specialistica al cuore da effettuare

entro 30 giorni - denuncia il consigliere regionale Massimiliano Maselli (Fdi) - alla mamma non è rimasto che prenotare una visita in regime di attività professionale intramoenia, quindi a pagamento, al Bambino Gesù. Visita fissata esattamente una settimana dopo la richiesta».

Ma i tempi lunghi sono confermati anche dal monitoraggio dei tempi d'attesa, che presenta molti bollini rossi, quelli con cui la stessa Regione indica «le prenotazioni entro lo standard minori del 50%» nel rispetto dei tempi massimi (30 giorni per le visite e 60 per gli esami diagnostici differibili). Per alcuni tipi di prenotazioni le possibilità di rispettare i tempi massimi sono addirittura azzerate: questa settimana, infatti, c'è lo «0,0%» di possibilità di prenotare entro i tempi massimi previsti dalla norma la Tac addome, del capo e la Sigmoidoscopia con endoscopio nell'Asl Roma 1. Così come la Risonanza magnetica dell'addome, della colonna e muscoloscheletrica, oltre che la Tac del capo, nell'Asl Roma 2. Zero possibilità pure per la Risonanza magnetica della colonna e la spirometria nell'Asl Roma 4. Idem per la Sigmoidoscopia con endoscopio, la Tac del capo e l'esofagogastroduodenoscopia nell'Asl Viterbo (quest'ultima inaccessibile anche nell'Asl Rieti). Azzerate anche la Risonanza magnetica dell'addome, del cervello e del tronco, oltre alla Tac addome nell'Asl Latina.

Sei doppi zeri pure per la colonscopia, l'ecografia della mammella, la risonanza magnetica dell'addome, del cervello e la spirometria nell'Asl Frosinone. Off-limits la risonanza magnetica del cervello e muscoloscheletrica al San Giovanni-Addolorata, la colonscopia al Sant'Andrea, l'ecografia dell'addome all'Ifo-Regina Elena, la visita cardiologica allo Spallanzani e la Tac dell'addome superiore e inferiore a Tor Vergata. Però sul piano per il recupero delle Liste d'Attesa la Regione non risponde: «All'istanza di accesso civico hanno risposto tutte le Regioni ad eccezione di: Basilicata, Calabria, Lazio, Lombardia, Toscana e Veneto», sottolinea Cittadinanzattiva, che rivela: «ad essersi rivolti a noi sono soprattutto i cittadini del Lazio (20,72%)».

Ospedali in codice rosso

Mancano medici e infermieri, nosocomi a rischio

Antonio Braga - IL TEMPO 19 maggio 2022



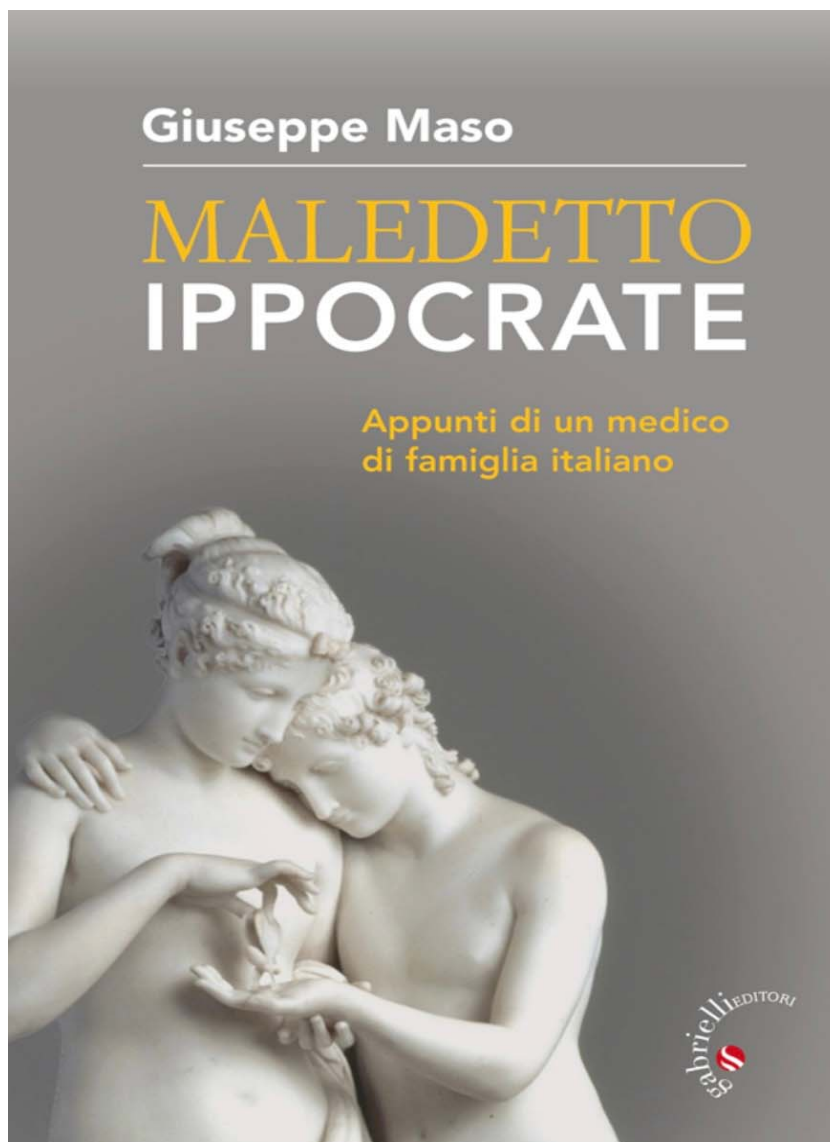
Nel Lazio sempre più carente di medici la «legione straniera» in camice bianco è aumentata del 40% nell'ultimo anno. Ma la progressiva insufficienza di personale sanitario rischia addirittura di far chiudere alcuni ospedali entro il 2028. Almeno secondo il grido d'allarme lanciato da Foad Aodi, fondatore dell'Associazione medici stranieri in Italia (Amsi) ed ex consigliere dell'Ordine dei Medici di Roma: «Sono aumentate le richieste di medici specialisti e infermieri all'Amsi del 40% dal 2021, dal sud al nord, in particolare dal Veneto, Lombardia, Lazio, Sicilia, Piemonte, Valle D'Aosta, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Calabria, Campania. In base a questa percentuale di richieste che arrivano all'Amsi tutti i giorni e visto la grave carenza di medici specialisti ed infermieri abbiamo fatto la previsione e le statistiche per i prossimi 6 anni. Abbiamo bisogno di 50mila unità di medici e

infermieri per colmare la carenza e chi va in pensione, altrimenti saranno chiusi 100 ospedali in sei anni. Ad oggi - conclude Aodi - non vediamo nessuna proposta immediata e urgente dal mondo politico nazionale che può salvare questi ospedali dalla chiusura ed è per questo che facciamo il nostro appello»

Al Grassi di Ostia, ad esempio, non è stata ancora risolta la «severa carenza di personale» in corso da tempo: servono 20 medici. Il mese scorso l'Asl Roma 3 aveva già avvisato la Regione: «questa Azienda sta riscontrando persistenti difficoltà a reperire personale medico da destinare alle esigenze della Medicina e Chirurgia d'Accettazione Urgenza dell'Ospedale Grassi, e che a causa di tale persistente carenza di personale, le attività di Pronto Soccorso rischiano di non essere garantite oltre aprile». Poi sono stati ingaggiati 10 specializzandi e laureati-abilitati sino a fine anno ma, per «colmare una severa carenza di personale», l'Asl ha chiesto alla Regione l'«autorizzazione all'indizione di Avviso di mobilità nazionale, volto al reclutamento di 10 posti di Medico - Disciplina Anestesia e Rianimazione – e 10 medici Disciplina Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza presso il Grassi».

La Simeu ha quantificato «una mancanza di 357 medici nei Pronto Soccorso del Lazio». Nei Castelli Romani sono state rassegnate le «dimissioni di 5 medici, in servizio presso i Ps aziendali» dell'Asl Roma 6. Che ora ritiene «necessario il reclutamento di nuove risorse al fine di scongiurare l'interruzione di pubblico servizio». Anche perché «a tutt'oggi, a fronte di 36 unità di medici da reclutare, ne sono state assunte solamente 3» nei 2 concorsi espletati finora.

La domanda è: “dove è finita l’etica e la deontologia se i medici rinnegano il giuramento di Ippocrate?”



Quindi possiamo affidarci a persone che pensano principalmente al profitto? Come può essere garantita la cura se la medicina di base è privata?

Per la sanità arriverà di nuovo il tempo della “micragna” e senza un piano B di riforme sarà la fine

Ivan Cavicchi - quotidianosanità.it 10 maggio 2022

Dopo il pieno di finanziamenti durante la pandemia, con la guerra in corso e lo spettro di una nuova recessione in arrivo non è difficile ipotizzare che per la sanità il gioco del finanziamento al rialzo di Speranza abbia i giorni contati e senza una riforma vera a vincere sarà solo la sanità privata

Vorrei introdurre un concetto, poco usato se non sconosciuto almeno da parte di coloro che scrivono abitualmente su questo giornale che è “con-significanza”.

Se discorsi diversi fatti da persone diverse hanno lo stesso significato di fondo allora essi sono con-significanti. Per questa ragione la con-significanza è un importante criterio empirico di verità.

Personalmente fin dall’inizio sul PNRR ho espresso un giudizio politico negativo (QS 26 aprile 2021) prendendo le distanze dai suoi tanti apologeti e dalle loro, almeno per me, insopportabili semplificazioni.

Ho affermato che, in realtà, con il PNRR avevamo a che fare con una politica fortemente regressiva, quella di una sinistra che non è più di sinistra perché senza idee, che nel tempo avremmo pagato a caro prezzo perché dopo una pandemia rifiutarsi a priori di riformare il sistema per limitarsi, a contraddizioni invariati, a potenziarlo, avrebbe portato il nostro sistema sicuramente ad una crisi pubblica per insostenibilità e quindi a dare un altro colpo mortale all’art. 32.

La regressività della sanità ne causa la de-qualificazione favorendone la privatizzazione. Il privato cresce solo se il sistema pubblico è regressivo.

Torniamo alla con-significanza. Ieri su questo giornale ho letto due interessanti articoli scritti rispettivamente da Fabrizio Starace sullo stato della salute mentale e da Fabrizio Bianchi e Mauro Valiani sui problemi della prevenzione primaria.

La loro “con-significanza” pur essendo sanitariamente settori molto diversi è impressionante.

La cosa che mi ha subito colpito è che questi due importanti settori ognuno per proprio conto, in questi anni, per salvarsi dall’ignominia economicistica, hanno tentato entrambi, in competizione con gli altri settori, di trovare protezione attraverso un vincolo di spesa nel tentativo di obbligare le regioni ad assegnare loro tassativamente rispettivamente il 5% e il 6% del fondo.

Le cose evidentemente sono andate storte al punto che Fabrizio Starace nel suo articolo parlando di un “cedimento strutturale” della salute mentale sollecita con forza “la necessità di uno straordinario intervento ordinario”. In parole povere perfettamente in linea con la logica dell’invarianza del PNRR a sistema dato ci dovete dare più soldi.

Dal canto loro sia Bianchi che Valiani, pur sollecitando addirittura un cambio di paradigma, alla fine dicono sostanzialmente la stessa cosa lamentandosi del fatto che sono scomparse le risorse per il potenziamento dei dipartimenti di prevenzione e che è stato cancellato lo stanziamento di 50.190.000 euro.

A scanso di equivoci dico che sui soldi neanche io sono disposto a sputarci sopra. So bene che senza soldi al massimo si fanno le nozze con i fichi secchi. Anzi facendo il verso al vecchio Baumol so bene che la sanità è inevitabilmente “cara come suonare Mozart”.

Ma detto ciò e constando che a sistema invariante, in questa fase, tutti chiedono soldi; quindi, tutti sollecitano una crescita della spesa sanitaria, per altro già cresciuta in modo abnorme a causa della pandemia, faccio una semplice domanda tanto a Starace che a Bianchi e a Valliani: e se i soldi non ci sono che si fa? Cioè oltre il rifinanziamento che chiedete almeno per salvare il salvabile avete o no un piano B?

Se non ce l’avete preparatevi al peggio cioè preparatevi ad essere seriamente ridimensionati dal teorema assurdo di Speranza che però anche voi avete accettato senza battere ciglio, sulla possibilità di potenziare il sistema a sistema invariante contando sulla possibilità di un rifinanziamento infinito.

Oggi siamo come dicono gli analisti quasi in recessione e secondo me il problema politico più grande che ha la sanità si chiama Speranza, vale a dire

un ministro di sinistra che però sulla sanità non ha nessuna strategia efficace all'altezza delle sfide reali e che ci propone una politica che si basa solo ed esclusivamente sulla possibilità impossibile di rifinanziare all'infinito quello che c'è.

Esattamente quello che, in modo con-significante, chiedono Starace, Bianchi e Valliani. Rifinanziare quello che c'è in modo straordinario fregandosene dell'economia e senza ridiscutere l'ordinario.

La difesa dell'ordinario mi ricorda l'onorevole Grillo cioè un ministro della salute che parlava di cambiamento ma priva di una strategia di riforma e convinta alla fine che per risolvere i problemi della sanità bastava solo agire sulla leva del finanziamento. Cioè bastava per la salute mentale o per la prevenzione, per esempio, fissare dei vincoli di allocazione delle risorse.

Il presupposto del potenziamento quindi del rifinanziamento infinito del sistema di Speranza è sbagliato e del tutto implausibile. Esso è semplicemente un modo per spalancare le porte al privato.

Al momento della nascita del governo Draghi scrissi su questo giornale (QS 15 febbraio 2021) che Speranza non andava rinominato perché non era il ministro giusto né per Draghi né per la sanità. Nessuno fiatò compresi i miei amici con-significanti, compresi i tanti apologeti del PNRR, compresi i tanti guardiani a parole dell'art. 32.

La miopia di questo ministro e della sinistra che egli rappresenta la pagheremo cara, ma non solo la sua, anche quella di chi pensa che con una pandemia, una guerra, una recessione economica oggi sia possibile finanziare l'ordinario nelle sue varie forme in modo straordinario e senza dare in cambio nessuna contropartita di cambiamento di nessun tipo. Cioè a contraddizioni invariati.

Mi permetto di suggerire ai miei amici con-significanti di cominciare a porsi il problema di un eventuale piano B.

Datemi retta, presto per la sanità arriverà il tempo della micragna.



Luca SANCRICCA

Progettista del Metaverso | Connected Healthcare Specialist | Digital Innovator

Parla di #formazione, #simulation, #smartworking, #digitalhealth e #realtàaugmentata

Milano, Lombardia, Italia

 iGoOver srl

 Scienze dell'informazione - UNIMI

iGoOver srl

6 maggio 2022

Continua la visita di Zuckerberg in Italia. Oggi la parola **#metaverso** sta diventando di uso comune, ma quanti ne conoscono il vero significato. Oggi vediamo articoli di giornale nei quali si parla di acquisti di immobili, di barche e in generale di luoghi virtuali a prezzi fantastici. Questo rischia di essere forviante e presentare il Metaverso come un gioco per ricchi. E allora che cos'è? Cercherò di spiegarlo velocemente e spero semplicemente. Per metaverso si intende uno spazio virtuale popolato dai nostri **#avatar**, ovvero le nostre repliche digitali. Il **#cyberspazio** si frequenta utilizzando dei dispositivi indossabili, come i visori **#VR**, che ci permettono di immergerci in questi spazi virtuali. Si tratta di una rivoluzione che è paragonabile alla comparsa di internet, infatti ci permette di cambiare la nostra esperienza digitale passando da una rappresentazione del mondo in 2D a una rappresentazione 3D molto più vicina alla nostra esperienza nel mondo reale o dimensione cartesiana. Ciò sta cambiando il modo di comunicare, di fare **#formazione**, di interagire (infatti nel Metaverso gli avatar comunicano e interagiscono tra loro), ma anche di lavorare e in generale di vivere gli spazi. Oggi la co-location, cioè la continuità tra spazi reali e virtuali, sta diventando un dominio dell'**#architettura** introducendo nuove modalità per lo **#smartworking**. Ma le novità non si fermano qui. Ne parleremo più diffusamente nei prossimi post. Seguiteci.

IL PARADOSSO DEL MENTITORE

io sto mentendo

se è vero quello che afferma

allora sta mentendo

e quindi non dice il vero

La frase seguente è falsa

La frase precedente è vera

Linee guida

**La procedura deve
essere asettica e con
materiali sterili**

**Ministero Salute
Nomenclatore tariffario**

**cateteri sterili
sacche urine non sterili**

LA MENZOGNA E L'EVIDENZA

MINISTERO DELLA SALUTE 2011

la menzogna

**l'uso di materiale
non sterile è residuale**

APRILE 2011



Il parere del Ministero **offre tutte le indicazioni che un professionista può ben utilizzare** per raggiungere gli obiettivi professionali posti a vantaggio dei propri pazienti.

*La presidente
Annalisa Silvestro*

la presidente degli infermieri

ANNALISA SILVESTRO

CANDIDATA IN LOMBARDIA PER IL PARTITO DEMOCRATICO AL SENATO

ha mentito

così è diventata senatrice

Professione senza etica e senza onestà?

Email certificata

Gentile Dott.ssa Barbara Mangiacavalli,
Presidente FNOPI

dopo l'ennesimo invito a prendersi cura del problema deontologico per la prevenzione delle infezioni (gennaio 2016, dicembre 2016, dicembre 2017) mi chiedo se è possibile diradare i dubbi manifesti dalla evidente realtà.

L'attuale quadro normativo della Professione è assolutamente chiaro nel descrivere il profilo di responsabilità richiesto all'infermiere? È evidente che nella prassi quotidiana non sempre il professionista risponde al suo mandato prioritario ovvero essere il responsabile della prevenzione delle infezioni? È evidente che sia gli OPI che la FNOPI (nonché gli organismi precedenti) hanno scelto di ignorare il problema che dura ormai da quasi 40 anni? È evidente che le società scientifiche mediche e infermieristiche hanno scelto di ignorare il problema? È evidente che il Ministero della Salute è responsabile della mala-situazione normativa? È evidente che la malasanita che deriva da tutto questo appanna la funzione etica e l'autorevolezza della cura?

Ecco, che il tema del 5° convegno Slow nursing, coglie l'essenza della professione "il divenire infermiere, orgoglio e tenerezza". Il rispetto di questi sentimenti, non separabili, deve guidare il percorso verso la costruzione dell'identità dell'infermiere e il conseguente riconoscimento sociale. Quindi orgoglio quale determinazione ad assumere la responsabilità etica dell'assistenza sospinta dalla tenerezza della relazione con la persona.

A questo punto le rinnovo l'invito al convegno di marzo 2019, chiedendo nel contempo alla FNOPI una presa di posizione chiara sul quesito deontologico "presidi sterili o non sterili? Le preciso, e ne sono rammaricato, che se decide di onorarci con la sua presenza, l'organizzazione non può sostenerne le spese, in quanto quest'anno il convegno non ha alcun finanziamento.

Nel caso non le fosse possibile partecipare, la invito ad inviare un suo contributo utile alla discussione durante il Convegno e che verrà inserito negli Atti.

Nell'attesa, invio cordiali saluti

Mestre 26 novembre 2018

Luciano Urbani, Coordinatore Slow nursing

Allegati:

Locandina Convegno Slow nursing Mestre 2019

Brochure Convegno Slow nursing Mestre 2019

Invito a Slow nursing Mestre 2019

quale catetere per la cura?

E-mail del 04 settembre 2021

Egr. Dr. Urbani, mi permetto di scriverle perché conosco le sue vaste conoscenze e competenze soprattutto in ambito urologico; è grazie a lei, per esempio, che ho conosciuto la valvola cateterica (mai proposta e usata a Bologna, ahimè!) la quale ha ridotto drasticamente le infezioni di cui soffriva mio padre oltre ad avere aumentato molto il comfort di utilizzo.

Sintetizzo brevemente la situazione di mio padre: 93 anni, portatore da molti anni di catetere vescicale perineale. Molti anni fa è stata creata una nuova via di uscita (tra scroto e ano) perché le numerose stenosi uretrali hanno richiesto molti interventi di ricostruzione e, dopo tanto patire, il mio babbo ha scelto di mantenere il catetere perineale piuttosto che affrontare l'ennesimo intervento di ricostruzione dell'uretra peniena con successiva ricanalizzazione.

Ha conservato lo stimolo a urinare ed essendo del tutto lucido, apre autonomamente la valvola e provvede a svuotare la vescica.

Il catetere è del tipo trasparente, in silicone, e viene cambiato ogni 35 giorni circa.

Ieri l'urologo ha inserito un catetere diverso, giallino, non trasparente, direi in lattice, ma non sono sicura. Questo perché non aveva a disposizione il solito catetere, quindi non per motivi "medici".

Secondo lei quale è preferibile?

Sembra che sia diminuito il problema che si verifica soprattutto di notte, cioè la fuoriuscita di urina tra uretra e catetere, ma non vorrei che con un catetere diverso da quello solito in silicone si creassero altri problemi (incrostazioni, proliferazioni batteriche, ...) Grazie per l'attenzione, e un cordiale saluto. M.

La mia risposta

Buongiorno signora M., se il catetere è in lattice va cambiato prima, ma dipende dalla situazione particolare di ognuno (qualità delle urine, ecc.).

Sicuramente il catetere in silicone garantisce maggiore sicurezza, anche se a volte viene tollerato meno. La diminuzione degli episodi di perdita d'urina, sono legati al nuovo catetere? Se è così significa che il catetere in lattice è meno irritante per suo padre. Stia a vedere come va. Certamente una situazione stabile non è opportuno cambiarla. Quindi si assicuri che il prossimo cambio sia effettuato con un catetere in silicone.

Una precisazione: non sono laureato quindi non sono dottore (ho il diploma di infermiere professionale, corso regionale 1981-1984, quando ancora non c'era il corso universitario) e sono in pensione. Un caro saluto. Luciano

quale operatore per la cura?

E-mail del 05 settembre 2021

Gentilissimo Luciano, la ringrazio infinitamente per la sua pronta risposta ai miei dubbi. Desidero farle sapere che se il mio babbo è arrivato a 93 anni è anche grazie ai suoi consigli preziosissimi e a quanto lei ci ha insegnato circa la gestione del catetere vescicale.

La valvola cateterica, in particolare, è stata per mio padre uno strumento estremamente funzionale che ha anche ridotto drasticamente (direi annullato) le infezioni e le emorragie vescicali cui andava soggetto.

Tra l'altro il mio babbo è non vedente (ha perso la vista a 8 anni) quindi può immaginare quale comodità è stata per lui la valvola.

Io credo che sarebbe indispensabile istituire, analogamente al "medico di base", l'"infermiere di base" senza il quale la gestione degli ammalati a domicilio è estremamente difficoltosa come ho potuto recentemente constatare nella cura di mia madre. Grazie ancora di tutto, caro Luciano, e un cordiale saluto. M.

TRANSIZIONE INFERMIERISTICA

Credo seriamente che la nascita del Super-OSS segnerà la fine dell'Infermieristica in Italia; ora possiamo aspirare a diventare mini-Dottori”.

Riccardo, Infermiere - Assocarenews - 20 maggio 2022

Egr. Direttore, leggo da mesi le polemiche sulla nascita del Super-OSS in Veneto e sono meravigliato per il silenzio assoluto della dirigenza infermieristica e ordinistica in merito a questa questione. La nascita di questa nuova figura professionale a mio avviso segna la fine della professione Infermieristica.

Ora non ci resta che provare a fare un passo in avanti e cercare di diventare mini-Dottori o Super-Infermieri con competenze medica, altrimenti per noi sarà una catastrofe dal punto di vista lavorativo e non solo.

Prevedo già migliaia e migliaia di disoccupati tra gli Infermieri. Le aziende, soprattutto nel privato, tenteranno di assumere o di formare sempre più Super-OSS: costano meno, fanno le stesse cose che fanno gli Infermieri e soprattutto obbediscono agli ordini.

Sono avvilito per quanto sta accadendo e prevedo ulteriore confusione di ruoli tra Infermieri e personale di supporto, che a questo punto possono festeggiare la quasi totale autonomia.

Questo è tutto. Speriamo bene, ma vedo un futuro molto nero per tutti noi che abbiamo studiato tre anni, ci siamo masterizzati più volte e abbiamo conquistato anche la laurea magistrale o il dottorato di ricerca. Oggi sono tutta carta straccia.

La fine dei funzionari zombi

VALTER FASCIO

Come sempre fummo buoni presaghi. Mentre erano obbligati a passare il loro tempo a pianificare burocrazie (e non ad assistere le persone) gli altri pianificavano la loro fine, lasciandoli nel limbo.

PERCHÉ L'INFERMIERE NON È UN PROFESSIONISTA? PERCHÉ NON HA IL GIURAMENTO ETICO

Consapevole dell'importanza e della solennità dell'atto che compio e dell'impegno che assumo, giuro:

di esercitare l'infermieristica in autonomia di giudizio e responsabilità di comportamento contrastando ogni indebito condizionamento che limiti la libertà e l'indipendenza della professione;

La celebrazione della morte

Michele Serra - Repubblica 26 maggio 2022

Queste stragi di bambini negli Stati Uniti (più di 45mila morti all'anno per armi da fuoco!) sono abominevoli quanto una guerra, e senza nemmeno le ragioni, pretestuose o meno, di una guerra. Non c'è un torto da vendicare, non il fantasma di una nazione da resuscitare: c'è la morte, solo la morte da celebrare, in un giorno qualunque. Quelle stragi nelle scuole sono il pozzo dal quale non c'è risalita, il male che non sente nemmeno il bisogno di definirsi, il più irrimediabile presagio di estinzione, la pazzia al potere, Satana che si manifesta persino a chi non crede che esista. Una società che genera, in forma oramai strutturale, questo orrore, e non è capace di fermarsi, e ripensarsi daccapo, dalle radici, è una società che non ha domani. Il governatore del Texas, e tutti gli uomini di potere che, contro l'evidenza, continuano a benedire le armi da fuoco come simulacro della libertà americana, evidentemente considerano gli americani, bambini compresi, carne da macello, e la cosiddetta libertà un feticcio, un totem, un idolo al quale fare sacrifici umani. Non c'entra niente il pregiudizio antiamericano, c'entra il giudizio sulle azioni umane. Un Paese nel quale è lecito rimpinzare di armi ogni casa, e comprare un fucile da guerra è un gesto alla portata di qualunque ragazzino, non è un Paese che può esercitare una leadership morale credibile. Una legge che metta fine a questa abominevole libertà di sparare sarebbe un segnale di speranza per il mondo intero: ma da quanti anni la aspettano inutilmente, gli americani pacifici, e con loro gli esseri umani che odiano la violenza?

America

**culla della civiltà della cura
condanna l'aborto e promuove l'omicidio**



Cucù

**di Sebastiano
Messina**

I grandi misteri degli Usa sono tre. Il primo è l'Area 51. Il secondo è l'assassinio di Jfk. Il terzo è quale logica giuridica spinga lo stesso Stato che punisce con dieci anni di carcere la donna che abortisce un feto appena concepito a considerare il libero acquisto di un fucile d'assalto capace di fare una strage di bambini un diritto sacro, naturale e inscalfibile.

Repubblica 26 maggio 2022

Suggerito da Renzo Paniccia

**DIRE QUELLO CHE SI FA E FARE
QUELLO CHE SI DICE DI FARE
BEPPE DALL'ACQUA**