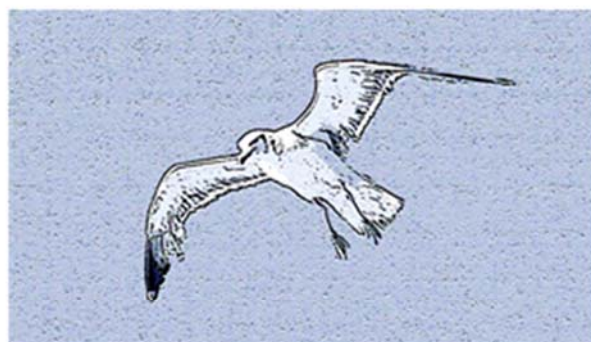


Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



ipotesi infermiere

LA PASSIONE PER LA CURA

SABATO 3 MARZO 2018

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI
Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

con il patrocinio di



Venezia

EVENTO ECM FREE

Atti e Contributi

SLOW NURSING

IPOTESI INFERMIERE

LA PASSIONE PER LA CURA

Atti e Contributi

Convegno di Zelarino (VE) 3 marzo 2018

PRESENTAZIONE

Stefano Maso - *Professore Associato di Storia della Filosofia Antica, Università Ca' Foscari di Venezia - Presidente SFI – Società Filosofica Italiana – Venezia*

Il rapporto tra il paziente e l'infermiere

Fondamentalmente è una questione di dignità, nel senso pieno del termine. In generale, il rapporto tra esseri umani discende dal riconoscimento reciproco delle identità al di là del ruolo e si traduce in azioni tese ad avvalorarne le caratteristiche oppure a disprezzarne l'essenza.

Ci sono situazioni sociali particolarmente delicate in cui alcune occasionali differenze di *status* determinano incomprensioni e tensioni. Tra tutte: l'ambiente educativo e quello ospedaliero. Non sono ambienti particolarmente lontani; in entrambi i casi qualcuno sembra dipendere da qualcun altro: l'allievo dal maestro, il paziente dal medico e dall'infermiere. In entrambi i casi sono in campo questioni etiche, economiche e fisiche: la salute dell'anima e la salute del corpo (sempre che i due versanti siano tranquillamente scindibili).

Nell'ambiente ospedaliero soprattutto la sensibilità del paziente e quella del medico e degli operatori merita una specifica riflessione: da un lato sembra aprirsi un 'mondo nuovo', alternativo all'esperienza abituale di lavoro e di impegno nel tempo della quotidianità; saltano i ritmi biologici insieme a quelli affettivi. Il gioco tra attesa e certezza si sviluppa secondo sottili e non sempre chiare dinamiche che producono tensioni e pretese. A una specifica richiesta dovrebbe corrispondere – secondo il consolidato schema causa/effetto della vita abituale – una risposta coerente. Invece, non immediatamente il paziente riesce ad adattarsi alla nuova condizione: una condizione di dipendenza e, spesso, di sorpresa delusione nei confronti di se medesimo. Il paziente e i suoi familiari dapprima esigono e poi sperano di essere compresi.

Dall'altro lato, il medico e gli infermieri: nella moderna concezione occidentale della vita ospedaliera essi sono consapevoli del loro ruolo, dei diritti loro e del paziente e, soprattutto, del significato della 'cura'. Tuttavia le condizioni lavorative (oggettive, ma anche derivate: cioè quelle legate alla retribuzione) non sempre facilitano il realizzarsi della migliore forma d'interazione tra operatore ospedaliero e paziente, come attestano molti degli interventi registrati nel corso degli appuntamenti del "Laboratorio di pensiero" consacrato allo "slow nursing", e alcune delle relazioni che ne sono seguite. Anche in questo caso i problemi possono derivare dal difetto nella concezione del rapporto e da una consuetudine standardizzata nell'approccio. Il concetto di *advocacy* è declinato per lo più in direzione formale e se il paziente si appella ai codici di procedura (se ne è in grado), parallelamente infermieri e medici possono, di converso, appellarsi alle cosiddette "Linee guida", finendo spesso per praticare un tipo di medicina "difensiva" in cui si bada essenzialmente non tanto al vantaggio del paziente, quanto piuttosto alla tranquillità generata dal rigoroso rispetto delle norme. L'efficacia apparente di questa strategia da un lato salvaguarda la struttura nel suo complesso, dall'altro contribuisce a perdere di vista la questione più importante: la salute fisica e la possibilità effettiva di guarigione.

In realtà, piccoli gesti apparentemente insignificanti risultano decisivi, oltre alla professionalità e alla competenza specialistica: lo sguardo gentile e disponibile, la preoccupazione per la salute del malato che coincide con l'esplicitazione più autentica della propria serietà nel lavoro, la condivisione di un'esperienza che può essere transitoria e breve, ma che comunque rimane formativa: per il paziente e, insieme, per l'operatore ospedaliero; la parola che invita al coraggio nella consapevolezza che il dolore e la morte appartengono all'essenza dell'uomo.

Assicurare il rispetto reciproco diventa fondamentale. Il malato impara progressivamente a gestire la propria sofferenza se coglie la disponibilità che diventa interesse e condivisione da parte dell'operatore; per parte sua, l'operatore vede nell'altro il versante realistico della vicenda umana, senza maschere e senza false illusioni. Entrambe le parti in gioco recuperano per questa via la dignità che deve appartenere a chi seriamente aiuta e a chi drammaticamente soffre.

Mi pare che tutti gli interventi qui raccolti abbiano saldo, sullo sfondo, proprio questo: l'esigenza di riferirsi alla "dignità" e alle sue implicazioni non solo teoriche, ma soprattutto reali nel rapporto tra paziente e infermiere. Sia nelle brevi comunicazioni e testimonianze, sia nei più articolati contributi nei quali a tema sono poste questioni tecniche, giuridiche, emozionali, teoriche.

Si riflette sul 'flusso del tempo', sul 'sogno e la vita', sulla 'passione', sulla 'terapia e la cura', sulla 'robotica', sul cosiddetto 'paziente migrante', sulla gestione del 'fine vita' e dell'"ansia", sulla 'speranza' e sulla 'delusione'.

Si commenta l'"uso del tu", l'interpretazione del 'nursing' come 'arte', la 'fragilità dell'essere umano', la 'routinaria esistenza' dell'infermiere, il problematico 'uso del web' nel confronto tra professionisti ospedalieri.

Si evocano filosofi e pensatori: da Eraclito a Maria Zambrano, da Agostino a Heidegger, da Beckett a Cacciari, da Barthes a Foucault.

Si citano scienziati e specialisti: da Gadown a Benner, da Russinova a Murialdo.

Il presente volumetto testimonia l'esistenza di un pensiero e di una volontà non disposti ad accontentarsi di un'esperienza lavorativa 'reificata': dove cioè ogni gesto è normato e reso meccanico al punto che il paziente, perdendo la sua umanità, finisce per rendere inconsistente (se non estranea od ostile) l'opera dell'infermiere e del medico. Si deve a Luciano Urbani il tentativo di rendere espliciti questo pensiero e questa volontà.

RICHIESTA DI PATROCINIO A 80 COLLEGI AL 08-02-2018

9 COLLEGI HANNO RISPOSTO POSITIVAMENTE



Collegio Provinciale
IPASVI LECCE

COLLEGIO
PROVINCIALE
IP.AS.VI.
FERRARA



www.ipasvife.it



IPASVI
COLLEGIO DI TERAMO



OPI UDINE



IPASVI
GORIZIA



IPASVI
Brescia



Collegio Provinciale
IPASVI BAT
BARLETTA - ANDRIA - TRANI

17 COLLEGI

HANNO NEGATO IL PATROCINIO:

**AGRIGENTO – ANCONA – BELLUNO – BERGAMO
CREMONA – FIRENZE-PISTOIA - GROSSETO – LECCO
LIVORNO – LUCCA – NAPOLI - PARMA – RAVENNA -
REGGIO EMILIA - SONDRIO –TORINO – VICENZA**

54 COLLEGI

HANNO IGNORATO LA RICHIESTA

Concessione patrocinio Collegi/Ordini Provinciali

GENOVA 30 novembre 2017

In riferimento alla richiesta in oggetto si comunica che il Consiglio Direttivo ha deliberato in data 29 novembre 2017 il patrocinio per l'iniziativa che si terrà il 03 marzo 2018. Cordiali saluti. Collegio Provinciale IPASVI

FERRARA 20 dicembre 2017

Il Consiglio Direttivo ha deliberato di concedere il Patrocinio Morale Gratuito al 4° Convegno Slow Nursing, dal titolo: Ipotesi Infermiere LA PASSIONE PER LA CURA che si terrà in data 3 Marzo. Nell'augurare buon lavoro, porgiamo cordiali saluti. Il Presidente Sandro Arnofi

LECCE 18 dicembre 2017

Con riferimento alla Vostra gradita richiesta si comunica che il Consiglio Direttivo, nella seduta n.13 del 14 dicembre 2017, ha deliberato di concedere il patrocinio al Vostro convegno dal titolo: "Slow nursing, il tempo per l'assistenza. Laboratorio di Pensiero" che si terrà, in data 03 marzo 2018. Si coglie l'occasione per porgerLe, cordiali saluti. Il presidente Dott. Marcello Antonazzo

TERAMO 28 dicembre 2017

Il Collegio è lieto di concedere il patrocinio per il Convegno Slow nursing del 03 marzo 2018 " Ipotesi Infermiere -la passione per la cura". Si coglie l'occasione per porgere distinti saluti. Il Presidente Cristian Pediconi

GORIZIA 10 gennaio 2018

Con molto piacere si concede il Patrocinio e l'uso del logo del Collegio a titolo gratuito, come richiesto, per il 4° Convegno Slow Nursing che si terrà il 3 marzo 2018. Augurando un felice esito del Convegno invio cordiali saluti. La Presidente. Dott.ssa Gloria Giuricin.

BRESCIA 12 gennaio 2018

Esaminata la richiesta è con grande piacere che il Consiglio Direttivo concede il proprio patrocinio all'iniziativa in oggetto che si terrà il prossimo 3 marzo. Formulando i migliori auguri per il successo dell'iniziativa, porgiamo distinti saluti. La Presidente. Dott.ssa Stefania Pace

BARLETTA-ANDRIA-TRANI 2 febbraio 2018

Con la presente si concede il patrocinio gratuito per il convegno SLOW NURSING 3 MARZO. Distinti saluti. Il Presidente dr. Giuseppe PAPAGNI

MILANO-LODI-MONZA e BRIANZA 8 febbraio 2018

Con riferimento all'evento sopra indicato, ci complimentiamo per la manifestazione e siamo lieti di comunicare che il Consiglio Direttivo esprime il proprio favorevole parere al patrocinio per l'iniziativa. Il Presidente Dott. Giovanni A. Mutillo

Invito al Convegno di Zelarino del 3 marzo 2018

Ma serve proprio un altro convegno sulla professione infermiere?

Ancora parole, parole, parole....?

Non è che forse serve a capire? Ma a capire cosa?

Forse a capire quelli... che....

Quelli che non vedono grandi futuri rosei per la professione? oh yes!

Quelli che pensano che la professione è morta, e gli infermieri che vediamo sono solo zombie? oh yes!

Quelli che non vanno più a votare per il Collegio perché non ci credono? oh yes!

Quelli che siamo noi infermieri a credere poco in noi stessi? oh yes!

Quelli che dicono perché dovrei avere fiducia, cosa ci guadagno? oh yes!

Quelli che scrivono sul web delle "flatulenze intellettuali" degli infermieri, e raccolgono facilmente audience con pubblicità e le storie di gattini carini? oh yes!

Quelli che cosa ci posso fare, mi adatto perché tengo famiglia? oh yes!

Quelli che scrivo che lo faccio ma invece non lo faccio? oh yes!

Quelli che timbrano il cartellino perché sono un po' furbetti? oh yes!

Ma allora cosa ci resta? Forse solo i sogni?

Quanto sono affascinanti i sogni, i desideri, l'immaginario, la fantasia, il fantastico, il magico, il mistero, l'incanto, la realtà.

Se il sogno, qualsiasi sogno, ha dignità tanto quanto il reale allora si può scegliere indifferentemente l'uno o l'altro.

Nel modo di dire comune si dice: realizzare un sogno. Bello!

E l'assassino quale sogno realizza?

Mentre i medici possono tranquillamente scioperare contro i cittadini per pretendere privilegi e maggiore potere, cosa sognano gli infermieri?

Forse l'emancipazione della professione?

Forse più diritti?

No, non diritti ma i doveri!

Esserci, nel ventunesimo secolo dove non ci sono più diritti, significa che dobbiamo pretendere i doveri: il dovere di essere cittadino, il dovere di essere onesto, il dovere di essere infermiere!

Il dovere del tempo per la cura ecco il vero problema della professione infermieristica.

Slow nursing Zelarino 2018: non è un convegno per tutti!

Slow nursing è un laboratorio di pensiero per persone motivate a capire e che non si rassegnano alla miseria del quotidiano e scelgono di esserci.

Esserci per un incontro di intenti per elaborare progetti per lo sviluppo della cultura della cura. E noi vogliamo esserci a Zelarino 2018!

Luciano Urbani - coordinatore Slow nursing

Partecipazione gratuita per infermieri, operatori sanitari e cittadini interessati previo iscrizione sul sito www.slownursing.it nell'area riservata

nome utente: **slownursing** password: **venezia**

questo il link: <http://www.inferweb.net/loginconvegno.php>

Per informazioni: slownursing@inferweb.net www.slownursing.it

Lettera via PEC 07 dicembre 2017

Gent.le Dott.ssa. Barbara Mangiacavalli

PRESIDENTE FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

Oggetto: 1 Responsabilità deontologica dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale. 2 Invito al Convegno Slow nursing – 03 marzo 2018 – Zelarino - Venezia

Io sottoscritto Luciano Urbani, infermiere di Mestre, non avendo ricevuto riscontro alla precedente richiesta del 08 gennaio 2016, come pure del 09 dicembre 2016, richiedo per Suo tramite al Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI una risposta al quesito sulla responsabilità professionale dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale (vedi richiesta alla Federazione del 3 giugno 2009”).

Tutta la corrispondenza compresa la nota del Ministero della Salute, può essere consultata nel sito www.slownursing.it alla voce “Appello alla professione”.

Ricordo le indicazioni del Codice Deontologico dell'infermiere del 2009:

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona ...(Art 3).

L'infermiere si impegna a tutelare la salute con attività di prevenzione,....(Art. 6)

.... si impegna ad operare con prudenza al fine di non nuocere (Art. 9).

....fonda il proprio operato su conoscenze validate attraverso.....la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca(Art.11)

concorre a promuovere le migliori condizioni di sicurezza dell'assistito per la gestione del rischio clinico (Art. 29).

.....di fronte a carenze o disservizi provvede a darne comunicazione ai responsabili professionali(Art. 48).

....segnala al proprio Collegio professionale le situazioni in cui sussistono circostanze o persistono condizioni che limitano la qualità delle cure e dell'assistenza(Art. 51).

Da sempre l'infermiere si trova ad operare in contrasto con il proprio Codice Deontologico, in quanto a domicilio è costretto ad usare sacche urine non sterili per il cateterismo vescicale.

Infatti il paziente a domicilio ha diritto ai cateteri sterili ma non alle sacche raccogli urine sterili. **Nomenclatore Tariffario” DM 332 del 27/8/1999.**

Comunque, spesso anche in ospedale non sono disponibili le sacche urine sterili.

Questa situazione è in contrasto con le norme, raccomandazioni e linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie sin dal 1981.

Tanto più che appare sempre più incombente un'era post-antibiotico”, dove non ci

sono più armi per contrastare le infezioni a causa della resistenza agli antibiotici da parte dei germi. Per cui diventa fondamentale attuare una buona pratica infermieristica veramente autentica comprendente i presidi adeguati alla bisogna.

Come non si può ignorare il Codice Penale. Riferisce Luca Benci, giurista esperto di diritto delle professioni sanitarie:

*“ ...Ricordiamo infatti che può esserci **responsabilità giuridica ai sensi dell’art. 40 del codice penale** quando l’evento dannoso o pericoloso, da cui dipende l’esistenza del reato, non è conseguenza della sua azione od omissione”, ovvero **“non impedire un evento, che si ha l’obbligo giuridico di impedire, equivale a cagionarlo”**.*

*Vengono in mente i **comportamenti contrari alla buona pratica professionale legati alla mancata antisepsi, alla non corretta gestione del presidio, all’utilizzo di presidi impropri (per dimensioni, per materiale), alla mancata corretta gestione del catetere a permanenza ecc.***

Gli esempi appena riportati sono appunto esemplificativi e non tassativi e indicano sia comportamenti indicanti un fare (commissivi appunto), sia comportanti un “non fare” (delle omissioni appunto)”.

Luca Benci La responsabilità dell’infermiere nel cateterismo vescicale, Documento ANPIO Associazione Nazionale Infermieri Prevenzione Infezioni Ospedaliere 2008.

Tale situazione perdura ormai da oltre trent’anni mettendo in grave disagio etico il professionista infermiere che è tenuto per deontologia e per legge ad operare in asepsi e con presidi sterili per evitare le infezioni.

La definizione del quesito diventa ora indifferibile alla luce della Legge 24 /2017 - Gelli rispetto alle responsabilità riguardo il rischio clinico.

Ringrazio per l’attenzione, e rimango in attesa di indicazioni da parte della Federazione per attivare la necessaria discussione al **4° Convegno “Slow nursing: Ipotesi infermiere – La passione per la cura”** in programma sabato 03 marzo 2018 a Zelarino (Venezia) di cui allego il programma.

Intendo segnalare l’apprezzamento per la presenza della Federazione nella persona di Franco Vallicella al convegno dello scorso marzo.

Mi permetta di rinnovarLe l’invito al convegno di marzo 2018, dove sarebbe particolarmente gradito ai colleghi convenuti il Suo saluto e una sua relazione in risposta al problema.

Preciso altresì con dispiacere di non essere in grado di coprire le spese per l’invito, in quanto l’organizzazione è svolta al meglio con i pochi fondi disponibili.

La prego di gradire cordiali saluti.

Mestre 07 dicembre 2017

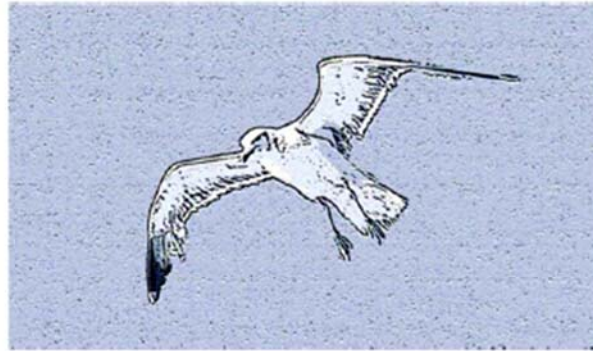
Luciano Urbani
luciano.urbani@inferweb.net
Via Lomellina, 54
30034 Oriago (Venezia)
3355815615

In allegato locandina e brochure del Convegno Slow nursing 03 marzo 2018

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



ipotesi infermiere

LA PASSIONE PER LA CURA

SABATO 3 MARZO 2018

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI
Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

con il patrocinio di



EVENTO ECM FREE REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI



www.slownursing.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
sa Salute in Armonia srl

Provider ECM n. 1371
Via Carracci, 5 - Santarcangelo di Romagna (RN)
Tel. 0541 623123 Fax: 0541 1576535
formazione@saluteinarmonia.it

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

ORGANIZZA IL 4° CONVEGNO

ipotesi infermiere la passione per la cura

SABATO 3 MARZO 2018 ORE 8,30 - 17,30

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI
Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

Modera: Paola Schiavon - Infermiera - Padova
Concetta Brugaletta - Infermiera - Londra

IPOTESI INFERMIERE

- DICHIARAZIONI DEI PARTECIPANTI
- L'INFERMIERE: INDIFFERENZA O RASSEGNAZIONE?
Luciano Urbani - Infermiere pensionato - Mestre
- IL DIRITTO: CHI DIFENDE L'INFERMIERE?
Lauretta Anelli - Segretaria - Associazione Avvocatura di Diritto Infermieristico - AADI
- L'INFERMIERE E' LIQUIDO?
Valter Fascio - Infermiere benedettino - Torino
- RIFLESSIONI AD ALTA VOCE CON IL PUBBLICO

LA PASSIONE PER LA CURA

Conducono: Anna Brescianini - Infermiera - Brescia
Enrico Gianfranceschi - Infermiere - Milano

- COSA SOGNA L'INFERMIERE
Marcella Gostinelli - Infermiera disoccupata - Arezzo
- PASSIONE PER LA CURA: E LA TECNICA?
Carlo Beraldo - Sociologo - Trieste
- IL TEMPO E LA PASSIONE
Giuseppe Goisis - Filosofo - Università Ca' Foscari - Venezia
- DISCUSSIONE INTERATTIVA RELATORI-PUBBLICO

INGRESSO LIBERO:

infermieri, operatori sanitari e cittadini interessati
previo iscrizione obbligatoria sul sito web:

www.slownursing.it

Per informazioni:

slownursing@inferweb.net

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

ipotesi infermiere

Uno spettro si aggira per la professione infermieristica: l'indifferenza. Anzi no: è la rassegnazione. Nulla smuove l'animo, nessuno reagisce nell'afosa abitudine dell'ordinario. L'indistinta figura dell'infermiere soggiace e s'adeguа al consueto affaccendarsi. Viene da chiedersi se è possibile trovare un lumicino di dignità, di ambizione etica, di ricerca alla coerenza, di onestà. Nessuna contraddizione, la situazione è conforme alla società in cui siamo immersi dove dilagano malaffare, speculazione, opportunismo, disonestà, indifferenza. E' possibile continuare ad accettare questo? Si può fare qualcosa? Risulta quanto mai indispensabile incontrare motivazione e spirito di ricerca per attuare un laboratorio di pensiero che apra orizzonti di impegno per il cambiamento. C'è bisogno di un "vento nuovo" che sospinga al confronto e alla crescita, un impulso alla genuina speranza di veder finalmente affermarsi una professione infermieristica matura, responsabile e soprattutto emancipata dall'ausiliarità. Questo incontro è strumento culturale utile, un laboratorio di pensiero, una fucina delle idee dove infondere le energie per conoscere, per capire e infine scegliere di percorrere assieme un progetto per disegnare ed attuare un nuovo sguardo sulla cura, per una professione autentica di infermieri autentici. Requisito alla partecipazione è l'onestà e naturalmente il desiderio di costruire il futuro.

la passione per la cura

Sembra una frase retorica, ridondante. No! Non lo è. E' semplicemente la constatazione della intima essenza della professione di infermiere. Per cui l'infermiere ad ogni attimo, raccoglie tutta l'attenzione al prendersi cura. La modalità di dedicare tutto il tempo necessario al contatto configura l'essere infermiere. Per capire, è sufficiente osservare la disponibilità, il tempo per ascoltare, la dedizione posta alla relazione con la persona paziente, così diversi fra medico e infermiere. Il delitto più grande dei primari, dei coordinatori, dei manager, dei politici è negare la professione all'infermiere. Negare lo strumento fondamentale dell'infermiere: il tempo di cura. Questo laboratorio di pensiero riuscirà a scovare elementi e suggerimenti per capire come sanare una sanità così miope e distratta? La società si può permettere di perdere una così preziosa e indispensabile risorsa umana?

Luciano Urbani

INDICE

Stefano Maso	Il rapporto tra il paziente e l'infermiere	3
Luciano Urbani	Invito al Convegno di Zelarino del 3 marzo 2018	7
Luciano Urbani	Quesito deontologico alla Presidente FNOPI	8
ABSTRACT		
Luciano Urbani	Provocazioni riflessive: Indifferenza o rassegnazione?	14
Lauretta Anelli	Il Diritto: chi difende l'infermiere?	15
Valter Fascio	L'infermiere è liquido?	16
Marcella Gostinelli	Cosa sogna l'infermiere	16
Giuseppe Goisis	Il tempo e la passione	19
Carlo Beraldo	Passione per la cura: e la tecnica?	22
CONTRIBUTI		
Marina Orvieto Da Ponte	Cos'è una struttura	25
Luciano Urbani	Laboratorio di pensiero Slow nursing	27
Francesca Zambonin	Io ci sarò	30
Paola Piccolo	Respirare aria nuova	30
Maria José Amato	Ridare dignità alla professione infermieristica	30
Mara Canzi Anna Grizzo	Slow nursing 2018 – Noi ci saremo!	31
Repubblica 2-01-2018	Perché gli infermieri ci chiamano per nome	31
Marcella Gostinelli	Malati e operatori: come si vive il fine vita nelle strutture	32
Anna Brescianini	Vorrei che l'urlo di pochi diventasse la voce di tanti.	34
Sara Giammatteo	La speranza nel lavoro di cura	35
Fabio Albano	Perché sono qui	39
Enrico Gianfranceschi	Ipotesi Infermiere	42
Valter Fascio	Umanità, fragilità, tenerezza. Un invito allo "short nursing"	44
Maria Teresa Russo	Etica del nursing: appunti per una pratica delle virtù in ambito	47
Luca Sinibaldi	Il ritorno alla realtà	53
Franco Ognibene	La luce del web...le nostre illusioni	54
Concetta Brugaletta	Luce confusa e sterile del web	55
Renata Firpo	Il sentire pietoso della cura	56
Adriana Bianchin	La passione per la cura: vedere e ascoltare	60
Sabina Tutone	Slow nursing, tra Beckett e Pirandello	67
Slow nursing	Cos'è Slow nursing	72
Slow nursing	Manifesto Slow nursing	73
Slow nursing	Principi fondamentali per una deontologia etica	74

ABSTRACT

L'INFERMIERE: INDIFFERENZA O RASSEGNAZIONE?

Luciano Urbani – *Infermiere in pensione – Mestre*

Slow nursing Zelarino 2018: non è un convegno per tutti!

Slow nursing è un laboratorio di pensiero per persone motivate a capire e che non si rassegnano alla miseria del quotidiano e scelgono di esserci.

Esserci per un incontro di intenti per elaborare progetti per lo sviluppo della cultura della cura.

Quanto sono affascinanti i sogni, i desideri, l'immaginario, la fantasia, il fantastico, il magico, il mistero, l'incanto, la realtà.

Se il sogno, qualsiasi sogno, ha dignità tanto quanto il reale allora si può scegliere indifferentemente l'uno o l'altro.

Nel modo di dire comune si dice: realizzare un sogno.

Bello!

E l'assassino quale sogno realizza?

E cosa sognano gli infermieri?

Forse l'emancipazione della professione.

Gli infermieri sono parte della società e contribuiscono alla qualità della sanità.

Quale sanità è possibile se il paladino della salvezza del servizio sanitario pubblico ricatta gli infermieri?

Quale sanità è possibile se un presidente di Collegio degli Infermieri si allea con questo personaggio?

Quale sanità è possibile in una società che permette ai delinquenti di avere gli stessi diritti degli onesti, e addirittura di fare politica?

C'è bisogno di etica per la società? E per la professione infermieristica?

Una professione appiattita a raccolta punti, dove i contenuti e la verifica dell'apprendimento sono irrilevanti e ridotti a pura formalità. Un baraccone burocratico inutile, un creditificio, un grande mercato con intralazzi conflittuali senza rigore e controllo.

Come si definisce un sistema in cui si è obbligati alla formazione e costretti a pagare?

Dov'è la dignità per rivendicare una cultura autentica della professione?

Quale prevenzione delle infezioni è possibile se il Ministero della Salute eroga dispositivi non sterili? A cosa servono linee guida e buone pratiche? E il rischio clinico. E la legge Gelli?

Perché l'Ordine degli Infermieri e l'Ordine dei Medici non prendono posizione?

Quanti corsi, quanta formazione su arresto cardiaco ed emergenza e quanti sulla qualità dell'assistenza alle persone anziane e all'assistenza domiciliare?

Ma a ben vedere il tutto si limita a salvare le vite per poi disinteressarsi di come andrà a finire la persona salvata.

Il malato scomposto a pezzi. Di quale pezzo di malato ci prendiamo cura? Semplicemente il taylorismo della salute.

Quale infermiere per il ventunesimo secolo?

Forse l'infermiere virtuale 4.0 che non può toccare il paziente che ha bisogno?

Il dottore infermiere se manca l'oss pulisce il paziente?

Mentre qualcuno ribadisce che per il dottore infermiere "lavare il culo" è cosa proibita dalla legge!

E il dottore medico, se manca l'oss e l'infermiere pulisce il paziente?

Così il dottore primario se manca l'oss, l'infermiere e il medico pulisce il paziente?

Si può tranquillamente riaffermare che il paziente è al centro della sanità?

Nel frattempo i medici possono liberamente scioperare contro i cittadini per pretendere privilegi e maggiore potere.

La negazione del tempo per la cura è il vero problema della professione infermieristica.

Dall'indifferenza e/o la rassegnazione al coraggio di scegliere di esserci.

Esserci, nel ventunesimo secolo dove non ci sono più diritti, significa che dobbiamo pretendere i doveri: il dovere di essere cittadino, il dovere di essere onesto, il dovere di essere infermiere!

Questa è la speranza per la società e per la professione infermiere: il coraggio di esserci.

IL DIRITTO: CHI DIFENDE L'INFERMIERE?

Lauretta Anelli - Infermiera - Segretaria AADI - Associazione Avvocatura di Diritto Infermieristico – Milano

- Nel 2018 che ruolo riveste l'infermiere nel contesto sanitario post Ddl Lorenzin?
- Quali sono le sue responsabilità?
- Ruolo dei sindacati.
- Perché è importante la cultura del diritto per la professione infermieristica?
- La maggior difesa parte dalla cultura della legalità?
- Chi è AADI?
- Chi è l'infermiere legale?

L'infermiere è liquido? - Valter Fascio. *Ordine di Santa Maria di Ivrea Osb. Infermiere coordinatore. Specializzazione nella Salute Mentale, Master Forense.*

Le parole del titolo si prestano ad importanti approfondimenti per qualificare l'infermiere come professionista autentico "al servizio" della persona. Il servizio alla persona è sovente immateriale e difficilmente riconducibile a prestazioni assolutamente standardizzate. In altre parole, l'infermiere agisce con competenza nei riguardi dell'Altro a partire dalla propria volontà, da ciò che è lui (essere) e da cosa pensa sia l'assistenza infermieristica. Ma egli è anche un membro di una comunità professionale. Il libero declinarsi deve avvenire all'interno di un patrimonio culturale condiviso, senza ambiguità o individualismi interpretativi, a partire da una cornice di riferimento precisa di "che cosa" si intende per "assistenza infermieristica": non soltanto l'esecuzione di azioni scientifiche ma anche deontologicamente corrette. Una risposta che diventa utile alla persona se l'infermiere è l'autore e garante dell'autonomia e tutela di quest'ultima. L'infermiere per essere legittimato socialmente non può prescindere dal dovere di essere responsabile delle proprie scelte sociali e culturali e della ricaduta che queste hanno sulla salute della collettività. Prendersi cura dell'Altro richiede dignità, necessita di tempo e uso del "giudizio clinico" che può estrinsecarsi unicamente per mezzo dell'ascolto di tutte le esperienze uniche e specifiche. Ne consegue che l'infermiere non può "prendersi cura" senza qualità e appropriatezza, oppure se viene "strumentalizzato" da turbolenze burocratiche, organizzative, interprofessionali: ciò pone dei forti dilemmi e il quesito stesso presente nel titolo - che si auspica generatore di risposte - è rivolto direttamente alla cultura organizzativa. Il fine è quello di valorizzare lo spirito e l'identità per rendere più coerente questa figura, che può evolvere solamente con la società stessa di cui è "al servizio", senza suggestioni basate sulla "rimozione" della realtà.

COSA SOGNA L'INFERMIERE

Marcella Gostinelli - *Infermiera - Arezzo*

Prima del Convegno: Il sogno è un fenomeno psichico legato al sonno, caratterizzato dalla percezione di immagini e suoni riconosciuti come apparentemente reali dal soggetto sognante

Io non so se gli infermieri sognano o no e non so, eventualmente, cosa sognano.

Non esiste niente in letteratura che possa dircelo e non esistono spazi di discussione aperti o dedicati dove poterne parlare. Evidentemente non è così importante saperlo. Eraclito è il primo filosofo ad aver detto che "non esisterebbe realtà senza sogno, allora, forse,

se gli infermieri sono solo, ed ancora, una “ipotesi” vuol dire che gli infermieri non sognano.¹

Esiste però:

1. una visione privata, individualistica ed anche illusoria, della figura dell'infermiere immaginale (fantasioso), fra gli infermieri, e la si conosce quando si va a ricercare la loro motivazione intrinseca al lavoro, per esempio durante le analisi organizzative multidimensionali, oppure raccogliendo la narrazione sui vissuti dei primi anni di lavoro in neolaureati infermieri;
2. una visione comune, regressiva, della figura dell'infermiere immaginale, fra gli infermieri, corrispondente a quella che di essi ha la comunità “sveglia” dei dirigenti infermieristici;
3. una visione comune “sveglia” fra i cittadini che non corrisponde alla visione privata, individualistica ed anche illusoria degli infermieri e neanche alla visione regressiva della comunità “sveglia” dei dirigenti infermieristici, è una visione dell'infermiere tipo missionario, riscontrabile nella realtà ma non nell'immaginario infermieristico;
4. una visione opportunistica, comune, fra i professionisti medici della figura degli infermieri che non risponde alla visione privata, individualistica illusoria degli infermieri, ma si avvicina di più a quella dei dirigenti infermieri;

e non esiste però una visione comune “sveglia” fra gli infermieri sulla figura dell'infermiere che talune volte è un professionista e altre volte è un ausiliario del medico e tali altre volte è un missionario. Esso è ciò che si vuole che sia. È nel sonno.

Da qui ipotesi infermiere.

L'approccio soggettivo e limitativo, perché illusorio, dell'infermiere che sogna se stesso e produce, porta però inevitabilmente ad osservare la contrapposizione esistente fra l'infermiere sognato dall'infermiere e l'infermiere visto da chi è sveglio e non lo sogna e gli stessi infermieri “svegli” che vivono il quotidiano lavorativo senza sogno nel sonno. Eraclito dice che non esisterebbe realtà senza sogno, nello stato di veglia gli uomini hanno un solo mondo che è loro comune, nel sonno ognuno ritorna a un suo proprio mondo particolare. Per Eraclito, quindi, mentre il sonno cala nell'oblio e induce distrazione dalle cose del mondo, il sogno apre il soggetto ad un universo proprio, un universo contrapposto e com-

¹ Per indicare i passi di Eraclito faccio riferimento all'edizione di Colli (1988, vol. III), che a propria volta fa riferimento all'edizione Diels-Kranz.

plementare a quello accessibile da svegli (De Paula L, 2009). Conoscere il mondo proprio degli infermieri significherebbe conoscere l'infermiere e definirlo e aspettarselo e correggere ogni deviazione da questo pensiero.

Chi può però voler conoscere i desideri inconsci, motore dei sogni, ma che operano all'interno della psiche degli infermieri? Nessuno, solo l'infermiere consapevole di non essere ciò che dovrebbe essere, e che è solo nel mondo onirico

Occorre dunque che il mondo onirico divenga conosciuto, condiviso e riflesso nelle attività della professione. Oggi insieme discuteremo di questo e sogneremo insieme perché: "mentre il sonno cala nell'oblio e induce distrazione dalle cose del mondo, il sogno apre il soggetto a un universo proprio, un universo contrapposto e complementare a quello accessibile da svegli

Dopo il Convegno:

Come rileva Foucault: «il sogno in sé stesso, e con tutti i significati d'esistenza che porta con sé, uccide il sonno e la vita che si addormenta. Non bisogna dire che il sonno rende possibile il sogno" poiché è il sogno che rende impossibile il sonno, destandolo alla luce della morte.»

Aristotele dice in qualche luogo: «Vegliando abbiamo un mondo comune, ma sognando ciascuno ha il suo mondo». Mi pare che si potrebbe benissimo invertire l'ultima proposizione e dire: se di diversi uomini ciascuno ha il suo mondo proprio, è da supporre che essi sognino. Su queste basi, se noi consideriamo quei fabbricanti di castelli in aria, ciascuno dei quali costruisce a sé un mondo del proprio pensiero e lo abita tranquillamente escludendone gli altri [...] attenderemo con pazienza, date le contraddizioni delle loro visioni, che questi signori abbiano finito di sognare. E quando finalmente, a Dio piacendo, essi saranno completamente svegli, quando cioè apriranno gli occhi a uno sguardo che non escluda l'accordo con altri intelletti umani, allora nessuno di loro vedrà cosa che non possa ugualmente apparire manifesta e certa a chiunque altro, grazie alla luce delle loro prove, e i filosofi abiteranno nello stesso tempo un mondo in comune, qual è quello che già da tempo occupano i matematici;»

IL TEMPO E LA PASSIONE

Giuseppe Goisis – *Filosofo, Università Ca' Foscari - Venezia*

Mi sembra molto importante riflettere, per disegnare assieme una possibile “ipotesi infermiere”, riflettere cioè su di un ambito che non riguarda solo aspetti, pur decisivi, professionali e deontologici, ma anche questioni che ci appartengono come cittadini, educatori e anche potenziali pazienti. La dimensione della “cura” è troppo seria, mi sembra, per esser lasciata ai soli tecnici della questione.

Memoria, coscienza e responsabilità mi sembrano i tre fuochi del problema, lottando quotidianamente con le tre forze di gravità costituite dalla rassegnazione, dall'indifferenza e dal rancore. Vorrei insistere, soprattutto, su quest'ultima componente: il rancore. Flussi continui di rancore e risentimento attraversano, in modo spesso travolgente, le nostre vite, contribuendo a renderci ciechi ed inquinando il nostro dovere di serenità di fronte ai compiti di operatori del sistema sanitario, o di educatori.

Spesso, la pressione sociale esercita su di noi un'influenza così grande che è difficile valutare tale pressione; ne cogliamo, sovente, solo gli esiti di frustrazione, con la conseguenza di un'aggressività di cui facciamo fatica a intravedere l'origine; da ciò il malumore, la fretteolosità e talora la rabbia con cui si svolgono le mansioni, dimenticando che esse rappresentano un service, reso alle persone sofferenti.

Due parole su di una questione enorme: quella del tempo. Non c'è generazione dell'umanità che non abbia impegnato il suo pensiero, fino a logorarsi, sulla questione enigmatica del tempo, dando spesso delle soluzioni approssimative, o prendendo la via di fuga del mito.

La problematica del tempo contiene, in se stessa, qualcosa di paradossale; non per nulla Aurelio Agostino scriveva: “Quando siamo noi a parlare del tempo, certo intendiamo e intendiamo anche quando ne udiamo altri parlare. Cos'è dunque il tempo? Se nessuno mi interroga, lo so; se volessi spiegarlo a chi mi interroga, non lo so” (Confessiones, XI 14,17).

In molti ormai conoscono come l'orientamento di scienziati, nella Fisica contemporanea, conduca ad una relativizzazione del tempo; “il tempo non esiste” è solo un comodo slogan, che la maggior parte dei neurobiologi rimprovera ad alcuni divulgatori della Fisica, anche illustri. Ma è innegabile, mi sembra, che prevalga l'orientamento, nei fisici, rivolto a considerare il tempo come relativo e locale, soprattutto a partire dalle indagini fondamentali di A. Einstein.

Mi pare notevole che la Filosofia, seguendo un percorso in un certo modo parallelo, giunga a scorporare il tempo “interno” e “soggettivo” dal tempo degli orologi: Bergson, Husserl e Heidegger delineano il primato del tempo “vissuto”, vissuto individualmente in modo eterogeneo e vissuto alternativamente, e con differente accelerazione, in epoche diverse. Accurate indagini di tipo fenomenologico ci hanno reso consapevoli delle varie modalità con le quali possiamo vivere il tempo, a seconda che la noia, l’angoscia, l’ansia, la paura o la speranza s’imprimano nella nostra esistenza.

Non tutti questi stati d’animo sono reversibili, o da collocare sullo stesso piano: vi sono stati d’animo costruttivi, in grado per esempio di mobilitare tutte le energie interiori per migliorare l’esistenza, e ve ne sono di distruttivi, tali da accasciare le persone, allontanando, nella “cura”, la possibilità della guarigione. A proposito della speranza, tra parentesi, occorre seminarla e coltivarla, come una dimensione positiva e tonica, ma non ubriacare gli altri, per esempio i pazienti, con speranze irragionevoli.

Attenzione, su questo punto, alle “scienze di confine”, che spesso sono delle proto-scienze, rappresentando una specie di regressione a fasi ormai superate della medicina, dispensando illusioni, ma con pericolose fughe nella superstizione e nelle promesse d’onnipotenza della magia.

Il cammino dell’esistenza, dunque, si manifesta come un inoltrarsi nel tempo, gradualmente, passo dopo passo e l’attimo, l’istante si rivela come l’autentico culmine di codesto camminare; enigma vero, arduo da esaurire con alcune spiegazioni, anche perché dovrebbe essere il “nostro” cervello a spiegare ciò che il cervello stesso viene producendo... Enigma inesplicato, ma non “assurdo”: la coltivazione del tempo può donare un briciolo di saggezza alla vita umana, prospettando i suoi limiti, ma anche i barlumi di una ricerca di pienezza, armonia e operosa serenità personale. È importante il tempo della festa, ma anche il tempo feriale, ordinario, punteggiato da piccoli egoismi quotidiani, ma anche eroismi, che nessuno, o ben pochi, osserveranno e noteranno.

In definitiva, nel vortice del flusso del tempo, brillano la ricerca coraggiosa della libertà, la scintilla della coscienza da tener accesa e l’orizzonte della corresponsabilità, fondata dall’approccio empatico, alla ricerca della comprensione dell’altro (umanesimo dell’altro uomo).

Solo parole in libertà, che possono piacere o dispiacere, rincuorare o abbattere? Dipende dal significato determinato che si conferisce alle parole; a “passioni”, termine/concetto più antico, preferisco sostituire “emozioni”, termine/concetto che evoca, in sé, il movimento e il dinamismo, piuttosto che la passività. E le emozioni sono decisive per la “cura”, moti-

vandola e animandola intrinsecamente. Un conto è svolgere il proprio impegno in maniera doveristica e rassegnata, seguendo gli automatismi imparati, un conto è lasciarsi condurre dal filo delle emozioni più costruttive, avvertendo, costantemente, di essere impegnati a lottare per la qualità della vita, contro l'incombenza del dolore.

Un tale impegno, giova forse ricordarlo, non consente frette, o solo azioni meccaniche; esige l'ascolto, la collaborazione e, mi sembra, una concezione qualitativa del tempo, non solo quantitativa e seriale.

Il tempo necessario non sempre coincide con quello programmato e programmabile, e il richiamo, pur indispensabile, ai parametri dell'economicità compatibile e della lotta allo spreco, non può diventare un criterio esclusivo... Occorre soffermarsi, ascoltare e comunicare, lenire anche il dolore mentale, non meno acuto di quello soltanto corporeo (aver presenti le voragini della solitudine che paralizzano le persone, in particolare quelle più sofferenti).

Ricordo che "cura" ha due significati, in parte sovrapposti: il significato più ristretto di terapia e quello più lato del "prendersi cura", in un circuito di dare/ricevere, un po' come nella problematica del dono. Ora, in breve, occorre che le pratiche della "cura", nel senso più tecnico e circoscritto, vengano reimmerse nella dimensione, più ampia e consapevole, dell'atteggiamento di "cura"; intendo dire che bisogna meglio insegnare e imparare il perché si cura e il come ci si approccia all'ammalato: uno sforzo in controcorrente, mi pare, rispetto al nostro mondo, che interpreta anticipatamente ogni problema in chiave tecnica, tendendo a minimizzare altri aspetti, pur così rilevanti.

Nel delineare una nuova "ipotesi infermiere", direi che l'attenzione e il servizio sono due temi decisivi; e, nel prosieguo, il contatto. Riflettiamo su come è fatto un essere umano: è costituito come un'unità profonda, non ha un corpo, è il suo corpo, in maniera che ogni atteggiamento di "cura" deve tener conto di questi due aspetti compenetrati, e quindi inscindibili. Allora non basta la parola, che pure è capace di logoterapia, avendo potere sul dolore e rincuorando la persona sofferente; occorre anche la delicatezza del contatto, in grado di far sentire la potenza solidale, la vicinanza delle operazioni di cura, in uno scambio che, solo superficialmente, può dirsi unilaterale.

Senza un eccessivo stress, senza bruciare gli operatori, che potrebbero perdere la necessaria serenità e attenzione, occorre, tuttavia, che lo scambio evocato sia autentico, non semplicemente esibito, passando dunque da un cuore egoista ad un cuore che batte per il dolore delle persone "in cura": difficile, ma non impossibile.

PASSIONE PER LA CURA: E LA TECNICA?

Carlo Beraldo - Sociologo - *Ist. Regionale per gli studi del servizio sociale - Trieste*

E' un titolo assai emblematico quello scelto per il Laboratorio di Pensiero 2018: intrecciare passione e cura nell'azione professionale dell'operatore sanitario schiude questioni assai complesse, sempre se si voglia evitare semplicistiche adesioni emotive.

Già il termine passione, rappresentando etimologicamente sia la sofferenza soggettivamente vissuta sia l'emozione che tende a oltrepassare la ragione per situazioni fortemente coinvolgenti anche di segno positivo, apre questioni pesanti riguardo alla intensità emotiva che è opportuno debba qualificare la relazione operatore-persona da assistere nei contesti di cura. L'oggettiva ineguaglianza di ruolo e di condizione esistenziale tra i due non può che indurre, da parte dell'operatore, a stabilire per ciascuna situazione professionalmente vissuta il grado di coinvolgimento affettivo ritenuto adeguato per esprimere un efficace aiuto alla persona in condizione di bisogno verso la quale è attivo un impegno di cura.

Ritengo sia nella giusta coniugazione tra elementi professionali e aspetti antropologici qualificanti la comune condizione umana il riferimento di fondo in grado di indicare la sollecitudine e l'interesse con cui, di volta in volta, debba esprimersi chi è impegnato nel lavoro assistenziale.

Significato specifico assume invece la "passione" se indica, da parte dell'operatore sanitario (infermiere e non solo questo), il vivo interesse per la professione, ritenuta importante opportunità che contribuisce a dare senso alla personale esistenza proprio perché occasione di aiuto e di solidarietà verso chi soffre.

Il titolo del Laboratorio evidenzia un rapporto diretto tra passione e cura. Se già il solo ragionare sul primo concetto ha fatto emergere qualche difficoltà interpretativa, ancor più complesso, a mio avviso, è cercare di riflettere sul concetto di cura e, soprattutto, sul ruolo e sulle "passioni" che i diversi operatori sanitari mettono in campo nelle azioni di cura. Do evidenza al termine "azioni" perché la concreta declinazione della cura si sostanzia con l'erogazione di definite prestazioni; sono queste che generalmente rappresentano l'intermediazione tra operatore e persona sofferente, eventualmente accompagnate da una comunicazione che può avere delle componenti affettive (la loro presenza dipende da elementi soggettivi e oggettivi correlati, questi ultimi, alla funzione professionale esercitata e al contesto organizzativo di esercizio della stessa, al tipo di prestazioni da erogare, alle condizioni delle persone da assistere, ecc.). La complessità nella considerazione delle azioni di cura e nel relativo comportamento degli operatori è data oggi dalla sempre maggiore immissione della tecnica nei servizi sanitari che determina terapie sempre più con-

nesse a protocolli universalmente convalidati (Evidence Based Medicine) la cui efficacia sull'organismo dell'utente è misurabile in termini prevalentemente quantitativi.

A fronte di significativi risultati dal lato clinico è contemporaneamente avvertito che questi risultati tendono ad essere ottenuti in un contesto di neutralità affettiva e di tendenziale oggettivazione delle persone assistite.

Ormai accanto a strumenti diagnostici e riabilitativi tecnicamente sempre più sofisticati assistiamo alla presenza della robotica altrettanto evoluta nei reparti ospedalieri e nei servizi territoriali. Nelle sale operatorie di molti ospedali già si pratica la chirurgia robotica (la piattaforma "Da Vinci" dell'americana Intuitive Surgical è la più diffusa negli ospedali italiani); presso il domicilio dei "pazienti cronici" hanno cominciato a essere attivi gli Hospital at home che monitorano lo stato di salute di questi particolari utenti, (in questo caso l'azienda più importante che li produce è di Bergamo, si chiama Avanix); risulta in fase di sperimentazione un prototipo human friendly capace di interagire con le persone e caratterizzato da una struttura morbida e flessibile, in grado di parlare e comprendere ordini vocali e gestuali (vengono chiamati robot umanoidi e i capofila della ricerca e della sperimentazione sono la Scuola superiore Sant'Anna di Pisa e l'Istituto italiano di Tecnologia di Genova- su questa materia da tempo si sta dedicando anche la Scuola Internazionale di Studi avanzati -SISSA - di Trieste).

Quelli ora citati sono solo esempi di ciò che sta accadendo nel contesto del welfare assistenziale/sanitario: siamo di fronte a una realtà molto complessa in continua evoluzione che modifica, in senso fisico e concettuale il rapporto tra operatore, strumento tecnico e persona, rimodellando a vari livelli i modelli organizzativi e la qualità della esperienza professionale nei servizi.

Può sicuramente essere utile avere macchine intelligenti accanto o in sostituzione degli esseri umani (nel nostro caso operatori sanitari e di assistenza) se ciò effettivamente migliora le condizioni di vita delle persone, ma nel rapporto uomo-macchina normalmente è l'uomo che deve adattarsi alla macchina determinando modificazioni antropologiche assai significative.

Se quello ora evidenziato è lo scenario che viene a profilarsi nel lavoro entro gli ambiti sanitari e se comunque si rimane convinti che la qualità della relazione operatore sanitario (specie se infermiere) e persona da assistere è un elemento costitutivo della professione perché risponde a un bisogno della persona sofferente, appare necessario ripensare i modi, i momenti e gli spazi di esercizio di tale relazione. Una cosa è certa: la cura delle persone in difficoltà non può essere delegata alla specifica competenza di macchine che inte-

ragiscono con gli umani solo seguendo algoritmi di intelligenza artificiale. Avere cura di una persona, specie se in una condizione di fragilità, significa essere preoccupati, prendere a cuore, stare in pensiero, provare interesse per lei. Sono solo questi sentimenti che possono dare significato alle azioni e alle prestazioni che qualificano la cura e sono ancora questi sentimenti che devono essere capaci di delimitare la presenza della tecnica nei servizi sanitari e assistenziali.

CONTRIBUTI

COS'È UNA STRUTTURA

Marina Orviato Da Ponte - *Insegnante di filosofia - Venezia*

“Lo strutturalismo rifiuta il concetto di libertà e scelta umana e si concentra invece sul modo in cui l'esperienza e il comportamento umano sono determinati da varie strutture”. È definizione d'uso carica di implicazioni. La prima discussione si concentra sulla parola “varie” cioè “molte e differenti”.

Ogni esistenza dal suo inizio viene strutturata da quel misterioso connubio fra “natura” e “ambiente” che accompagnerà l'individuo per tutta la sua esistenza. I tre termini natura, ambiente e individuo sono problematici, impossibile fornire definizioni. Si possono solo formulare delle aporie:

- Natura: esiste qualcosa di tangibile e identificabile che vada oltre al valore mitico della parola? Natura violata e sfruttata: frasi ormai continuamente pronunciate. L'inizio fu il mitico furto di Prometeo.
- Ambiente: clima, luogo nel pianeta, situazioni geopolitiche, vita delle comunità, rapporto di consuetudine fra i viventi. Una serie infinita di circostanze prevalentemente non identificabili.
- Individuo: insieme di materia e forma ma la divisione fra i due concetti appartiene ad alcune filosofie in Occidente e ad alcune religioni per le quali l'anima e il corpo sono sostanze diverse.

Una grande parte del pensiero filosofico del '900 vede la struttura come la prigione dell'IO, carcere dal quale è impossibile evadere. Non c'è forza della volontà, né incontro con altre forze che ci pongano fuori da questo blocco.

Ascoltiamo Michel Foucault: “La follia diventa una forma relativa alla ragione”; se la ragione esiste, la follia è il suo contrario da identificare e isolare perché non porti danno. La Ragione è un'invenzione di Cartesio che la esibisce come una potenza innata e dominante, appena sottoposta al rischio che la corporeità la possa talvolta contaminare e opacizzare. La Ragione ha creato la follia e la società vive in funzione di questa distinzione radicale. Per la so-

cietà occidentale la ragione deve sempre guidare ogni azione, la trasgressione è pericolosa, pochi sanno gestire la trasgressione come un piacevole e gradevole intervallo fra l'obbedienza alle regole e il bisogno di gustare il sapore di una breve evasione, sono i pochi per i quali le "droghe" non sono pericolose.

L'individuo ricoverato in una struttura ospedaliera si trova di fatto in un carcere dal quale è impossibile evadere. In questo carcere ci sono ben tre sistemi di sicurezza:

- La malattia: la natura è danneggiata, non risponde ai suoi stessi ordini, si –deve farla esaminare e possibilmente riportarla alle migliori regole
- La disciplina sociale: la struttura ospedaliera impone un comportamento di squisita razionalità, non è consentito lasciarsi dominare dall'impazienza, dall'intolleranza, dal bisogno di sapere.
- L'invito ad annullare il proprio IO: nessuno lo può ascoltare, non c'è tempo, non c'è spazio, non è previsto.

Puoi sopravvivere alla struttura solo se la comprendi, se ti rendi conto che è un microcosmo corrispondente ad un ambiente di vita e di lavoro, con i suoi codici, le sue punizioni, le possibili furbizie come spiragli che consentono la sopravvivenza.

La struttura ospedale è un microcosmo, non può non essere così.

Vorrei ora esaminare il problema dalla parte del personale sanitario, per quello che posso dato che non appartengo alla categoria, semmai appartengo a quella "opposta" dei pazienti. Ma la filosofia mi ha insegnato che se evitassi il discorso fingendo di appartenere a categorie che mi sono lontane, ridurrei la mia visione del mondo ad un solipsismo che rischia una deriva integralista. La filosofia mi ha insegnato le forme retoriche della similitudine, dell'analogia, della metafora, dell'allegoria; forme che sono utili, se usate con umiltà, ad avvicinarsi alla comprensione del diverso nel riconoscimento della sua umanità anche se strutturata nel modo più vario.

Quindi mi figuro l'incontro fra la struttura personale sanitario e la struttura malato nell'ambito della struttura ospedale che comprende le due precedenti. Opporsi alle strutture non è solo immorale, è anche dannoso. Immorale perché la struttura è un prodotto del pensiero umano, nell'ordine delle scelte possibili; un prodotto che propone quelle soluzioni che, in un dato momento storico, appaiono le migliori anche perché in quel momento lo sono. Opporsi alla struttura richiede la consapevolezza della scelta alternativa. Se appare legittimo opporsi alla struttura dall'esterno, con le forme della democrazia (analisi, proposte, manifestazioni), può comunque essere utile anche criticare la struttura dall'interno esercitando una pressione compatibile con il suo funzionamento, per migliorare i confini e facilitare la convivenza con chi sente maggiormente la sofferenza nella situazione. Molto può fare il personale sanitario in questa via, medici e ancor più infermieri lo fanno. Ma qui ci si soffermi più che altro sulla sensibilità individuale, che non ha confini e fa miracoli per far nascere i gelsomini su quelle mura (mi si perdoni la metafora) di per sé rigide e inospitali.

Dal punto di vista del malato ringrazio tutti i volonterosi che premono sulla struttura dell'interno e che operano democraticamente per migliorarla dall'esterno. Grazie per il loro generoso spesso eroico impegno

LABORATORIO DI PENSIERO SLOW NURSING

Luciano Urbani – *Infermiere in pensione, autore di "il cateterismo vescicale tra mito e scienza", Coordinatore Slow nursing*

Questo progetto è uno spazio d'incontro unico, quale occasione di pratica di pensiero, di appetito culturale, di approfondimento e di esercizio concettuale che permetta di intravedere spiragli di azione per migliorare il presente e progettare il futuro. Occasione per abbandonare il limbo dell'indistinto e dell'opportunismo assumendo l'impegno di "conoscere per comprendere, e coerentemente, scegliere per essere". Fucina di idee, crogiuolo di

energie e motivazioni, palestra di riflessione. Una risposta possibile alla necessità di modificare la situazione attuale della professione infermieristica e la qualità dell'assistenza.

Serve una riflessione disincantata della realtà per stimolare una feconda e stimolante discussione sull'infermiere sospeso tra la rassegnazione e l'utopia della passione per la cura.

Frastornati dalle mirabolanti illusioni di "competenze avanzate", di iperuraniche teorie della scienza infermieristica, ritorniamo crudamente alla banale realtà del quotidiano.

Prendiamo un esempio: il lavoro nero nell'ospedale dei pazienti trattati come migranti.

Un massiccio afflusso, un continuo andirivieni dal Pronto Soccorso ad alcuni reparti "sbagliati", di pazienti appoggiati alla rinfusa, alla bell'e meglio, così per l'opinione pubblica, apparentemente non si vedono barellati.

Ma non è come nascondere la polvere sotto il tappeto?

Ma chi è il paziente-migrante?

È un paziente che arriva in un reparto che non è il suo, dove trova medici, che non sono interessati al suo problema, che non si preoccupano di visitarlo e di auscultarlo.

Ma il Primario di quel reparto è responsabile della cura e dell'assistenza di quei pazienti migranti? No! E i dirigenti medici di quel reparto sono responsabili? No!

E il coordinatore infermieristico di quel reparto è responsabile? No!

La responsabilità è solo dell'infermiere di quel reparto che deve districarsi fra un accavalarsi di una miriade di incombenze e priorità aumentando così stress e rischio clinico.

Mentre ciascun Primario, ciascun Dirigente Medico di ogni specialità responsabile di ognuno di questi pazienti-migranti è lontano da loro, nel proprio reparto.

Ma chi coordina la cura e l'assistenza di questa babele di pazienti?

E qual è la consistenza del personale dedicato a questa assistenza e cura?

È adeguata alla bisogna?

Qualcuno dei dirigenti responsabili a qualsiasi livello si chiede se viene garantita la qualità di cura e di assistenza? E chi di loro ne risponde effettivamente?

Ed ecco clamorosa un'evidenza: il paziente-migrante non esiste!

Ovvero non viene conteggiato come carico di lavoro degli infermieri di quel reparto.

Quindi l'infermiere di quel reparto, e solo lui, si prende cura e ne è responsabile senza riconoscimento legittimo e ufficializzato. Lavora in nero senza gratifica alcuna.

Qualcuno potrebbe dire che questo è un problema di questi ultimi tempi. Enorme errore! Sono più di trent'anni che negli ospedali si vive questo problema.

Ma oggi la situazione è maggiormente aggravata dalla riduzione dei posti letto di medicina e di lungodegenza associato all'aumento progressivo della popolazione anziana, con l'aumento della plurimorbilità, della fragilità e della non autosufficienza. E a tutto questo si associa la grave carenza infermieristica e del personale di supporto.

Mentre i dirigenti, leggasi "infermieri da salotto", disquisiscono sui massimi sistemi..... "cercano farfalle con la retina".

E così quando sento dire: ".....sono un programmatore di sistemi di ingegneria formativa, mi adopero per obbligare gli infermieri al processo diagnostico, a pianificare, erogare e valutare esiti".....mi si rivoltano le budella!

Sempre più negli infermieri pervade un disagio continuo, una estrema tensione che oscilla fra rabbia e rassegnazione nel constatare che l'intelligenza e la cultura professionale viene continuamente mortificata. Prevale infine la rassegnazione quale appiglio, una via di fuga dal caos, dalla scientifica, certificata e accreditata organizzazione di un sistema sanitario irrazionale.

La rassegnazione come autodifesa estrema, l'ultimo tentativo per rimanere ancora un po' sani di mente.

Ma a guardare meglio, più attentamente, la rassegnazione è una inevitabile connivenza al sistema malato, una rinuncia alla ricerca di una etica professionale per una cura autentica, un'evidente conformismo all'idea: "così va il mondo!", "non si può lottare contro i mulini a vento!" "tengo famiglia!".

La rinuncia a "scegliere di essere" per continuare a "si è sempre fatto così!".

In questa disamina inesorabilmente reale, cosa rimane della passione per la cura?

La necessità ad aspirare ad un'etica dell'agire che è fondamentalmente passione per la vita.

L'impegno a lavorare ogni giorno umilmente per realizzare un'utopia della cura infermieristica autentica.

IO CI SARO'

Francesca Zambonin - Infermiera – Vicenza

Sono infermiera da 30 anni. Credo nel mio lavoro, nella mia professione e mi offendo quando il cittadino mi dice: "sei brava come un medico " perché ritengo svilisca il mio ruolo. Ho sempre discusso con i colleghi medici perché rispettino le mie competenze il mio ruolo di cura che loro svalutano come tempo perso. Purtroppo non vedo grandi futuri rosei, siamo noi infermieri a credere poco in noi stessi. a non farci rispettare a non credere che ciò che facciamo è altamente dignitoso. non so come ne verremo fuori, se riusciremo a maturare. Ma fin che ci sono proposte come questa. mi fa ben sperare! Finalmente ci fermiamo per chiederci chi siamo e dove stiamo andando... io ci sarò.

RESPIRARE ARIA NUOVA

Paola Piccolo - Infermiera – Laurea Infermieristica Università di Padova – Sede di Mirano – Venezia

Da alcuni anni seguo i convegni organizzati da Slow nursing, e anche questo incontro credo confermerà le mie aspettative. La motivazione di fondo che mi porta a partecipare a questi incontri è ancora la curiosità, la ricerca di andare oltre i crediti ECM, di respirare aria nuova, aria di cambiamento. Conoscere persone competenti, che vogliono trovare il tempo per pensare e non solo fare, proiettate verso il cambiamento ma con la capacità di sostenere una consapevolezza e responsabilità dell'operare quotidiano, al fine di migliorare l'assistenza promuovendo la riflessione critica. Condividere con i partecipanti di questo movimento la passione per la cura e la creazione di valori per l'infermieristica, che integrano oltre le competenze e conoscenze anche le relazioni umane e l'autonomia del professionista

RIDARE DIGNITÀ ALLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Maria José Amato - Insegnante Filosofia – Venezia

Aderisco volentieri all'iniziativa alla luce degli ultimi convegni molto significativi e di grande utilità per l'intera cittadinanza e per dare risalto a chi ha un ruolo così importante nei momenti in cui si è più fragili. Ritengo che l'obiettivo sia quello di ridare dignità alla professione infermieristica, spesso trascurata che invece è quella più vicina alla sofferenza.

SLOW NURSING 2018 - NOI CI SAREMO!

Mara Canzi ed Anna Grizzo - Infermiere - Pordenone

Vorremmo portare le nostre riflessioni riguardo il convegno Slow nursing 2017.

E' la nostra seconda partecipazione che conferma positivamente le nostre aspettative. Un convegno non finalizzato alla pura raccolta di ECM ma allo sviluppo del pensiero critico e allo stimolo della professione infermieristica, è un appuntamento al quale non mancheremo perché ci consente di rimanere "2 metri sopra il cielo" (e non meri esecutori) condividendo l'esperienza con altre persone che come noi sentono l'esigenza di una maturazione intellettuale. Grazie per la tenacia e la professionalità.

Arrivederci a marzo 2018.

Abbiamo pensato di inserire questo articolo come contributo al tema in corso (ndr)

PERCHÉ GLI INFERMIERI CI CHIAMANO PER NOME

Repubblica 2 gennaio 2018 - Concita Di Gregorio

Grazie a Gianluca Galli, Milano

In ospedale, trovandomi al capezzale di una persona amata, mi ha spesso colpito il modo in cui gli infermieri si rivolgono ai pazienti, dando loro del tu. Una forma di grande intimità. Gianluca, in questa bella lettera, la chiama compassione. Ecco la sua storia.

«Una malattia arriva improvvisamente, senza avvisarci, sconvolgendo abitudini e sicurezze. Non scegliamo quando ammalarci e di che cosa ammalarci. La malattia capita e basta, di solito nel momento in cui non ci sentiamo più invincibili. Luigi stava trascorrendo in montagna gli ultimi giorni di vacanza quando si sentì male. Era al telefono con la figlia quando, senza nessun preavviso, si trovò per terra privo di conoscenza. Un buco nero, un'assenza di qualche lungo secondo, forse un minuto; steso sul pavimento senza un ricordo di che cosa fosse successo. Al pronto soccorso di D. esclusero delle patologie che mettessero a rischio la sua vita, però gli prescrissero altri accertamenti diagnostici in città. A Milano Luigi rimase ricoverato in una stanza d'ospedale qualche giorno. Accanto a lui c'era un paziente anziano, gravemente malato: "Popi". Popi era accudito da sua figlia, un'infermiera che rimaneva con lui tutto il giorno. A Luigi aveva spiegato che lavorava nello stesso ospedale, ma in un altro reparto. Si era presa un periodo di ferie che si era sovrapposto, fortunatamente, alla malattia del padre.

Durante il giorno, Popi, quando c'era sua figlia, era sofferente ma calmo, mentre la notte si trasformava in un bambino disperato. Chiamava continuamente gli infermieri, straparlava,

INDICE

si agitava e cercava di scappare dal letto. Al suo capezzale, più volte nel corso di una notte, accorrevano gli infermieri. Popi, oltre la malattia fisica, soffriva di disturbi psichici. Gli infermieri, insieme ai trattamenti farmacologici, gli sussurravano delle parole o gli toccavano un braccio, per calmarlo. Gli infermieri sono la prima linea tra il paziente e la malattia, a volte l'unico contatto con i pazienti e i loro familiari. Luigi, parlando di loro, ha spesso parlato di compassione. È arrivato perfino a comprendere l'uso del "tu" diffuso tra gli infermieri e i pazienti che prima gli sembrava una assoluta mancanza di rispetto. A lui è sembrato che il contatto fisico, costante e frequente, tra infermiere e paziente rendesse ridicolo l'uso del "lei".

Gli infermieri, a differenza dei medici, sono più vicini fisicamente alla malattia del paziente. Forse per questo sono più coinvolti, manifestando un'umanissima pietà verso il paziente. Pietà come strumento e risorsa di chi si prende cura di una persona sofferente. Prendersi cura - ascoltare come una medicina complementare a quella farmacologica. Quando sei in ospedale è l'infermiera, l'infermiere il tuo alter ego; viene a controllare le somministrazioni dei farmaci, ti cerca le vene che a furia di essere bucate collassano e non sono più evidenziabili, ti cambia, ti gira, ti asciuga quando non hai più la dignità dell'autosufficienza. Durante la malattia sono loro, gli infermieri, gli eroi trascurati che possono rappresentare la differenza tra il sopravvivere o il riprenderti la vita».

MALATI E OPERATORI: COME SI VIVE IL FINE VITA NELLE STRUTTURE

Marcella Gostinelli – Infermiera - Arezzo

Publicato su Lettere al Direttore - quotidianosanità.it venerdì 29 dicembre 2017

Gentile direttore, scrivo a Lei perché la considero un direttore sensibile all'umano ed alle sue esperienze. Inoltre, il suo giornale lo leggono in molti e soprattutto lo legge chi può far cambiare le cose. Le scrivo da persona che ha vissuto il giorno di Natale l'esperienza della morte di un giovane e caro amico, a causa di un linfoma mantellare. Era ricoverato nel reparto di ematologia dell'ospedale di Arezzo. In quel reparto vi sono 8 posti letto e, mi riferiscono, vi lavorano 2 infermieri nel turno di mattina, uno nel turno di pomeriggio e uno nel turno notturno, un medico reperibile nei giorni festivi, e nessun oss di supporto. Questo indipendentemente da una valutazione della complessità assistenziale e della intensità di cura richiesta dal quel tipo di malati degenti nei diversi giorni della settimana. In ogni reparto di ematologia del mondo la morte è un fenomeno "vitale", non raro, non imprevedibi-

le. Inoltre, la nozione di morte, di per sé, richiede la chiarezza della nozione di vita e dei suoi parametri, sempre, di più nei luoghi in cui si cura. Senza quella chiarezza non è possibile affrontare la morte di nessuno. L'espressione "malato al centro" usata spesso dai politici, e non solo, è davvero una espressione ingannevole, fuorviante ed eticamente e praticamente non più sopportabile. Non è bene porre il malato al centro, non è un vantaggio mai per il malato, perché vuol significare che non si ritiene necessario che vi sia una relazione fra lui e ciò che lui non è; nella relazione nessuno è al centro, non serve, ma soprattutto è male se si considera l'intenzione di chi usa quella espressione: farci sapere, farci credere quanto sia importante il cittadino-malato morente e poi ignorarlo senza alcun ripensamento. Mi sono trovata ad osservare direttamente quanto il malato morente non sia al centro di nessun pensiero politico-gestionale sanitario e neanche nella periferia di esso. I politici, coloro che programmano, gestiscono, e impongono i modi di essere e di fare dei professionisti della salute sembrano infatti essere all'oscuro di cosa voglia dire vivere e morire. Un malato morente ha bisogno di tante attenzioni, troppe per essere garantite da una sola infermiera seppur capace, umana e organizzata bene, ma che ha anche altri 7 malati da considerare. I medici palliativisti, se presenti, perché previsti, sono tutti in grado di sollevare i parenti dal senso di responsabilità e impotenza che li assale quando il proprio amato soffre per un dolore e un'angoscia evitabili. Se il medico palliativista è presente il dolore e l'angoscia nel morente sono assenti. Dover chiamare, invece, al telefono il medico reperibile, il giorno di Natale, per un malato che muore, non è immediato, appropriato e neanche adeguato a quel tipo di malato perché si sa che la morte è un processo graduale diverso da morente a morente. Essere costretti a chiamare il medico di guardia che si trova in pronto soccorso e che è a sua volta costretto a scegliere fra priorità non confrontabili, un malato che muore ed un malato con ictus al pronto soccorso, non è da un Paese civile. Morire senza essere stato moralmente visitato da un medico che ha dovuto scegliere di curare "la vita" rispetto ad "una vita" ormai finita non è accettabile. Se l'infermiera è sola, il malato morente alto, di costituzione robusta e ovviamente non collaborante è impossibile che quel malato venga posizionato, rinfrescato, cambiato, aiutato a vivere il passaggio richiesto. L'infermiera in quel caso chiede aiuto ai parenti, robusti ed emotivamente capaci. E si diventa tutt'uno, morente, parenti ed infermiera. L'unica cosa bella in questo abbandono formalizzato. Mia intenzione è richiamare al ripensamento coloro che decidono chi deve essere presente nei reparti dove la morte è di casa e quanti debbono essere. Chi decide che i medici palliativisti in ospedale non debbano esserci e chi decide il numero di posti letto negli Hospice di una comunità. Sono persone autorevoli, di fama e di onore, ma certamente non sveglie e grate alla vita. Con questa mia lettera vorrei richiamarli alla loro vita che sembra non vissuta. Non vivendo la loro vita, questi, impediscono di viverla come

si dovrebbe anche a chi è malato e per questo deve morire. Da parte mia sto cercando da tempo ormai di svegliarmi prendendo gli eventi che vivo non con l'indifferenza di un palo della luce, scoprendomi così più vicina a chi ha piantato quel palo che non essere il palo. Per questo scrivo. Ringrazio le infermiere, Caterina e Nicoletta, ed anche l'Infermiera del turno notturno delle malattie infettive, della quale non ricordo il nome, non tanto per la competenza che sapevo appartenesse loro, ma soprattutto per non averci mai dimostrato che ciò che vivevamo non era accettabile.

VORREI CHE L'URLO DI POCHI DIVENTASSE LA VOCE DI TANTI.

Anna Brescianini – Infermiera - Brescia

Ho vissuto un periodo assai difficile che, purtroppo, non è ancora finito. La mia esperienza riguarda l'altra parte della barricata, non come paziente, non come operatrice, bensì come parente, figlia di un utente che ha subito un gravissimo danno per mal practice da parte di una infermiera. Ora mi ritrovo con mia madre 73enne, che a seguito di una peretta evacuativa praticata con sonda rettale, si ritrova con una colostomia senza più possibilità di ricanalizzazione, per la quale ha subito tre interventi d'urgenza, oltre al primo di neurochirurgia che le ha salvato la vita, ed è finita due volte in rianimazione. L'esperienza da me vissuta non è certo delle più confortanti: sono stata etichettata come la parente "rompi...". E solo per avere chiesto spiegazioni di quanto fosse successo e per avermi interessato di mia madre, sia il primario della riabilitazione e pure gli infermieri, che in maggior parte sono di altra nazionalità, mi hanno trattata come una perfetta estranea con modi addirittura sgarbati. La risultante è che ora io sono molto delusa, forse la mia aspettativa era eccessiva dato che sono una loro collega. Certo non pensavo a favoritismi ma semplicemente al buon costume di coinvolgere il parente anche per alleviarne lo stato d'ansia, mi aspettavo un sorriso, una parola di conforto e di sostegno. Dopo oltre quattro mesi di degenza in quell'ospedale, perché intrasportabile, ben distante 150 Km, che facevamo ogni giorno io e mio fratello per non lasciarla sola, ma soprattutto per mio papà, è stata dimessa in condizioni penose e con una subocclusione intestinale, oltre che non essere in grado ne lei ne (ipoteticamente) noi di gestire la stomia. Nessuno si è preoccupato di coinvolgerci, nonostante le mie richieste. Tralascio tutte le problematiche che abbiamo dovuto affrontare una volta a casa e l'ulteriore ricovero con intervento annesso. Ebbene, non vi nascondo la fatica che ho fatto per gestire l'ansia, la preoccupazione e la paura di perderla a seguito di quello che si potrebbe pensare una pratica banale e per non aver ricevuto ciò di cui avevo bisogno, ora la mia domanda in tutto questo è: noi infermieri cosa vogliamo dalla nostra

professione se non siamo in grado di essere in relazione con le persone? Personalmente ho perso molta fiducia nei confronti di tutti quei colleghi che non conosco, e capisco molto bene le reazioni aggressive di alcuni parenti, anche per quello che potremmo considerare delle sciocchezze. Mi dispiace ma questa non è la professione e soprattutto i professionisti che voglio al capezzale di nessuno. Gli errori tecnici possono succedere e potrebbero essere scusabili anche se gravi, ma quelli relazionali no! Se non si è in grado di mettersi in relazione è meglio che si cambi professione, perché i danni che si possono causare, anche se non si vedono sono più profondi, devastanti e difficilmente sanabili, di questo l'università dovrà prenderne atto. Di dottori del corpo ne abbiamo, impariamo ad essere anche dottori dell'animo umano, che è la base della nostra professione.

Partecipare al convegno per me è un sacrificio, ma dopo quanto è successo ne sento ancora di più la sacralità, vorrei che l'urlo di pochi diventasse la voce di tanti.

Slow Nursing, andare piano, ritrovare il silenzio e la giusta dimensione nell'essere consapevoli, ritrovare una professione, la nostra professione che è il servizio all'umanità oltre che all'essere umano. Vi ringrazio per esserci e per dare quella ventata di ossigeno per alimentare quel fuoco che un vero professionista della salute deve nutrire.

LA SPERANZA NEL LAVORO DI CURA: LA HOPE-INSPIRING COMPETENCE DELL'INFERMIERE

Sara Giammatteo – Pedagogista/Educatrice - Roma

Nel leggere i vari contributi appassionati raccolti in Slow nursing si evince pienamente lo spirito dell'iniziativa, ispirata al desiderio di sensibilizzare gli operatori per rendere i luoghi di cura luoghi di speranza, dove le piccole attenzioni, i gesti, le parole che sanno farsi prossime al patire del malato, restituiscano alla professione infermieristica e al caring sanitario il proprio valore originario.

Lavorando da ormai dieci anni nell' ambiente ospedaliero ho potuto fare esperienza diretta di come gli ospedali e i luoghi di cura hanno sempre di più un'impostazione meccanica e fredda nel trattamento del paziente, ed è come se malato fosse solo il corpo e non la persona.

Quello che ogni giorno mi restituiscono i pazienti con i loro sguardi stanchi, ripiegati in sé stessi, è il grido soffocato di chi ha l'estremo bisogno di incontrare qualcuno che sappia rispondere ad una chiamata, ad una esigenza primordiale di cura. Qualcuno che sia in gra-

do di entrare in una risonanza emotiva con il soffrire dell'altro; quella risonanza che mette l'altro nella condizione di sentirsi sentito.

E invece, capita non di rado, di demolire lo sguardo speranzoso del malato, con la fretta e il disbrigo standardizzato dei compiti ordinari. Pertanto, proprio da qui vorrei partire nel richiamare l'attenzione di chi si trova tutti i giorni a dover entrare a contatto con il dolore dell'altro. Per farlo, come afferma lo psicologo Luciano Sandrin, bisogna "levarsi i sandali, perché entriamo nella terra del mistero, ci accostiamo al rovelo che brucia, entriamo dentro un mondo che si apre al nostro sguardo, ma che continuamente sfugge alla nostra comprensione".

Dunque, non è facile entrare in relazione con chi soffre, perché il dolore «toglie la parola»; c'è l'invasione dentro di noi di una realtà estranea che ci rende impotenti e vulnerabili, sia se tale realtà la sperimentiamo in prima persona, e sia se a farne esperienza sono le persone vicine a noi.

L'agire etico del personale sanitario, ma soprattutto dell'infermiere, colui che più di tutti è chiamato a trascorrere maggior tempo con il malato, si distingue se sa arrivare al «cuore etico» della pratica di cura; una pratica di cura che sappia prendersi a cuore la sofferenza altrui, e dove l'altro viene percepito come qualcosa di sacro che mi spinge a rispondere gratuitamente.

Passare dal "curare" al "prendersi cura" è possibile se l'«infermiere trascendentale», citato dal Dottor Manzoni, si solleva al di fuori di sé per co-sentire il vissuto dell'altro.

L'essenza del caring infermieristico risiede nelle posture dell'essere, che orientano i modi di essere con cui la persona concretizza la propria pratica di cura, in quanto essa non si limita a fornire una terapia adeguata. Il sentirsi responsabile dell'altro, avere una considerazione reverenziale, agire in modo donativo, sono condizioni necessarie per concretizzare l'agire etico dell'infermiere.

Sono responsabile quando rispondo attivamente al bisogno dell'altro; ho rispetto se eseguo con delicatezza una manovra terapeutica sul corpo del paziente, percependo l'altro come avente valore; agisco in modo donativo quando regalo il mio tempo all'altro, estraniandomi da ogni logica di scambio. E come ricorda Heidegger: «donare il tempo è la più alta forma di cura».

Un professionista dell'aiuto che agisce in tal modo alimenta nel malato sentimenti positivi, come la fiducia, la speranza, spronandolo a vivere meglio il tempo della malattia. I gesti di cura, i modi fare, le parole, sono al servizio della speranza. Essi sono input esterni che

hanno un'influenza sui collegamenti sinaptici della mente umana, ed è facile pensare che il nostro cervello reagisca in base a come interpreta tali segnali.

In virtù di questo, a nessuno può essere negata la possibilità di sperare. E se ci sono speranze reali di un possibile miglioramento o di un cambiamento in positivo della prognosi, dare speranza è eticamente corretto, perché preserva dal rischio di smettere di lottare da parte del paziente.

Il medico statunitense Jerome Groopman ha condotto un'indagine scientifica per dimostrare il valore della speranza nel processo di guarigione, scoprendo una vera e propria biologia della speranza. Nel suo libro *Anatomia della speranza* egli afferma che “la scienza sta dimostrando che un cambiamento dell'atteggiamento mentale è in grado di modificare la biochimica cerebrale. L'attesa fiduciosa, un aspetto chiave della speranza, può fungere da antagonista del dolore, provocando la liberazione di sostanze, le endorfine e le encefaline, che simulano l'effetto della morfina. È quindi possibile immaginare che, durante la malattia, la speranza causi una specie di “effetto domino”, una reazione a catena in cui ogni singolo risultato biologico rende più probabile il miglioramento” (*Anatomia della speranza*, J. Groopman).

Dunque, la speranza mitiga la sofferenza, perché come afferma Groopman, meno speriamo e più aumenta la produzione di CCK (chiamata anche colecistochinina), una sostanza che interferisce sulle vie nervose del dolore, aumentando la sensazione di sofferenza.

Tuttavia, per instillare speranza nel paziente sarà indispensabile per i professionisti dell'aiuto acquisire una Hope-Inspiring Competence (Z.Russinova), una competenza dello sperare, da usare come strategia di aiuto e come integrazione creativa e flessibile alla ripresa del malato.

La psichiatra statunitense Zlatka Russinova afferma che tale competenza si acquisisce utilizzando varie strategie di ispirazione della speranza, identificate e raggruppate dalla stessa sulla base della propria esperienza clinica nel trattare i propri pazienti, e sui risultati degli studi e delle ricerche in merito che evidenziano la stretta relazione tra speranza ed evoluzione positiva del processo terapeutico del malato.

La motivazione del professionista dell'aiuto nel promuovere i risultati positivi dei pazienti; accrescendo il loro self-efficacy; la capacità di fornire una fiduciosa prospettiva del futuro; la certezza sul potenziale del malato, sono solo alcune strategie che vanno a stimolare la ripresa della persona vulnerabile, favorendo il suo processo di guarigione.

La speranza è dunque un elemento terapeutico di primaria importanza; essa funge come spinta motivazionale, consegnando all'altro il "potere a procedere".

Essendo evidente il ruolo cruciale che la speranza ha nell'evoluzione positiva di ogni trattamento terapeutico, mi sono chiesta se il personale sanitario e sociale sia consapevole delle complesse dinamiche di interconnessione tra speranza e guarigione, o se sia presente in questi professionisti una Hope-Inspiring Competence che sappia sostenere la speranza del malato.

Pertanto, tali interrogativi hanno spinto a condurre personalmente un'esigua indagine esplorativa per indagare come alcuni di questi professionisti dell'aiuto trasmettono speranza alle persone loro affidate, e quali risorse usano per infonderla, cercando inoltre di comprendere se è prevista una formazione permanente che stimoli una riflessione critica sugli aspetti della relazione medico/paziente; infermiere/paziente; educatore/educando. Il risultato più rilevante di tale indagine è stato che per la maggior parte del campione esaminato non sono previsti corsi di formazione che favoriscano questa riflessione sulla relazione che si ha con l'utenza, e quei pochi corsi presenti sono sporadici, o comunque non formano adeguatamente rispetto a tale aspetto.

Dalle considerazioni emerse finora, si nota come la speranza sia veicolata soprattutto da una buona pratica di cura: non essere formati adeguatamente in merito significa andare incontro ad una spersonalizzazione del lavoro di cura, rischiando di accrescere il senso di smarrimento e di inadeguatezza di chi è più fragile e vulnerabile.

Per evitare tale rischio occorrerà, dunque, sensibilizzare i principali stakeholder che rappresentano le categorie di questi professionisti, per quanto concerne l'incremento di tali iniziative di formazione. Oltre ai corsi che mirano a formare una coscienza critica sulla relazione con l'utenza, sarà importante anche organizzare corsi che contribuiscano a far conoscere il valore della speranza nella relazione di aiuto, e la correlazione che essa ha con i miglioramenti delle diverse prognosi, fornendo al personale sanitario e sociale i dati delle ricerche presenti a riguardo, e gli studi condotti da numerosi psichiatri e psicologi che confermano la valenza della speranza nel lavoro di cura.

Un dato emerso dalla maggior parte degli intervistati è la consapevolezza del legame esistente tra speranza ed evoluzione positiva del processo terapeutico/educativo. Molti di loro affermano che è importante sostenere la speranza al di là di una diagnosi infausta, purché non si diano false speranze, ma per questo scopo occorre una formazione specifica su come promuovere la speranza.

INDICE

Le parole sono «esseri viventi»; possono fungere da farmaco, o da veleno, ed è in base a come si usano che si fa la differenza. Sorvegliare dunque l'uso delle parole è un imperativo etico della pratica di cura.

C'è pertanto l'urgenza di attuare interventi formativi finalizzati a privilegiare un lavoro di cura che ponendo al centro la speranza, favorisca il bene integrale della persona malata.

PERCHE' SONO QUI

Fabio Albano – Infermiere - Genova

In questi giorni ho avuto il piacere di conoscere, telefonicamente, Luciano; una cosa mi ha colpito: il suo entusiasmo! Non solo, abbiamo scoperto di avere un'idea della Nostra Professione coincidente in molte delle proprie peculiarità. A questo punto decidere di partecipare alla vita di Slow Nursing è stato abbastanza facile e scontato; poi la parola "slow" evoca, almeno in me, quel sentimento di serenità, di riflessione che mi riporta a un mondo che non mi appartiene più, purtroppo. Mi è stato chiesto di portare il mio contributo al 4 convegno di S.N. e quale occasione migliore per presentare ai Colleghi, e spero in futuro amici, il mio "pensiero" circa le prospettive della Nostra Categoria.

Vorrei partire dall'esprimere uno dei concetti cardine circa il mio pensiero; cioè che la sanità appartiene al mondo dei Sistemi Complessi. Cos'è un sistema complesso: è dato dall'interazione, interrelazione e interconnessioni tra le parti dove il tutto è più della somma delle sue parti. La definizione ci porta a comprendere che un S.C. non può essere analizzato con approccio cartesiano, effetto-causa, ma per essere compreso abbisogna di un approccio sistemico, dove non esistono cause-radice ma solo condizioni che determinano. Se si riesce a fare proprio questo modello di pensiero ci viene facile comprendere che pure l'analisi della nostra professione non può essere effettuata con prassi cartesiana. Se ne deduce, quindi, che non si deve parcellizzare il nostro mondo, ma anzi per immaginare il nostro futuro professionale, lo si deve considerare nella propria interezza e nell'interagire con tutti gli stakeholder. Appare evidente che stiamo vivendo un momento di profonda inquietudine professionale, ma non solo. Temo, quindi, che uno degli effetti prevalenti risulterà essere quello della nostra frammentazione. Tale condizione ci porterà a un ulteriore indebolimento con conseguente perdita contrattuale e quindi professionale. Il desiderio, di chi ha deciso di decidere per noi, di aumentare il nostro status sociale ci ha sradicato dal nostro Territorio: il Paziente! Questa condizione ha aumentato la nostra perdita di identità, conducendoci verso una crisi di categoria i cui sviluppi futuri sono assolu-

tamente incerti. Spero mi sia permesso un breve cenno personale sul significato, immaginario, della parola “slow”, lento. Questo termine, bellissimo, che non è necessario legare alla nostra Professione per poterne comprendere il valore e le potenzialità ancora inesprese, evoca un forte richiamo al ragionamento, alla riflessione, alla noia, alla considerazione dell’altro, all’inclusione, al territorio, al buon cibo, alla chiacchierata, al silenzio, alla comprensione, all’accettazione, alla sensibilità, ai piccoli borghi e a ciò che vi piace aggiungere. Ciò ci aiuta a comprendere come la nostra Professione non possa risultare slegata da quello che è il contesto sociale in cui viviamo. Quindi quando parliamo di Noi Infermieri parliamo di Noi Cittadini, di noi Donne e Uomini. Il contesto sociale, di disfacimento del senso di collettività, ha colpito anche la Nostra Categoria. Come Infermieri siamo divisi dall’immaginazione del futuro della Nostra Professione sostanzialmente in due macro categorie: la prima che pone la concentrazione dei propri sforzi verso un aumento delle competenze tecniche, per pochi non per tutti; la seconda che prova a rimettere al centro del proprio agire il Paziente. Chi come me ha orientato le proprie attenzioni su un movimento come Slow Nursing avverte la necessità di ricollocare al centro del Sistema Sanitario il Paziente. Questo desiderio comporta una presa d’atto del bisogno di maggior valorizzazione del saper essere da parte nostra; esigenza che, per essere soddisfatta, abbisogna di un accrescimento della cultura della sensibilità e del Rispetto verso il Soggetto Debole. Credo di interpretare S.N. come un movimento di opinione teso verso la costruzione di un “pensiero” e non come una corporazione attratta da una visibilità che è tipica del nostro tempo. Visibilità che risulta propedeutica ai pochi e non ai molti. Probabilmente chi come me è, ancora, attratto da una certa visione del mondo vivrà questa esperienza in S.N. come una sorta di Resistenza al tentativo di spersonalizzazione del nostro agire. Ma noi siamo figli del nostro tempo.

Auguro un buon lavoro in quel di Zelarino, rammaricandomi di non poterci essere vorrei condividere alcune mie riflessioni circa una giornata genovese di studi sulla medicina orientata verso la Persona.

Incominciamo dall’inizio. Il Palazzo Ducale di Genova, situato nel cuore della città, nell’espressione del proprio entourage, da anni organizza eventi culturali che spaziano dall’arte, alla storia, al sociale, alle 2 guerre mondiali ecc. ecc. ecc. quest’anno è stato riservato uno spazio anche alla Medicina. Questi incontri sono molto sentiti e partecipati dalla cittadinanza. Naturalmente ogni tipologia di evento ha il proprio pubblico.

Intendo riferirmi all’incontro/evento il cui tema è stato: per una medicina della persona, tra filosofia e scienza. Relatore il Prof. Murialdo, attualmente Professore Ordinario della facoltà

tà di Medicina e Chirurgia e Direttore della U.O. MEDICINA 3, noto, anche, come Archeologo ed esperto delle discipline umanistiche.

La sua relazione verteva sull'aumento dell'età media di vita dell'essere umano che dall'1800 a oggi è passata da 40 anni agli attuali 80/85 e di come il solo sviluppo della tecnologia non è in grado di fornire adeguata spiegazione a tale positivo fenomeno.

Il Prof. Murialdo, tra le altre cose, ha fatto cenno dello sviluppo del concetto di malattia e guarigione da trascendentale a scientifico, passando attraverso il Positivismo scientifico.

Terminato questo excursus temporale, il Professore ha parlato del futuro del concetto di cura. Il tema da lui reso noto al pubblico è stato quello relativo ai concetti di dignità, integrità e informazione. Con adozione di un modello Bio-Psico-Sociale del 3° millennio. Ha fatto cenno al bisogno di cogliere, nello specifico, l'unicità della persona e di coglierla nella propria complessità. Ha parlato, poi, della medicina EBM e dei forti costi che questa comporta. Naturalmente il soggetto, unico, protagonista del concetto di cura della persona è, per lui, il Medico.

Detto ciò, la relazione è durata circa 50 minuti, ho il desiderio di condividere con voi tutti alcune mie personali riflessioni, in merito.

La prima, la più palese è che l'emerito non ha mai fatto cenno alla Professione Infermieristica, a chi veramente è dedito al processo di cura e segue costantemente tutti i bisogni del Paziente. Nulla di diverso dal solito, verrebbe da dire, se non che l'incontro è aperto alla cittadinanza e quindi, per l'ennesima volta, si pone il Medico al centro delle politiche della guarigione. Noi non esistiamo.

La seconda è quella che il Relatore si dimentica, o non vuole, o non sa, parlare della sanità come "Sistema Complesso" e quindi delle proprie interconnessioni, interrelazioni e interazioni con tutto ciò che lo riguarda (tecnologia, etica, inclusione sociale, religione, aspetto sociale dello Stato, risorse economiche a disposizione.....) se si pensa che il sistema sanità sia ancora un sistema lineare di stampo cartesiano si è decisamente fuori strada. La sanità è un sistema complesso e come tale deve essere considerato.

La terza, riflessione personale, è strettamente correlata al punto precedente; altrimenti di che sistema complesso staremmo parlando? Si tratta dello sviluppo delle condizioni affinché il processo di cura incentrato sulla Persona, si possa rendere realmente possibile. Non si deve più parlare di cause, servono solo ad alimentare la "blame culture", ma di Condizioni che necessitano affinché il Paziente possa avere un processo di cura persona-

lizzato. L'esiguità delle risorse economiche e del personale risultano, almeno, due elementi di criticità palese.

La quarta è legata alla legge Gelli/Bianco, la quale definisce le "linee guida" come inderogabili, cui ogni deviazione deve essere segnalata e spiegata. Ora io mi, e vi, pongo il mio dubbio: le Linee Guida sono adatte ad un percorso di cura personalizzato o tendono a pianificare e rendere trasversale le cure? Aiutano o no i Professionisti della salute ad interpretare in maniera olistica le esigenze del soggetto curato?

I POTESI INFERMIERE

Enrico Gianfranceschi – Infermiere - Milano

Quando si pone un'ipotesi ci si proietta nel futuro o perlomeno in un possibile futuro, che tutti vorremmo positivo e proficuo; ma per avere un futuro è necessario avere oggi basi molto forti, e che il passato e il presente siano stati e siano ancora in grado di costruire in maniera altrettanto forte i presupposti per un adeguato sviluppo "culturale".

Ripercorrendo il passato gli infermieri sono citati nella "cura" da prima dell'avvento di Gesù Cristo, con un ruolo estremamente rilevante nelle società del periodo.

Di infermieri si è continuato a parlare anche dopo l'avvento del cristianesimo, sicuramente con minor enfasi e soprattutto come "missione" più che professione.

In tempi più recenti (più de 150 anni) è arrivata Florence Nightingale che ha dettato le linee dell'infermiere moderno con un maggior livello di professionalità e minor attitudine alla missione.

Nel secolo scorso sono state sviluppate tante teorie del nursing che hanno elevato ulteriormente il livello professionale e culturale dell'infermiere, sempre meno legato alla missione e sempre più professionista.

Ma allora quale sarà lo sviluppo futuro della professione? se questi sono i presupposti, cioè una costante crescita sia in termini di professionalità sia di riconoscimento sociale, allora non possiamo che aspettarci un futuro di costante sviluppo e crescita.

Ma allora perché si ha la percezione che questo futuro non sarà roseo e che siamo ad un punto critico per lo sviluppo della stessa categoria.

Voglio andare controcorrente, anche violentandomi psicologicamente perché anche io sono tra quelli che non riescono a vedere un futuro positivo, ma solo perché forse sono miope e allora voglio essere “positivo”.

Se analizziamo bene alcuni recenti accadimenti con una chiave di lettura differente, allora potremmo vedere che certe proposte normative, di primo acchito scandalose ed irrispettose, sono in realtà lo strumento di difesa di altri professionisti perché hanno “paura”.

Ebbene si gli infermieri fanno paura perché siamo tanti e soprattutto siamo tosti, non ci mancano competenza e conoscenze, siamo in grado di assumerci le responsabilità e questo ci porta ad avere una autonomia professionale e decisionale.

Quello che probabilmente ancora ci manca è sicuramente la visibilità, ma ritengo sia un problema minore e sono assolutamente certo che i nostri assistiti sanno bene chi sono gli infermieri e soprattutto cosa valgono e questa la corretta ottica di visibilità a cui mirare.

Sta comunque a noi per primi essere rispettosi o orgogliosi della professione e di ciò che siamo e di quanto valore umano ci portiamo appresso e che non è un peso ma una precisa responsabilità che fa della professione infermieristica la “professione più bella del mondo” Cosa possiamo e dobbiamo fare?

Suggerisco certamente di restare uniti ed aumentare il livello culturale attraverso anche un costante aggiornamento di conoscenze basate sulle evidenze che possano essere poi realmente applicate nelle realtà quotidiane di assistenza.

Per farmi capire, Luciano ci esorta nei suoi corsi sul cateterismo di gestire tutte le attività con tecniche asettiche, per poi scoprire che i presidi forniti vanificano qualsiasi nostro sforzo.

E' a questo punto che dobbiamo essere uniti ed “allearci” con i nostri assistiti e con i nostri vicini per competenza, in questo caso i Medici di medicina generale, per raccogliere dati per dimostrare l'impatto economico (perché per quanto brutto sia da dirsi è l'unica lingua che conoscono che gestisce il potere economico) che comporta il mancato utilizzo di presidi corretti.

Altro esempio può essere quello relativo all'igiene delle mani, da sempre considerato lo strumento principe per la prevenzione delle infezioni, ad oggi il livello di adesione è bassissima, ma se domandiamo agli operatori, questi sanno sia come sia quando eseguire l'igienizzazione delle mani, allora come infermieri dobbiamo innanzitutto attenerci a quanto indicato, essere anche d'esempio, ma nel contempo assumerci la responsabilità di far rispettare le indicazioni.

Ma per fare questo ci vuole

1. **Coscienza del proprio ruolo**
2. **Maggiore dedizione** che non vuol dire volontariato ma maggior impegno e concentrazione in ciò che facciamo; in poche parole essere più professionali e partecipativi e meno rinunciatari
3. **Metodo** si perché siamo quelli che facciamo tanto ma analizzano poco

Forse queste sono le aree che dobbiamo sviluppare per poter avere un futuro adeguato alle nostre aspettative.

UMANITÀ, FRAGILITÀ, TENEREZZA. UN INVITO ALLO “SHORT NURSING”

Valter Fascio. *Infermiere, confratello Ordine di S.Maria di Ivrea osb.*

Chi voglio essere? Perché mi serve un “nemico”? A chi appartiene la professione? Dove mi portano spiritualità e scienza? Che cosa voglio dalla professione: libertà o rivoluzione? A quando dalla “tenerezza” allo short nursing?

Questi e altri interrogativi nascono dopo Venezia 2018 da un filo conduttore interno all’idea del futuro professionale che ci aspetta, articolati in sei brevi domande nello stile slow nursing. Le possibili risposte, come annotava Georg Simmel, avvengono in un tempo post moderno “sovreccitato” al punto che gli individui - per una spontanea reazione naturale difensiva - assumono lo stile dell’home blasé, il quale oscilla tra l’esaltazione e lo sfinimento condannato al limbo dei dilemmi dualistici; si auspica che possano comunque servire a stimolare il pensiero e la riflessione critica per riscoprire il senso di una professione.

Mi sto avvicinando alla sesta decade di vita. Non so se sono quello che volevo essere, ma ho avuto tempo per diventarlo eccome. Da giovane scelsi la strada dell’infermiere. L’ho percorsa assiduamente senza sosta. È una strada oggi giorno in salita, presenta dilemmi, appunto, implica continuamente una scelta tra coerenza etica-deontologica e contingenza-prassi quotidiana. Nella società, a cui si appartiene, nuovi insegnamenti predominanti e contraddittori prescrivono l’enjoy yourself - in passato più che altro una trasgressione dalla norma - ora trasformato in imperativo categorico cool, affascinanti e vincenti, efficienti, al passo con i tempi. Il risultato è visibilmente sotto gli occhi di tutti ed è miseramente infelice ed estenuante. Tirati da parti opposte nel letto di Procuste tormentose: le tv e i social media prescrivono l’ideale del godimento immediato ed esibito; dall’altra, ci viene imposto di

vigilare sulla nostra salute e benessere, su quella degli altri di cui ci prendiamo cura e su tutto quanto accade intorno a noi. Come confratello benedettino, invece, non ho mai avuto dubbi o ripensamenti. Certo, personalmente, si è trattato di un doppio sforzo, in una società relativista distratta è ulteriormente complicato professare e praticare un credo, laico o confessionale che sia. Difficile, anche, cercare di far comprendere la necessità di coniugare il bisogno di spiritualità con la scienza e il progresso, con l'unico fine di migliorare lo stato di salute delle persone sane o malate in risposta ai loro bisogni singoli e specifici (Sergio De Piccoli).

A me l'idea di contrapporsi sempre ad altri considerandoli "nemici" così come di voler "avere una ribalta a tutti i costi" mi sembra un fallimento umano, esistenziale e professionale. Confesso che non avrei avuto né le forze né la pazienza tantomeno l'umiltà necessaria per affrontare chiunque incontri per strada, se in tutti questi anni non avessi ricevuto anche una formazione religiosa e spirituale; essere consapevoli innanzitutto di sé stessi. Del resto, bisogna essere cauti perché nel mondo esiste anche l'ingiustizia e l'amicizia talvolta è soltanto di facciata. Oggigiorno la questione non sta tanto nelle modalità con cui si concepisce la professione. Se la contrapposizione nasce da una sincera passione per le radici umanistiche (missionari) piuttosto che per le legittime aspirazioni derivanti dagli sviluppi legislativi (novatori) potrà essere costruttiva. Diversamente, invece, se la questione è fonte di polemica fine a sé stessa, oppure arma da usare per supremazie culturali o politiche.

La professione, come tutto il mondo, di fatto, risponde a tanti padroni. Dovrebbe appartenere a tutti gli infermieri, promotori autentici e liberi da condizionamenti che hanno in primo piano l'ascolto delle esigenze delle persone, le quali non devono dare per scontato quanto ricevono; la professione appartiene anche alla società, considerando che gli stessi infermieri possono mancare o ammalarsi. Sono sempre più convinto, pur senza tirare in ballo la parola missione puntualmente indicata dal Papa - la quale ha ricevuto tanti plausi - una condivisione collettiva su questo tema sia fondamentale altrimenti prima o dopo le incomprensioni porteranno al punto di non ritorno.

La spiritualità e la scienza sono purtroppo ancora suscettibili di un uso improprio; ma anche di un enorme potenziale educativo comune se viaggiano insieme (Emanuele Caruso). Le associo alla speranza solamente quando in una nuova comunità generativa servono davvero a rispettare la dignità dell'uomo, con cautela, sapienza e serenità, riconoscendo in ogni fase della vita i limiti della sola tecnica.

Il nursing è anche un'arte. L'arte parla alle coscienze e possiede la facoltà di essere educativa, oltreché catartica, facilitatrice di relazioni evolutive. In questo senso il nursing potrebbe essere anche liberatorio - se ci è concesso il termine - perché con questa accezio-

ne conferisce all'uomo, sano o malato, la prospettiva critica e gli fornisce strumenti e criteri per comprendere meglio la società ed esprimere compiutamente sé stesso. Se invece segue l'ottica persuasiva forse la sua natura diventerebbe anche socialmente rivoluzionaria, in un senso molto più ampio - non solo ontologicamente - ma per questo prevalentemente di "illusione" o di lotta di potere.

Il Papa che ben conosce il pensiero dei teorici della liberazione, senza promettere paradisi in terra e neppure inutili rivoluzioni, di recente (Udienza della FNOPI, 3 marzo 2018) ha indicato agli infermieri la tenerezza come vero atto di autentica conoscenza chiave per capire l'ammalato; presuppone un'attenzione molto profonda - non distratta - ai segni che ci vengono dagli altri. Il poter rivoluzionario gentile della tenerezza - ripulita da immagini smielate sentimentaliste e inopportune - come strumento sconosciuto di lotta sta proprio nella possibilità di portarci a scoprire il senso del limite e della fragilità dell'uomo, sano o malato (Kurt Appel). In questa precisa prospettiva, ha inteso cogliere la haecceitas, come spiegavano i filosofi medievali, la insostituibile "singolarità" che ogni infermiere deve saper cogliere nell'atto comunicativo, quindi di conoscenza profonda e non superficiale dell'uomo di cui intende prendersi cura. Aggiungerei, solo a margine, che la tenerezza ci pone in contatto soprattutto con la "parte fragile" di noi stessi e degli altri, con la finitezza e mortalità. Si tratta, perciò, di comprendere bene, come dice S. Paolo, che "il tempo si è fatto breve": non nel senso che mancherebbe ma che in ogni istante della nostra professione e in ogni atto è il tempo che decide tutta la qualità concreta del nostro essere. Slow nursing, dunque, ma anche il chiaro invito a pensare in una prospettiva di short nursing.

In conclusione, si può recuperare la dimensione della tenerezza come ci è stato suggerito da una voce esterna tanto autorevole come Francesco? Verrebbe da dire, gli spazi per l'umano che malgrado tutto si ostina ancora ad abitare ed emergere in noi ed il tempo per dare senso alle relazioni? Come leva identitaria di gruppo in un periodo di shock saremo capaci di tutto ciò? E soprattutto ne saremo degni, in alternativa alla tentazione di un arroccamento, scegliendo controcorrente con capacità di discernimento l'invito a percorrere un cammino in forte salita ma che facilita l'incontro umano senza relativizzare la verità?

Parafrasando Roland Barthes, per una "Nouvelle philosophie" applicata al nursing sentimentalista del sorriso oppure una fuga dal mondo? No, affatto, per l'amor di Dio. Semmai semplicemente perché dobbiamo dirci infermieri.

ETICA DEL NURSING: APPUNTI PER UNA PRATICA DELLE VIRTÙ IN AMBITO INFERMIERISTICO

Maria Teresa Russo – *Dipartimento di Scienze della Formazione, Università Roma Tre*
mariateresa.russo@uniroma3.it

La progressiva aziendalizzazione dei servizi sanitari rischia di trasformare la cura in un processo standardizzato dove dominano i protocolli e il tempo per la relazione con il malato si considera un lusso poche volte consentito. L'introduzione di una mentalità tayloristica, ispirata a misurazioni quantitative e a parametri di efficienza ispirati a una visione "cottimistica" della cura, pur avendo indubbiamente accorciato i tempi di intervento in casi di urgenza e ridotto le patologie iatrogene, impedisce tuttavia di considerare il malato come una unità globale e complessa, con una storia personale e familiare, che va interpretata e in qualche modo decifrata. Richard Sennett ha rilevato come dagli studi condotti sui modelli adottati in sanità nell'Europa occidentale sia emerso nel personale medico e infermieristico un sentimento di profonda frustrazione, per la pressione di doversi adeguare ai parametri istituzionali². Egli cita l'esempio della Gran Bretagna, dove, per far fronte ai problemi dovuti al deterioramento del sistema, è stato adottato un modello "fordista" di assistenza sanitaria, basato sul monitoraggio del tempo che medici o infermieri dedicano a ciascun paziente. "Poiché si basa sul metodo utilizzato per trattare le parti di un'automobile –osserva Sennett– questo sistema tenderà a trattare un fegato tumorale o un osso fratturato, piuttosto che il paziente nella sua interezza. [...] Nella medicina secondo il modello fordista, deve esserci una malattia specifica da trattare; la valutazione della prestazione del medico sarà dunque fatta misurando il tempo impiegato per curare quanti più fegati possibile e contando il numero di fegati che sono stati guariti"³. Questa impostazione, se da un lato ha migliorato l'organizzazione di una serie di processi dal punto di vista quantitativo, dall'altro ha prodotto un netto peggioramento della qualità dell'assistenza. Il problema è che l'analisi razionale dei processi e la loro scomposizione in sequenze programmabili e controllabili mal si adegua al lavoro di cura, che si realizza attraverso una relazione e ha come oggetto una realtà, quella dei corpi, impossibile da inserire totalmente in un sistema classificatorio. In un recente articolo, si racconta di una signora che si era annotata alcune domande da porre al medico durante una visita di controllo, ma fu subito bloccata con la motivazione che non c'era tempo per considerare punti che esulavano

² Cfr. R. Sennett, *L'uomo artigiano*, Feltrinelli, Milano 2009, pp. 52-57.

³ *Ivi*, p. 53 e 55.

dall'elenco standard e che avrebbe dovuto programmare una visita apposita per discutere le sue preoccupazioni⁴.

In questo contesto, la funzione dell'infermiere acquista un rilievo particolare per arginare l'avanzata di una medicina impersonale e rigidamente ancorata alla standardizzazione dei processi. Certamente la carenza di personale influisce sulla qualità delle cure prestate, anche laddove ci fossero le migliori disposizioni per realizzare un servizio a misura di ogni persona. Secondo un recente studio condotto presso alcuni ospedali inglesi ci sarebbe addirittura una correlazione tra il numero di infermieri e il tasso di mortalità dei pazienti⁵: questo risulterebbe inferiore del 20% quando ogni infermiere ha in carico un numero di pazienti pari a 6 o meno, mentre in Italia, ad esempio, il carico è superiore a 12 e in alcune regioni a 18.

L'ampiezza e il valore dell'esperienza infermieristica sono pertanto insostituibili, sia in vista dell'efficacia delle prestazioni sia per un reale prendersi cura del malato, giacché gli infermieri condividono con i pazienti e le loro famiglie una narrazione della malattia che è ben più ampia della rapida anamnesi⁶. Come è stato osservato, l'infermiere nel relazionarsi con il paziente e nell'ascolto dei suoi racconti, può cogliere quasi casualmente indizi utili sulla malattia che potrebbero non essere previsti in una check list diagnostica. Osserva Patricia Benner: "Il rapporto infermiere-paziente non è un progetto uniforme e professionale ma piuttosto un caleidoscopio di intimità e distanza in alcuni dei momenti più drammatici, toccanti e banali della vita"⁷.

Nella letteratura del nursing lo spessore etico che possiede la pratica infermieristica viene esemplificato nella categoria ormai nota dell'*advocacy*, concetto complesso che si riferisce a una pratica di cura che va oltre il tradizionale modello biomedico. Con questo termine si intende esprimere quell'atteggiamento empatico dell'infermiere da mantenere in ogni situazione assistenziale, per favorire nel malato una personale elaborazione dei significati di salute-malattia e aiutarlo a sincronizzare nuovamente i ritmi di vita.

La funzione di *advocacy* (appoggio e difesa), sebbene attribuibile alla competenza relazionale ed etica di ogni professionista sanitario, lo è in particolare dell'infermiere, proprio in

⁴ P. Hartzband – J. Groopman, *Medical Taylorism*, in "New England Journal Medicine", (2016), n. 374, pp.106-108.

⁵ Peter Griffiths et al., *Registered nurse, healthcare support worker, medical staffing levels and mortality in English hospital trusts: a cross-sectional study*, in "British Medical Journal Open", 5 maggio 2016: <http://bmjopen.bmj.com/content/6/2/e008751.full>

⁶ P. Benner – J. Wrubel, *The primacy of caring: Stress and coping in health and illness*, Addison-Wesley, Menlo Park, CA 1989.

⁷ P. Benner, *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*, Addison-Wesley, Menlo Park, CA 1984.

ragione del rapporto continuativo che spesso ha con il paziente, gruppo, comunità che assiste e per gli speciali sentimenti di vicinanza che riesce ad instaurare con i soggetti non in salute.

In riferimento alla relazione tra infermiere e paziente, l'*advocacy* è considerata il fondamento filosofico del nursing⁸ e viene intesa come “il supporto al paziente in tutte le situazioni assistenziali, per garantire i diritti e gli interessi del paziente in una sincera partnership dove gli infermieri vedono il paziente come un vero amico”⁹. Sebbene la nozione di amicizia possa esporsi a una deriva paternalistica, la definizione mette in luce quanto anche altri affermano e cioè che “il ruolo di *advocacy* consiste nell’informare e supportare il paziente in qualunque decisione assistenziale condivisa”¹⁰.

Pur nella molteplicità delle interpretazioni, si può individuare in questa nozione un nucleo comune, riconducibile alla pratica di specifiche virtù, che sono qualcosa di più delle anglosassoni *skills*, in quanto fanno riferimento non tanto ad abilità o competenze, ma al risvolto etico e valoriale del proprio lavoro. Oggi si è passati da un’etica intesa come *know what* a un’etica intesa come *know how*: la prima era basata sulla argomentazione, il dialogo, la comprensione logica dei contenuti valoriali e normativi; la seconda è invece l’etica pragmatica fatta di abilità, *skills*, coping, e come tale basata sui risultati.

L’etica delle virtù è invece un’etica dell’atto di cura e anche un’etica della relazione di cura. Ha al centro la centralità del soggetto –medico o infermiere– che agisce e decide in quanto professionista e in quanto persona, anziché il “sistema delle cure”, che è anonimo e impersonale. In questa pratica quotidiana, l’esercizio delle virtù fa da cerniera tra la deontologia e la sollecitudine e rivela il senso profondo di un lavoro realizzato nel rispetto della persona espresso anche dall’osservanza delle norme. E’ centrata sul momento applicativo del giudizio morale e fornisce criteri chiari per agire: per questo rende più idoneo l’operatore sanitario a confrontarsi con i problemi che sorgono abitualmente nel suo lavoro. In questa prospettiva vi è una diretta relazione tra l’essere un infermiere virtuoso e la buona pratica professionale.

Nel concetto di *advocacy* infermieristica sono centrali due funzioni: informare il paziente e supportarlo nelle sue decisioni assistenziali, evitando il rischio di imporre scelte e trattamenti e invece arrivare ad un rapporto dialogico con il malato di mutuo scambio di infor-

⁸ L. L. Curtin, *The nurse as advocate: A philosophical foundation for nursing*, in “Advances in Nursing Science”, (1979)1, 3, pp. 1-10.

⁹ B. Gates, *Advocacy: a nurse guide*, Scutari Press, London 1994.

¹⁰ Kohnke M.F., *The nurse as advocate*, in “American Journal of Nursing” (1990) 80, 11, pp. 2038-2040.

mazioni e di promozione della salute¹¹. In questa prospettiva, il ruolo specifico dell'infermiere è quello di favorire l'autonomia del malato, in modo che possa condividere le decisioni di salute, nel rispetto dei suoi valori.

Significativo, a questo proposito, l'insegnamento lasciatoci da Allan Macurdy¹², malato per anni di distrofia muscolare, il quale dall'esperienza di malattia aveva tratto una serie di considerazioni sulla necessità che gli operatori sanitari ascoltino e rispettino il malato come principale attore del suo processo assistenziale. Egli riteneva che la sua vulnerabilità nel corso della malattia fosse dovuta non alla malattia e al suo trattamento, ma allo staff dell'ospedale che banalizzava il suo desiderio e diritto di partecipare in tutte le decisioni sulla cura. In questo caso la *advocacy* assume una modalità paternalistica e diviene una forma larvata di potere in cui le decisioni sono prese unilateralmente convinti che siano le migliori, senza consultare il paziente. Racconta Macurdy:

“Troppo spesso un dottore o un'infermiere entra nella mia stanza e parla ad altri professionisti o a un membro della mia famiglia piuttosto che a me. Lo staff medico ha anche cercato di ordinare per me nei ristoranti, fare richieste per me nei grandi magazzini e si è arrogato il diritto di rimproverare il portiere nel mio condominio perché l'ascensore non funzionava- tutto nel nome della mia assistenza sanitaria. Tali azioni sono non solo corrosive per la mia autostima, ma minano le mie personali interazioni e la mia integrità professionale, inducendo la percezione che i miei bisogni siano così estesi da rendermi irrilevante e quasi invisibile”¹³.

Havi Carel, docente alla Bristol University, insiste sulla rilevanza etica di prendere in considerazione la narrazione e il punto di vista del malato nella relazione di cura. La Carel applica all'ambito sanitario le riflessioni di Miranda Fricker¹⁴, la quale definisce “ingiustizia epistemica” il denigrare o declassare la testimonianza di qualcuno a causa del pregiudizio di chi ascolta, esercitando così una forma di oppressione. Nella relazione con il malato si può dar luogo a tale tipo d'ingiustizia, quando non soltanto si priva di credibilità il narrante, ma anche lo si offende in qualità di soggetto conoscente. La studiosa distingue due tipi d'ingiustizia epistemica di cui i malati possono essere vittime nella pratica clinica: la *testimonial injustice* e l'*hermeneutical injustice*. La prima si ha quando le narrazioni dei pazienti

¹¹ S. Gadow, *Existential advocacy: Philosophical foundation of nursing*, in Spicker S.F. - Gadow S., *Nursing, images and ideals: opening dialogue with the humanities*, Springer, New York 1980; *Advocacy nursing and new meanings of ageing*, in “Nursing Clinics of North America”, (1989) 14, 1, pp. 81-91.

¹² A. H. Macurdy, *Mastery of life*, in J. Young-Mason (Ed.), *The patient's voice: Experiences of illness*, F. A. Davis Company, Philadelphia 1997, pp. 8-17; G. J. Mitchell- D. A. Bournes, *Nurse as Patient Advocate? In Search of Straight Thinking*, in “Nursing Science Quarterly”, Vol. 13 No. 3, July 2000, pp. 204-209.

¹³ . H. Macurdy, *Mastery of life*, p. 13.

¹⁴ M. Fricker, *Epistemic Injustice: Power and the Ethics of Knowing*, Oxford University Press, Oxford 2007.

sono escluse dalla considerazione epistemica perché considerate sospette o cognitivamente inaffidabili, quindi liquidate dai medici come irrilevanti perché confuse, troppo emotive o giudicate come un'inutile perdita di tempo. L'autocensura del paziente che squalifica la sua stessa testimonianza rientra in questo tipo di ingiustizia epistemica¹⁵. L'ingiustizia ermeneutica, invece, ha luogo quando i pazienti non sono in grado di articolare in maniera concettualmente chiara la propria esperienza di malattia, che per questo non è riconosciuta come fonte importante di informazioni, ma subordinata all'autorità dei medici. Questi due tipi di ingiustizia sono frequentemente vissuti dal malato nella pratica clinica quando cerca di esprimere la propria esperienza e le sue perplessità riguardo alla cura della sua patologia. La Carel argomenta che la giustizia epistemica impone, al contrario, di riconoscere le testimonianze e le storie delle persone malate, includendole all'interno di una considerazione epistemica che ne riconosca il loro valore terapeutico e diagnostico. I professionisti della salute, continua la studiosa, godono di un privilegio epistemico in virtù della loro formazione e delle loro competenze. In realtà sia gli operatori sanitari sia le persone malate sono epistemicamente privilegiati, ma nella relazione medico paziente si profila una sorta di gerarchia implicita dove solo lo stato epistemico del professionista sanitario "conta davvero", a discapito di quello del paziente. Le pratiche del sistema sanitario contemporaneo incoraggiano l'ingiustizia epistemica nel momento in cui preferiscono certi stili di narrazioni ben articolate, possibilmente scandite in un corretto linguaggio medico e privilegiano i rapporti impersonali, cosicché i pazienti, afferma la studiosa, troppo spesso sono visti come "oggetti" di pratiche diagnostiche, piuttosto che come partecipanti nel percorso di cura.

Per essere realmente un "avvocato di supporto" del paziente, l'infermiere ha la responsabilità di adempiere a una serie di compiti nei confronti del malato che Abrams¹⁶ esprime con i seguenti verbi: consigliare, alleviare (i timori), consolare, aiutare (a prendere decisioni giuste sulla propria salute), informare (circa i propri diritti), rappresentare (quando non può rappresentarsi da solo), monitorare (la qualità della cura); assicurarsi (che i diritti siano rispettati). Come si può notare, questi compiti sono riconducibili alle quattro classiche virtù, teorizzate da Platone e Aristotele: prudenza, giustizia, coraggio, autodomínio.

C'è comunque da fare una precisazione: porre al centro l'autonomia del malato non comporta il considerare sovrana ogni sua decisione, quanto piuttosto ribadire la necessità

¹⁵ H. Carel, I. J. Kidd., *Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis*, in "Medicine, Health Care and Philosophy" 17, 2014, pp. 529–540.

¹⁶ N. Abrams, *A contrary view of the nurse as patient advocate*, in T. Pence & J. Cantrall (Eds.), *Ethics in nursing: An anthology*, National League for Nursing, New York 1990, pp. 102-105.

dell'ascolto, della ricerca del consenso, del rifiuto di ogni forma di accanimento terapeutico, che non è tuttavia l'adesione passiva ad ogni sua richiesta¹⁷. Occorre il giusto equilibrio tra prossimità e distanza per decifrare quale sia il vero bene per il paziente e fare in modo che ne divenga consapevole. Per questo, c'è chi ha tracciato una sorta di identikit dell'infermiere "avvocato", da non considerare una sorta di ideale irraggiungibile, ma un modello a cui ispirarsi, senza la pretesa di realizzarlo alla perfezione. L'infermiere dovrebbe essere un "*competent knower*", che cioè conosce bene la *illness narrative* del paziente; un "*competent doer*", perché agisce a favore del malato secondo le sue richieste, ricoprendo un ruolo di mediatore tra i suoi desideri e le migliori strategie assistenziali e di cura; un "*humanizer*", ossia un professionista componente di un'équipe assistenziale che interviene a favore del paziente, lo incoraggia e lo tratta come persona portatrice di specifici valori etici¹⁸.

Risulta evidente che queste competenze possono essere assolte solo scambiando costantemente informazioni tra medico o équipe medica, paziente, persone significative per il paziente ed équipe infermieristica, in un circolarità che assicura la completezza del lavoro di assistenza. Senza negare le difficoltà che possono sorgere, a causa di possibili conflitti tra istituzione e soggetti in essa coinvolti, è comunque da ribadire che, per il suo profilo professionale, l'infermiere ha il ruolo di mediatore assistenziale tra progetto di cura medica, progetto di assistenza infermieristica e paziente.

Nella complessità dell'attuale sistema sanitario, solo se l'alleanza tra medico e malato si estende all'alleanza tra medici, infermieri e personale sanitario, per costituire una vera e propria *comunità di alleanza (covenanted community)*, assumendosi una responsabilità condivisa, si può essere in grado di prestare una cura realmente a misura di persona, di ogni persona¹⁹.

¹⁷Cfr. M. T. Russo, *Nursing ethics and the value of life in a changing world*, in "Salute e Società. Scenari plurali dell'assistenza infermieristica", 2013, XII, n. 3, pp. 183-187.

¹⁸ A. Giorgi, *Sketch of a psychological phenomenological method*, in A. Giorgi, *Phenomenology and Psychological Research*, Dusquesne University Press, Pittsburgh 1985.

¹⁹ W. MAY, *The physician's covenant: images of the healer in medical ethics*, Westminster John Knox Press, Louisville, 2000² (la prima edizione è del 1983).

IL RITORNO ALLA REALTA'

Luca Sinibaldi – Infermiere - Pisa

Il ritorno alla realtà, dalla propria "routinaria esistenza", raggiungere un gruppo di persone unite da un interesse originale nel panorama italiano, cioè quello della riflessione filosofica sul significato dell'essere infermiere, tornare di schianto nella Geenna di una Medicina Generale.

L'idea del "sognare senza essere svegli".

Perché è questo che accade quando la compromissione, la partecipazione ai concetti espressi in un bel convegno non diventano personali.

In tutti i precedenti convegni a cui ho partecipato, rigorosamente ECM, il meccanismo era questo: venire a vedere un tipo di sogno e poi tornare a dormire.

Il che...insomma, sempre per usare le parole espresse, rende liquefatti, all'apice della schizofrenia. Quello che capisco per il momento di Slow Nursing è che....rende possibile la partecipazione personale al sogno.

Che non è realtà immediatamente esigibile ma neppure non realtà, finché la riflessione, la discussione sul sogno dell'identità è viva e tesa ad unificarsi, è possibile. E che questa possibilità è resa tale da ciascuno di noi, portatore di sogno se vuole rimanere sveglio e tendere alla sua realizzazione.

Il rapporto mette in chiaro, mi pare, quanto questa capacità di sogno tenda paradossalmente a ridursi tra le nuove generazioni.

Forse perché il passaggio ad una società liquida ha ormai insinuato il tarlo della irrisolvibile questione del coniugare in prassi la buona teoria, le buone pratiche attinte anche e non solo dalle evidenze scientifiche.

Gli ECM sono farlocchi, i Masters sono farlocchi, gli Accredamenti aziendali sono farlocchi, le Linee Guida sono farlocche, le Istruzioni Operative sono farlocche, i piani di attività sono farlocchi, tutta l'organizzazione infermieristica è farlocca.

Non resta che fare resistenza con la propria carne, per tentare di restare svegli col proprio sogno.

Ci si prova ma si finisce sepolti sotto il macigno, il grosso dente di un ingranaggio di cui non si vedono neppure i margini

LA LUCE DEL WEB...LE NOSTRE ILLUSIONI

Franco Ognibene – Infermiere - Bologna

La comunicazione infermieristica negli ultimi 15-20 anni si è diversificata in modo importante, dalla classica rivista scientifica, dai documenti aziendali l'evoluzione tecnologica ci ha travolto. Tante le possibilità, che come un tornado alla fine fanno tabula rasa e non lascia nulla. La comunicazione più seguita dagli infermieri è quella su facebook, dove c'è la gara a fare gruppi ed avere un peso a seconda del numero di iscritti. Il numero da un'idea della dimensione, senza pensare a grandi numeri 2 o 20 fanno una bella differenza, ma alla fine dipende dal cosa ci fai. Tanti gruppi facebook sono artificiali, formati con un'aggregazione inconsapevole e usati come se fossero una lista per inviare post acciappa click. Questo è devastante per la professione perché crea la formazione di flussi chiusi e alla fine il social non ha più la sua valenza social e il senso della condivisione si perde. Il gruppo su facebook è grande anche se fatto da poche persone, ma nel loro agire hanno un obiettivo e lo perseguono. Oggi come ieri il gruppo che agisce, che da' dimostrazione della propria presenza ha un effetto per i partecipanti, per la professione ed i lettori/visitatori occasionali che possono essere anche laici ed avere una visione di una professione attiva e creativa.

Slow nursing ne è un esempio. Coerenza e verità... le stiamo perdendo, come falene guardiamo ammirati la luce del web e con esso ci confrontiamo. Vogliamo raccontare di noi, del bello e dei problemi che ci fanno forti. Ma poi, non troviamo il tempo per conoscere chi ci sta vicino ed in esso vediamo solo le nostre illusioni.

LA LUCE CONFUSA E STERILE DEL WEB

Concetta Brugaletta – *Infermiera - Londra*

Il contributo di Franco è chiaro, e sono d'accordo che c'è bisogno di essere consapevoli su come sta avvenendo la maggior parte della comunicazione infermieristica. Se il web con i "post acchiappa click" come scrive Franco, è il fine della comunicazione, allora è uno spazio di confronto sterile. Sento questo problema vicino non solo per la mancata opportunità di crescita professionale a cui Franco fa riferimento quando parla di "flussi chiusi" ma anche per un aumento di confusione a cui il paziente o il cittadino è sottoposto. Con questa riflessione, che provo a spiegare di seguito brevemente, vorrei sottolineare il dovere che sento da infermiera di tradurre e veicolare messaggi di cura semplici ai pazienti o cittadini.

Se assumiamo che l'infermiere abbia un'identità professionale riconosciuta e che quindi i cittadini si fidino delle informazioni che diamo, inviterei tutti a essere cauti e dedicare tempo alla scrittura e pensare a quello che è il significato delle informazioni che si danno. A volte non è possibile spiegare in poche parole dei messaggi troppo complessi e io credo sia meglio non utilizzare slogan né di terrore né di eccessiva euforia di cui vedo pieni i post di Facebook o internet in generale. Questi slogan con la pretesa di dare informazioni si traducono in messaggi falsi. E io credo che sia ancora più grave che questi messaggi falsi siano scritti da un infermiere. Oggi più che mai è importante saper navigare sulla marea di informazioni che abbiamo e mi auguro che questo possa essere presto insegnato o almeno discusso apertamente nei luoghi di studio. In questo slow nursing mi è da guida.

IL SENTIRE PIETOSO DELLA CURA

Renata Firpo – *Filosofa - Venezia*

La riflessione sulla cura, sia nella tradizione filosofica che nel pensiero comune, presenta una particolarità: il suo campo semantico è costituito da un insieme di termini che sebbene strettamente legati tra loro presentano diverse e a volte opposte *tonalità emotive*: basti pensare alla cura come dedizione, sollecitudine, amore, ma anche come apprensione, peso, affanno. La metafora della *tonalità* per rappresentare la contraddittorietà del mondo delle emozioni, che spesso si mescolano contrastandosi, condensa efficacemente il senso del nostro vivere interiore. Come, infatti, la persona comune classifica come “giallo” o “rosso” la percezione della *tonalità* di un colore, anche se le sensazioni come “giallo” o “rosso” non si presentano in gruppi discreti ma passano impercettibilmente dall’una all’altra, così, per esempio, potrà chiamare ora “invidia” ora “rabbia” lo stesso stato d’animo.

Tale complessità terminologica e concettuale della *cura* è originata dalla questione cruciale della *relazione con l’altro* cioè da quella dimensione spazio-temporale che quotidianamente viviamo con i nostri simili. Tale dimensione viene sentita contemporaneamente come un qualcosa che accade tra l’io e l’altro, e non appartiene in quanto tale né all’uno né all’altro termine della relazione, ma nello stesso tempo avviene all’interno di ambedue:

La pluralità non è soltanto un *infra*, ma anche un *intra*: non è soltanto interculturale ma anche intraculturale, non solo intersoggettiva ma intrasoggettiva, non solo fra identità ma interna alla costruzione simbolica di ogni identità – sia essa individuale che collettiva.²⁰

La relazione di *prossimità* che ci situa in bilico tra l’*infra* e l’*intra*, che in un movimento di continuo avvicinamento ci accosta all’altro senza dissolvere nell’altro l’identità individuale, è stata chiamata dalla filosofa spagnola Maria Zambrano con un termine in un certo senso inusuale se non usurato: *pietà*. *Pietà è il saper trattare adeguatamente con l’altro*²¹, afferma la pensatrice costringendoci a riflettere su molte verità che la tradizione filosofica ci ha trasmesso e scuotendo molte certezze delle nostre conoscenze acquisite.

La Zambrano, però, non attribuisce al termine in questione il senso del linguaggio comune a cui siamo abituati: la pietà, infatti, non è da intendersi come commiserazione, filantropia, sollecitudine, dedizione, tutte tonalità emotive di grande valore, ma che non colgono alla radice la relazione d’alterità. Essa, invece, esprime il modo stesso di *sentire* l’altro, di coglierlo nella differenza, nello scarto tra l’*infra* e l’*intra* e in questa dimensione *trattare*

²⁰ Marramao G., *Passaggio a Occidente*, Torino, Bollati Boringhieri, 2009, pp. 263-264

²¹ Zambrano M., *L’uomo e il divino*, Roma, Edizioni Lavoro, 2001, p. 185.

con lui. Tale rapporto non è necessariamente concorde perché l'altro, proprio in quanto tale, contraddice ciò che si è, si oppone, resiste all'omologazione e non necessariamente conduce alla ricomposizione del dissidio: il trattare *con* l'altro è necessariamente anche un trattare *contro* l'altro e questo da ambo le parti, reciprocamente e contemporaneamente.

È possibile vedere nella figura dell'*accoglienza* e dell'*ospitalità* la rappresentazione delle dinamiche ambivalenti della coscienza con cui l'*intra* si rapporta all'*infra*, che insieme rivelano il senso della pietà.

Accogliere gli altri-molti non è scelta, bensì il modo proprio della coscienza, essendo la coscienza «atto senza attività», *apertura che non procede da decisione*. Non è, però, quella della coscienza una generica apertura, né tale apertura può dirsi una figura indeterminata dello spazio, come non può dirsi «un'aperità» o «un'apertura alla fenomenalità». La coscienza è accoglienza in quanto accoglienza dell'altro (...). Ospitalità è dunque l'altro insediato nell'io, è l'io occupato da ciò che l'altro è: imprevedibile, eccessivo, intematizzabile, dissimetrico. E quella dell'altro è un'occupazione che non conosce regole o disciplina, l'altro eccede di continuo la capacità di accoglienza dell'io, la travalica, è al di là di ogni misura.²²

Zambrano vede, dunque, nella pietà una tonalità emotiva fondamentale che permette l'apertura dell'essere alla relazione con l'altro, alla cura dell'altro come uno scambio in cui qualcosa di sé viene donato all'altro e qualcosa che appartiene all'altro è ricevuto in dono, in un doppio movimento all'interno del quale ci si sposta da sé per essere ospitati e nello stesso tempo si fa il vuoto in sé per ospitare l'altro. In tal modo la filosofa pensa che il *sentire pietoso* renda possibile l'accettazione della nostra immanenza senza rinunciare al desiderio di trascenderla: pur essendo immersi nella vita del sentire, nella realtà concreta delle cose desideriamo andare oltre, trascendere tali limiti che circoscrivono la nostra esistenza proprio entrando in relazione con l'altro, con ciò che sta totalmente in un'altra dimensione rispetto alla nostra coscienza: in tal senso la pietà esprime l'intera sfera del nostro sentire.

È chiaro che la Zambrano assume una posizione critica rispetto alla tradizione filosofica ed ha in mente *un pensiero incarnato* cioè che esprima la molteplicità delle forme che la vita assume senza rinunciare alla tensione metafisica che lo caratterizza. Per esprimere la tensione tra queste due dimensioni la filosofa fa ricorso alla metafora del *cuore*:

Il cuore è il simbolo e la massima rappresentazione di tutte le viscere della vita, il viscere in cui tutte trovano la loro unità definitiva e la loro nobiltà. E come ben sa l'espressione popolare, si può possedere viscere e non possedere cuore (...). Il cuore è il viscere più nobile perché porta con sé l'immagine di uno spazio, di un *dentro* oscuro, segreto e misterioso che, in alcune occasioni, si apre. Tale aprirsi è la sua nobiltà maggiore, l'azione più eroica e

²² De Luca P., *L'ospitalità a-venire*, in «Aurora», n. 14, 2013, p. 39. Il corsivo è mio.

inaspettata di un viscere che di primo acchito non sembra essere altro che vibrazione, sentire puramente passivo.²³

L'uso del linguaggio metaforico, qui come in altri contesti dell'opera di Zambrano, ha il potere di evocare attraverso l'immagine la dimensione della corporeità che il linguaggio logico-razionale rimuove. In questo contesto particolare è il cuore che non è più colto solo nella sua dimensione organicista (il viscere) ma anche in quella simbolica (la nobiltà). La dimensione corporea non è separata se non addirittura antagonista alla dimensione del pensiero, ma si fa espressione di valori etici proprio ponendosi in una relazione di cura nei confronti dell'altro per il quale *sente pietà*. La filosofa vuole in questo modo oltrepassare il limite che tiene separata la sfera del pensiero da quella del corpo per accedere all'origine poetica della filosofia stessa.

Presi dal coltivare distinzioni e differenze, abbiamo dimenticato l'unità che risiede nel fondo di ogni uomo che crea attraverso la parola: la poiesis, espressione e creazione al medesimo tempo, unità sacra dalla quale nasceranno, per rivelazioni successive, separandosi alla nascita - la nascita è sempre una separazione -, la Poesia nelle sue diverse tipologie, e la Filosofia.²⁴

Il recupero della dimensione poetica permette all'autrice di far emergere e valorizzare tutto ciò che può essere passivo, corporeo, sensibile, tutto ciò che non si manifesta distintamente in piena luce, ma nella penombra, nel chiaroscuro di una luce ombrosa. Si tratta di un'*apertura all'essere*, di una ricerca di senso di cui Zambrano ci parla ancora attraverso una metafora, *i chiari di bosco*, che dà il titolo ad uno dei suoi testi più importanti²⁵, richiamando l'immagine della *radura* presente nell'opera di Heidegger. Si tratta in realtà, solo di un richiamo perché il pensatore ritiene che proprio la filosofia ha il compito di *disincarnare* lo stare al mondo dell'essere umano, di fare chiarezza, mettere in piena luce, *sviscerare* il senso dell'esistenza.²⁶ Mentre il *chiaro* di cui ci parla la Zambrano non è una luminosa *radura*, ma un luogo aperto nel bosco fitto e impenetrabile in cui la luce è spenta e debole, in cui è difficile trovare una direzione sicura.

È in questa incertezza che nasce la *passione della cura* come un *sentire pietoso*, cioè come un *saper trattare adeguatamente con l'altro* dal momento in cui l'essere umano è una relazione e non potrebbe esistere se non nello spazio-tempo del presente. Si tratta di riscattare e di valorizzare la dimensione incerta e confusa della fragilità, della passività, del patire che spesso è considerata inferiore da coloro che sminuiscono la sfera del sentire nel suo insieme, prima ancora che la ragione provi a comprendere.

²³ Zambrano M., *La metafora del cuore*, in *Verso un sapere dell'anima*, Milano, Raffaello Cortina Editore, p. 49.

²⁴ Zambrano M., *Poema e sistema*, in *Verso un sapere dell'anima*, op. cit., p.39.

²⁵ Zambrano M., *Chiari di bosco*, Milano, Bruno Mondadori, 2004.

²⁶ Vedi Cacciari M., *"Lichtung": intorno a Heidegger e Maria Zambrano*, in AA.VV., *Le parole dell'essere. Per Emanuele Severino*, Milano, Bruno Mondadori, 2005.

Zambrano, però, non esclude affatto che la ragione possa svolgere un'attività diversa da quella che la tradizione filosofica le attribuisce. Si tratta di convertirla ad un'altra funzione, di curvare il suo senso nella direzione del sentire, di quel sentire che la poesia, *pur sempre madre della filosofia*, conserva e rende visibile. Questo, infatti, annota nell'introduzione di *Verso un sapere dell'anima*:

In questo momento non mi sembra necessario dire altro nell'offrire a un eventuale lettore questo mio libretto, in cui si segue la traiettoria, la nascita della ragione poetica, giunta a me quasi alla cieca, nella penombra dell'essere e del non essere, del sapere e del non sapere, nel luogo in cui si nasce e si dis-nasce, che è il più appropriato, il più proprio al pensiero filosofico.²⁷

È l'accoglienza, caratteristica del *sentire pietoso*, che permette di *dis-nascere*, cioè di cambiare la realtà, di ripensare e ricreare le categorie della vita nella relazione con l'altro, perché:

L'uomo ha una nascita incompleta e per questo non si è mai adattato a vivere naturalmente e ha avuto bisogno di qualcosa di più: religione, filosofia, arte o scienza. Non è nato né cresciuto interamente per questo mondo perché non si incastra perfettamente in esso, e sembra che niente sia predisposto per lui; la sua nascita è incompleta e così il mondo che lo aspetta. Deve dunque finire di nascere interamente e crearsi il proprio mondo, il proprio posto, il proprio luogo, deve necessariamente partorire se stesso e la realtà che lo ospita.²⁸

²⁷ Zambrano M., *Nota alla presente edizione in Verso un sapere dell'anima*, op. cit., p. 7. Il corsivo è mio.

²⁸ Zambrano M., *La vita in crisi*, in *Verso un sapere dell'anima*, op. cit. p.91.

LA PASSIONE PER LA CURA: VEDERE E ASCOLTARE

Adriana Bianchin²⁹ - *Filosofa e Analista Biografico i.f. – Venezia*

“Abbi cura di te!” è l'accorata raccomandazione con cui ci accomiatiamo da coloro i quali godono del nostro affetto e che, allontanandosi da noi, si sottraggono nel contempo alla nostra vista e alle nostre amevoli cure

“Non ti curar di lor, ma guarda e passa”, invece, è la popolare storpiatura del celeberrimo verso dantesco “Non ragioniam di lor, ma guarda e passa” (Inferno, canto III, tripletta 51), sdegnosa frase che Virgilio rivolge a Dante all'indirizzo di coloro i quali “vissero senza 'nfamia e senza lodo”, ovverosia i cosiddetti ignavi, o vigliacchi, di cui non val la pena neppure di parlare, né di soffermarsi a osservarli, tanto sono indegni della nostra attenzione.

È chiaro come la dimensione del “guardare”, interessando il nostro sguardo, sia relativa alla nostra capacità di osservazione; ciò è indicato anche nella stessa radice etimologica indoeuropea della parola “cura”, ovverosia “kav, kau, ku”, che sta appunto per “osservare”, “guardare con attenzione” o, meglio, proprio “vedere”, da cui anche il termine latino “cavere”, e cioè “stare in guardia”, “stare attenti a” (“cave canem”, infatti, significa “attenti al cane”).

I verbi “guardare” e “vedere”, insomma, muovono entrambi da un'azione osservativa, azione che risulta uguale nella forma (l'atto del vedere e del guardare sono identici in chi li compie), ma molto diversa nella sostanza. In coloro i quali vedono, finisce di fatto per originarsi una presa di coscienza in grado di mutare coloro che si limitano a guardare, in coloro che giungono a comprendere.

Partendo dalle nostre stesse sensazioni, poi, si fa palese la diversa tensione emotiva che passa tra il semplice “guardare” e il più complesso “vedere”: in altre parole, nel vedere si respira un pathos vivo, partecipe, nonché decisivo per il significato stesso delle conseguenti azioni da compiere (“vedo bene che ...”; “era meglio se non avessi visto ...”; “ora che l'ho visto con i miei occhi ...”, etc. etc.); nell'atto di guardare, invece, le emozioni sembrano scomparire per lasciare il posto a qualcosa di più distaccato e analitico. In altre pa-

²⁹

L'autrice si è laureata in Filosofia, con una tesi di Psicologia, all'Università Ca' Foscari di Venezia, relatore Umberto Galimberti, correlatore Giuseppe Goisis; attualmente è analista biografica i.f. presso la Scuola in Analisi Biografica a Orientamento Filosofico “Philo” (Milano), Scuola fondata e diretta da Romano Màdera (<http://www.scuolaphilo.it/philo.html>). Per i tipi della MIMESIS (Milano – Udine), nel 2016 ha pubblicato il saggio *Corpo e carattere. Il dramma del contatto a ripartire da Reich: il testo*, facente parte della collana “Esperienze Filosofiche//Filosofie della medicina e forme della cura”, collana diretta da Luigi Vero Tarca, è arricchito da una prefazione dello stesso Giuseppe Goisis, e tratta di un concetto ampio di salute messo in relazione con la sostanziale indivisibilità e, anzi, il fattuale rispecchiamento della dimensione corporea con quella immateriale (psichica, razionale e spirituale insieme) di tutto il Vivente, quindi compreso l'Uomo.

role, chi guarda esamina e, pertanto, valuta, ossia giudica e controlla; chi vede, invece, percepisce, comprende, partecipa.

Detto altrimenti, il “vedere” è sempre il risultato di un’azione osservativa che un soggetto compie a partire dal semplice atto del “guardare”; tale soggetto passa quindi attraverso un salto qualitativo consistente in una presa di coscienza, giungendo così alla comprensione dell’oggetto osservato e, infine, assumendosi la responsabilità che una tale conoscenza giocoforza comporta, ossia l’occuparsi in qualche modo di ciò che il soggetto ha visto.

L’esortazione “Guarda, e dimmi cosa vedi ...” sottintende propriamente una richiesta di comprendere cosa stia accadendo, oppure è già accaduto, prendendone appunto coscienza, e potendo assumersi così la responsabilità di ciò che si è visto, quindi agire di conseguenza. Coloro i quali si limitano soltanto a “guardare”, difficilmente si soffermeranno di fronte a una certa situazione e ai problemi da essa sollevati: più probabilmente, invece, passeranno oltre, proprio come Virgilio suggerisce di fare a Dante di fronte agli ignavi. Solo chi si spinge fino a “vedere” sosta davanti a una certa situazione o a un particolare accadimento e, a seconda del livello di responsabilità che è in grado, e ha il diritto/dovere di assumersi direttamente, si occuperà di ciò che ha visto, perciò preso in considerazione e, dunque, in carico.

Quando parliamo di cura, implicitamente rimandiamo alla nostra idea di “salute”, pertanto, da una parte la associamo a un percorso di guarigione, cioè a una particolare terapia (“mi sto curando con ...”), d’altra parte intendiamo l’aver cura dello stato di benessere nostro, oppure altrui, affinché tale stato non degeneri ma, anzi, l’oggetto delle nostre cure, proprio per loro tramite, possa dare il meglio di sé, dispiegando così le sue potenzialità, crescendo, fiorendo: ciò avviene in senso letterale quando l’oggetto della nostra sollecitudine sono, ad esempio, il nostro giardino, o le piante di casa, oppure, metaforicamente, i nostri animali domestici, i nostri figli, ma anche i nostri rapporti d’amore e d’amicizia. Tutti e tutto, al mondo, necessitano insomma di cure diversamente sollecite; persino gli oggetti inerti, come il vasellame più o meno prezioso, ha bisogno delle nostre attenzioni affinché si possa conservare nel tempo, figuriamoci, quindi, ciò che è vivo e continuamente in evoluzione e in movimento.

Non a caso, il mondo greco, che con quello latino si colloca alla base della nostra cultura, a proposito del concetto di “cura” contempla altre due importanti definizioni: una di esse è “therapeia” (terapia), la cui radice “the” è in comune con “theorein” (visione di una determinata realtà, la quale viene teorizzata), “theatron” (teatro, e cioè luogo in cui ci si reca a vedere degli spettacoli), “theos” (dio). Com’è palese, tutti questi concetti rimandano a una dimensione visuale: in effetti, se “dio” è l’entità cui rivolgo il mio sguardo trepidante e spe-

ranzoso, e tale entità, nel contempo, mi guarda, in una sorta di reciproco rispecchiamento, la “terapia” si concretizza invece in un modo di osservare con particolare attenzione, da parte dello stesso terapeuta, l'oggetto delle sue cure; del resto, dobbiamo constatare che lo stesso sguardo, specie se amorevole, si rivela sia terapeutico, sia educativo: quante volte, infatti, i nostri figli, in particolare se piccoli, ci chiedono di essere guardati proprio nel senso di “visti”?

L'altra parola per dire “cura”, nella Grecia antica, era “melete”, la cui radice “me” si trova anche in “medomai”, che significa sia “riflettere”, sia “indagare”, mentre la stessa radice è compresa nei termini latini “meditatio” (“riflessione”) e “medicus”, da cui il nostro “medico”. Appare qui con evidenza la dimensione meditativo – riflessiva della cura, o almeno il modo in cui la stessa dovrebbe essere attuata da parte di un medico chiamato appunto a indagare e a riflettere circa il male di cui soffre il suo paziente. Tuttavia il medico non è il solo ad avere a che fare con la dimensione temporale della cura, e cioè con lo spazio della riflessione, ovvero sia con il tempo da prendersi per sostare presso gli oggetti delle nostre cure, non tanto al fine di astrarsi dalla realtà, quanto per non incappare in automatismi reattivi, conservando così la capacità di salvaguardare una propria direzione, un proprio senso, evitando di farsi travolgere dal flusso degli eventi e, al giorno d'oggi, pure dal bombardamento delle informazioni, magari solo apparentemente nuove e più efficaci.

Per i greci, insomma, “melete”, ma anche “epimeleia” o, meglio, “epimèleia heautoù” (cura di sé), è da intendersi come quella cura, anche di noi stessi, che ci induce a coltivare la pazienza dell'attesa, a fare un passo indietro allo scopo di aspettare il “kairos”, ossia il “momento giusto”, più opportuno all'azione. Ecco perché il possesso di “melete” ha a che fare con la massima capacità terapeutica nonché assistenziale, ovvero sia la capacità di mettersi in ascolto per capire cosa sia meglio fare in quel caso specifico, un caso d'altronde sempre nuovo, anche se ascrivibile a una categoria fattuale costante nelle linee generali; in altre parole, soltanto coloro i quali possiedono “melete” sapranno essere abbastanza vigili, pertanto capaci di affrontare l'emergenza del nuovo, un nuovo magari già conosciuto solo all'apparenza.

Nel nostro tempo, disgraziatamente, quella capacità e, insieme, quell'esigenza di darsi tempo, e comunque di poter trovare il tempo di un autentico “prendersi cura”, “curarsi di”, “aver cura”, sta diventando sempre più una specie di lusso, qualcosa che esula lo scandire di ritmi sempre più definiti, contratti, coercitivi. Infatti, non riguarda certo dei casi isolati quello che Gabriele Spinelli ha scritto il 21 maggio dell'anno scorso sul sito di Nurse24:

L'infermiere viene messo costantemente sotto pressione su più fronti e spesso, purtroppo, mi è capitato di notare nei vari tirocini, forse implementata dalla costante riduzione del bi-

lancio sanitario, un allontanamento umano da parte del professionista verso il paziente. Già dalle prime lezioni rimasi molto colpito dalla sostanziale differenza tra due verbi inglesi che foneticamente e graficamente erano molto simili, cioè “to cure” e “to care”. Traducendo il loro significato in italiano, infatti, “to cure” significa curare, mentre “to care” prendersi cura, preoccuparsi per”.³⁰

Analoga differenza è espressa in tedesco rispettivamente dai sostantivi “Kur” (nel senso di “trattamento”) e “Sorge” (nel senso di “preoccupazione per”); quest'ultimo in particolare, di heideggeriana memoria,³¹ dice della distanza intercorrente tra una cura autentica, volta a favorire e sostenere la consapevolezza dell'altrui potere di cura, per quanto tale potere possa sembrare residuale, e quella sorta di intromissione, spesso assai sbrigativa, e perciò violenta, con cui l'altro viene espulso dalle proprie responsabilità, e solo all'apparenza sgravato da esse, nel mentre se ne consuma l'implicita dominazione attraverso precisi protocolli organizzativi.

Fra i modi di declinare la cura di sé, la Scuola in Analisi Biografica a Orientamento Filosofico (Philo, Milano), Scuola cui fa capo l'autrice di questo articolo,³² non è certo la sola a sostenere l'importanza dello sguardo e della scrittura biografici e autobiografici, in quanto lo strumento dell'intervista biografica permette di accedere non soltanto alla dimensione fattuale dell'esistenza (“cosa le persone fanno”), ma pure al senso che viene attribuito all'agire umano. A tale proposito, è importante distinguere tra *life history* e *life story*, ossia tra una ricerca di carattere storiografico, finalizzato a ricostruire un'esistenza, ma anche un'anamnesi, utilizzando tutti i dati e le fonti a disposizione, e la raccolta di una narrazione, cioè del racconto che un soggetto fa della propria vita, affrontandone ed esplicitandone, così, la “dimensione del senso”. È nel racconto di sé che, in ultima analisi, va definendosi pure il profilo della propria identità, un'identità spesso vissuta, soprattutto oggi, come frammentata dai diversi ruoli, tanto da rendere problematica la “definizione” che diamo di noi stessi: ciò può risultare particolarmente drammatico, dal momento che una tale definizione, nonché l'auto percezione e l'auto valutazione che la sottendono, è uno degli elementi fondamentali per il senso del nostro agire.

³⁰ G. Spinelli, *Human Caring, la differenza fra curare e prendersi cura*, <https://www.nurse24.it/studenti/tesi/quella-differenza-tra-curare-e-prendersi-cura-del-paziente.html> (01/07/2018). L'autore dell'articolo è un infermiere laureatosi presso l'Università Politecnica delle Marche, con una tesi dal titolo “Indagine qualitativa sullo *Human Caring* nella pratica assistenziale: visione dello studente infermiere mediante narrazioni autobiografiche”, relatore Domenica Servidio.

³¹ M. Heidegger, *Essere e tempo* (1927), Longanesi, Milano, 2005

³² Il presente articolo si è avvalso degli appunti liberamente presi durante il corso 2015/2016, corso dedicato al tema della “cura”. Il sito della Scuola in Analisi Biografica a Orientamento Filosofico “Philo”, Milano, è reperibile al seguente indirizzo web: <http://www.scuolaphilo.it/philo.html>

Il metodo delle narrazioni autobiografiche risulta prezioso anche nell'interrogare le motivazioni più o meno profonde che possono spingere verso la scelta di una professione volta alla cura, qual è, tipicamente, quella dell'infermiere, motivazioni cui fare appello al presentarsi degli inevitabili momenti di crisi, in cui ci si potrebbe ritrovare a oscillare tra il dubbio di non fare abbastanza e quello di non veder adeguatamente riconosciuto il proprio impegno.

Nell'indagine effettuata su “Lo *human caring* attraverso le narrazioni autobiografiche di studenti infermieri”, ricerca pubblicata sul n. 5 del 2014 della rivista on-line “L'infermiere”,³³ troviamo che:

... alla base di una scelta personale di diventare infermiere vi è una spiccata sensibilità verso l'altro, inteso come persona bisognosa di cure e della quale prendersi cura, ma anche come colui attraverso il quale nutrire e accrescere la passione per la professione che si svolge.

Eppure, come abbiamo visto testimoniare da Gabriele Spinelli, nutrire e accrescere la passione per la cura è a volte faticoso e difficile. In soccorso di tutti: degli infermieri e dei medici, ma anche dei caregiver, dei figli di genitori anziani, dei genitori di figli piccoli e/o problematici, dei terapeuti di vario tipo, degli stessi insegnanti, così come degli analisti biografici, etc. etc., spesso può venire solamente un consolidato senso del proprio valore, sia intrinseco, sia morale, sia in quanto persone che si fanno prendere cura, sia in quanto persone, esseri umani *tout court*, la cui opera assistenziale è preziosa e insostituibile, specie dal momento che “non c'è tecnologia in grado di risolvere i dubbi circa il significato della vita, della sofferenza e della morte”.³⁴

Esiste (quindi) una abissale differenza tra il “fare l'infermiere ed “essere infermiere”: essere infermiere prevede qualcosa di più che la mera esecuzione di prestazioni volte al soddisfacimento dei bisogni della persona malata; essere infermiere implica la capacità di vedere l'umanità dell'altro con amore e apprezzare la diversità e l'individualità di ciascun essere umano.³⁵

E ciò vale per noi tutti. Com'è possibile, allora, continuare a “vedere l'umanità dell'altro con amore” e apprezzarne la diversità conservando, anzi, accrescendo la passione per la cura, nonostante gli inevitabili momenti di stanchezza e perciò di crisi? Oltre a non smettere mai di avere un'adeguata cura di sé, altra via non pare esserci se non quella kantiana della

³³ AA.VV., *Lo human caring* attraverso le narrazioni autobiografiche di studenti infermieri, <http://www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-23-articolo-270.htm> (01/07/2018).

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ G. Spinelli, *Human Caring, la differenza fra curare e prendersi cura*, <https://www.nurse24.it/studenti/tesi/quella-differenza-tra-curare-e-prendersi-cura-del-paziente.html> (01/07/2018)

legge morale dentro di sé,³⁶ legge morale che, lungi da dover essere una costrizione, risponde invece alle proprie profonde esigenze valoriali, traducendosi in quella capacità di soffermarsi a osservare, senza passare oltre a ciò che, forse, si è guardato senza vedere, ma anche nella coscienza del proprio valore di essere umano posto di fronte a un proprio simile bisognoso di cure. In altre parole, per coloro i quali fossero privi di un'autentica vocazione, di certo sarà molto meglio, sia per loro stessi, sia per i loro eventuali assistiti, che semplicemente si preparino a svolgere compiti diversi da quelli richiesti dal prendersi cura, specie di coloro i quali versano in situazione di profondo bisogno.

In a Caring Science model it is acknowledged that the nurse however is not just touching one's physical body or meeting physical needs, but noting that when touching another we are not touching just the body, but embodied spirit. It is also made explicit in this work that all needs are unified and interdependent; all needs are equally important and must be valued and responded to for caring-healing.³⁷

In altre parole, o la presa in carico comprende l'individuo oggetto di cure nella sua totalità, composta dai suoi bisogni insieme fisici, psicologici, spirituali e relazionali, o sarà la cura in quanto tale a soffrirne, perdendo senso anche per gli stessi beneficiari. Purtroppo, dietro il noto e annoso problema della sgradevole sensazione dei pazienti di percepirsi come fossero soltanto numeri, sta proprio la definizione stessa (per un malinteso e insidioso senso “pratico”) di ogni singolo paziente letteralmente appellato come un numero.

Per avviare in modo realistico a una tale situazione, in attesa di altre auspicabili soluzioni organizzative, agli infermieri, o chi per loro, non resta che coltivare la capacità di ascolto dell'altro, in particolar modo lasciandogli, anzi, favorendo lo spazio della sua personale narrazione biografica, in modo che, pur inserito, come chi lo assiste, in un ambiente a volte spersonalizzante, possa comunque conservare quella dimensione di senso che soltanto il riferimento alla storia della propria vita, cioè alla propria storia, può dare. Infine, forse la più bella domanda che si può fare al nostro prossimo è chiedergli: “Come stai?”.

³⁶ I. Kant, *Critica della ragion pratica* (1788), Laterza, Bari, 2017

³⁷ “In un modello di *Caring Science* si riconosce che l'infermiere non sta semplicemente toccando soltanto un corpo fisico o incontrando bisogni fisici, ma notando che quando si tocca un altro non si tocca solo il corpo, ma lo spirito incarnato. È anche reso esplicito in questo lavoro che tutti i bisogni sono unificati e interdipendenti; tutte le esigenze sono ugualmente importanti e devono essere valutate e soddisfatte per la cura della ... cura”. Citazione dall'articolo: *Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice*, articolo basato su di una precedente pubblicazione con modifiche: Watson J., *Carative factors, Caritas processes guide to professional nursing*, Danish Clinical Nursing Journal, 2006; 20 (3): 21-7. Tale pubblicazione concerne la teoria dello *human caring*, teoria elaborata alla fine degli anni '70 dalla stessa Watson, fondatrice del Watson Caring Scienze Institute (WCSI). Detta teoria “si colloca nell'ambito delle scienze del *nursing* umanistico, il cui principio fondante è definito dalla relazione tra il prendersi cura degli esseri umani e il prestare assistenza infermieristica” (Watson J, 2013): http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100016&script=sci_arttext (01/07/2018)

Citazioni bibliografiche e altre letture consigliate:

- AA.VV., *Lo human caring attraverso le narrazioni autobiografiche di studenti infermieri*, www.fnopi.it/ecm/rivista-linfermiere/rivista-linfermiere-page-23-articolo-270.htm (01/07/2018).
- Bianchin, A., *Corpo e carattere. Il dramma del contatto a ripartire da Reich*, Mimesis (Milano – Udine), 2016
- Candiotta L., Tarca, L.V., (a cura di), *Comunicare in medicina. L'arte della relazione*, Mimesis/La sacala e l'album, Milano – Udine, 2014
- Gadamer, H.-G., *Dove si nasconde la salute* (1993), Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011
- Goisis. G., *Le radici della cura: un punto di vista antropologico*, in G. Dei Tos, (a cura di), “Etica, qualità e umanizzazione in sanità”, Franco Angeli, Milano, 2006, pp. 110-122
- Heidegger M., *Essere e tempo* (1927), Longanesi, Milano, 2005
- Spinelli, G., *Human Caring, la differenza fra curare e prendersi cura*, www.nurse24.it/studenti/tesi/quella-differenza-tra-curare-e-prendersi-cura-del-paziente (01/07/2018)
- Kant I., *Critica della ragion pratica* (1788), Laterza, Bari, 2017
- Watson J., *Carative factors, Caritas processes guide to professional nursing*, Danish Clinical Nursing Journal. 2006; 20 (3): 21-7, ripubblicato con modifiche in: *Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice*, http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072007000100016&script=sci_arttext (01/07/2018)

SLOW NURSING, TRA BECKETT E PIRANDELLO

Sabina Tutone - *Regista teatrale e animatrice culturale - Venezia*

Non capita tutti i giorni a chi, come me, si occupa di teatro e di formazione attraverso le arti legate alla performance, di essere coinvolti in ambiti specifici come il Laboratorio di pensiero 'Slow Nursing'. Ma quando succede è sempre una scoperta e un'occasione di crescita. L'invito di Luciano nel rendermi partecipe all'interno della speculazione relativa alla professione infermieristica, quindi a questo convegno sulle tematiche correlate, mi ha sorpresa e stimolata da subito. Gli ho chiesto quale potesse essere il mio apporto in tale argomento, apparentemente lontano da riflessioni condivisibili. La sua innegabile apertura, la passione e la chiarezza nel focalizzarmi il contesto, allargando le vedute d'insieme e il campo d'azione sotteso, mi ha fatto riflettere in modo trasversale e cogliere uno scambio in progress portandomi implicitamente a sentirmi parte in causa, non semplicemente uditrice.

L'occasione del confronto tematico sul ruolo dell'infermiere oggi, sulle regole morali - talvolta fluttuanti - che ne disciplinano l'esercizio della professione al servizio della persona, in prima linea e senza deleghe, sulla sua 'identità liquida' - specchio della società in cui stiamo vivendo - tocca quelle corde umane e comunitarie che non possono lasciare indifferenti. Ho percepito che entrare in contatto con questi temi, interessarsene in prima persona, aiuta ad essere 'cittadinanza attiva', un filo rosso che non dovrebbe escludere nessuno, in cui l'esperienza personale diventa coscienza collettiva, quindi istintivamente partecipata, fatta d'ascolto e dialogo, di testimonianze e azioni che accomunano e non dividono.

Una sorta di 'responsabilità d'inclusione' e sentire che la crisi della figura dell'infermiere, le difficoltà che ne frammentano ruolo e mansioni ci riguarda da vicino. Non emergono solo le esperienze di ogni individuo (bene o male toccano un po' tutti, direttamente o indirettamente) ma l'insofferenza di una categoria professionale che vive ancora di costanti incertezze nell'identificarsi e nell'essere identificata, definita, codificata nella poliedricità di un ruolo che ancora attende una collocazione, uno status riconosciuto che pare non arrivi mai.

Da qui la mia riflessione si articola e incontra l'aiuto dell'atto performativo attraverso specifiche modalità espressive che il contesto mi ispira per trasmettere, forse suggerire diversamente, suggestioni nodali. Aspettando Godot e Uno, nessuno e centomila, rispettivamente di Samuel Beckett e Luigi Pirandello, sono per me opere-medium di significanti contemporanei che diventano efficace metafora sulla condizione esistenziale, intima e univer-

sale al contempo. I brani tratti da tali testi hanno rivelato a me per prima, nello stesso momento dell'interpretazione dal vivo con tutti i presenti, la potenza del messaggio. Nella circostanza del convegno il reading artistico può effettivamente fungere da volano o apripista per gli interventi dei relatori e per il pubblico che ascolta, partecipa, dando sfumature e motivi di riflessione obliqua, talvolta d'inaspettata lucidità.

L'etica che aspira ad agire correttamente ma sentendosi spesso inadeguati o impediti nel farlo come si vorrebbe, per una serie di fattori e concause sempre in agguato nel complicare o rallentare l'operatività dell'infermiere, il negarne quasi l'identità, mi ha fatto riflettere sul tema fondamentale dell'essere rappresentati, sul collocarsi, sul farsi vedere in 'piazza', raccontandosi, perché questa è una delle professioni che lavora di più sulle relazioni. E parliamo di relazioni delicatissime, quelle col paziente/malato/degente – a seconda della declinazione – parliamo di tempo qualitativo della cura, non solo quantitativo. Emerge allora la necessità del raccontare la propria storia, diversa e poliedrica per ciascuno, che possa mettere in dialogo le specificità, trovare davvero connessioni utili per... agire più correttamente, dentro e fuori gli spazi delle Istituzioni, raddrizzando il tiro, sprecando meno tempo, come il tempo snervante dell'infinita attesa di una cura, o del poter essere anche soltanto 'visti' in pronto soccorso o in camera o in corsia.

L'apporto di ciascuno è basilare e penso che sia soprattutto l'esperienza diretta a farla da padrone, accompagnata dalla speculazione incrociata dei pensieri umani che si vogliono mettere in gioco per essere utili agli altri, senza troppi giri di parole, anche con i propri limiti, ma grazie alle diverse piccole-grandi storie, autentiche, che possono strappare condivisioni, empatia, lacrime o sorrisi.

L'esperienza più bella, in tal proposito, l'ho vissuta proprio grazie agli infermieri domiciliari che qualche anno fa hanno seguito mia madre, con un tumore al pancreas in fase terminale. Due volte al giorno per due mesi passavano a medicarla e a svuotare la sacca con quel liquido che si riproduceva, così estraneo e sinistro, che solo loro sono riusciti a farci tollerare, ridendoci pure sopra.

Ma la loro professionalità non era determinata solo dall'essere tecnicamente precisi nella delicatezza della procedura operativa. Cercavano il tempo per il dialogo, lo scambio con mia madre, con la famiglia, ne condividevano i timori, l'ascoltavano nei suoi racconti, talvolta vere e proprie 'rivelazioni'. E' grazie anche alla loro predisposizione che sono venuta a conoscenza di alcuni aneddoti ancora sconosciuti di un intimo passato familiare che lei ci ha svelato con arcana naturalezza. Memorie riemerse per coincidenze umane, sguardi complici, tra tutti, ormai facenti parte della famiglia.

Questo è anche 'accompagnare' la persona in modo profondo, poca o tanto che sia la sua aspettativa di vita. Un particolare tipo di cura, per incidere davvero, ha bisogno di un tempo speciale.

Non sarò mai abbastanza grata a quel gruppo d'infermieri, capaci di percepire e donare anche col silenzio, a insegnarci come reagire ed intervenire nei momenti più critici.

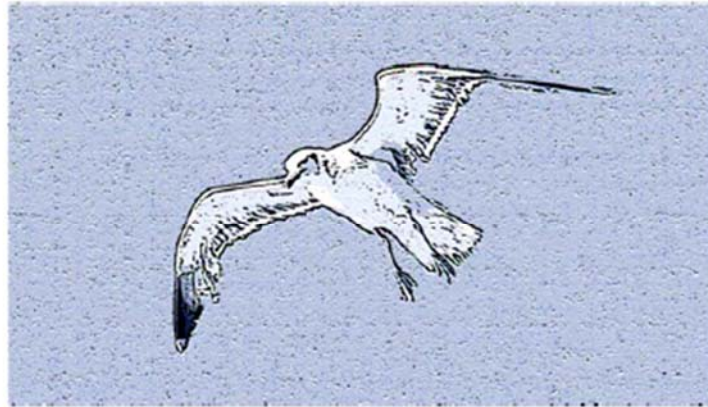
Non è certo successo quando, in altra circostanza, ho portato d'urgenza la mamma in pronto soccorso per farle 'svuotare' il ventre dolorante e attendere quattro ore inutili, con il primario che, passando ben tre volte, non si degnava nemmeno di guardarla mentre mi rispondeva che poteva benissimo sopportare il dolore e che lui sarebbe passato più tardi...

Sì, certo, più tardi... aspettando... aspettando... aspettando Godot! Infatti, non l'abbiamo più visto.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



principi e deontologia

onestà - coerenza - generosità

Manifesto Slow nursing

Marzo 2018

Slow nursing - il tempo per l'assistenza **LABORATORIO DI PENSIERO**

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

Cos'è Slow nursing?

Un contenitore, un luogo di scambio di contributi diversi orientati alla riflessione autentica che permettano di disegnare percorsi ed obiettivi condivisi. Luogo d'incontro unico, quale occasione di pratica di pensiero, di appetito culturale, di approfondimento e di esercizio concettuale che permetta di intravedere spiragli di azione per migliorare il presente e progettare il futuro.

Un movimento, che non rimane nel limbo dell'indistinto e dell'opportunità ma si distingue per la qualità dell'impegno e si identifica in: "conoscere per comprendere, e coerentemente, scegliere per essere". Fucina di idee, crogiuolo di energie e motivazioni, palestra di riflessione. Una risposta possibile alla necessità di modificare la situazione attuale della professione infermieristica e la qualità dell'assistenza.

Adesione al movimento Slow Nursing

Per aderire è sufficiente accedere all'area riservata di www.slownursing.it digitando le seguenti credenziali: utente: **slownursing** password: **adesione** (tutto minuscolo) - attenzione, in particolare se si accede con il cellulare, alla correzione automatica.

Inserire i dati per adesione indicando la qualifica: infermiere, cittadino, studente, ecc. (la mail e il cellulare sono utili per comunicazioni relative alle attività e comunicazioni del Movimento) Si invita inoltre a lasciare commenti - proposte - idee - suggerimenti – quesiti nell'apposito box per il testo. Al termine, dopo aver confermato l'adesione e il trattamento dei dati e dato l'invio, si riceverà una mail di conferma dell'adesione.

Ricordiamo che l'adesione è gratuita e non comporta obblighi se non quello morale di promuovere i principi del movimento e che è possibile recedere in qualsiasi momento inviando per mail una richiesta firmata.

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

Manifesto Slow Nursing

Slow nursing è un movimento di libera cultura e libera riflessione sulla professione infermieristica e la società, luogo di libertà di pensiero, palestra della parola libera da condizionamenti o interessi.

Strumento culturale di analisi disincantata della realtà, per disvelare ipocrisie, menzogne e inganni che alterano fino ad impedire una formazione e un'assistenza di qualità ed efficacia.

Incontro di idee per rivendicare una formazione autentica e per un aggiornamento delle conoscenze e l'acquisizione di competenze corrispondenti alla mission, al profilo e alla deontologia della professione infermieristica.

Slow nursing come strumento per affermare con dedizione, impegno ed onestà la realizzazione sinergica di una buona politica della salute: infermieri che curano e cittadini che si prendono cura dei curatori.

Slow nursing è agire in modo trasparente, etico e deontologico nell'evidenza scientifica, l'adeguatezza e la competenza

Slow nursing: principi dell'agire infermieristico

Il tempo è lo strumento fondamentale dell'infermiere

Il tempo è necessario alla prestazione infermieristica

Il tempo è necessario per la comunicazione trasversale a tutte le azioni infermieristiche

L'azione infermieristica (atto) è comunicativa, e si esplica nel tempo

La comunicazione (parola) ha un significato pragmatico e semantico

Il fine non giustifica i mezzi

ed è fondamentale il valore etico di come si raggiunge l'obiettivo

Il successo ad ogni costo non viene considerato

La conoscenza (cultura) è l'essenziale condivisione di vita della società

La volontà di promuovere l'emancipazione e la crescita culturale della Professione Infermieristica - La conoscenza serve per comprendere, per infine scegliere per essere

Genesi del documento

Slow Nursing ha coinvolto nella discussione professionisti, cittadini e rappresentanti della società civile e del mondo della cultura, di vari settori. Lo scopo è stato quello di individuare comportamenti etici e culturali fondamentali per lo svolgimento della professione infermieristica secondo le suggestioni fornite dal progetto stesso e assumendo come valori guida: "Il fine non giustifica i mezzi" e "Scegliere per essere". Alla fine si è arrivati ad individuare e quindi condividere alcuni principi ispiratori dell'agire professionale e deontologico dell'infermiere in risposta ai bisogni specifici di salute della società.

Riferimenti su www.slownursing.it

Tavola Rotonda: Infermiere e cultura "slow" - Candelo (Biella) 12-04-2014

1° Convegno: Slow nursing: l'infermiere è malato? - Vasto (Chieti) 31-01-2015

2° Convegno: Slow nursing: la cura della salute - Zelarino (Venezia) 12-03-2016

3° Convegno: Slow nursing: essere infermiere - un nuovo sguardo per la cultura della cura Zelarino 04-03-2017

4° Convegno: Slow nursing: ipotesi infermiere - la passione per la cura - Zelarino (Venezia) 03-03-2018

Slow nursing

Principi fondamentali per una deontologia etica

Articolo 1 - Incompatibilità funzionale e deontologica. Nessun quadro di comando o rappresentante l'organizzazione aziendale a qualsiasi livello può essere eleggibile alla rappresentanza dell'ordine professionale, sia a livello locale che nazionale.

Articolo 2 - Incompatibilità politica. Nessun rappresentante di un partito politico può essere eleggibile o inserito negli organi di rappresentanza dell'Ordine professionale a qualsiasi livello. Ovvero, tutti i partiti devono essere rappresentati.

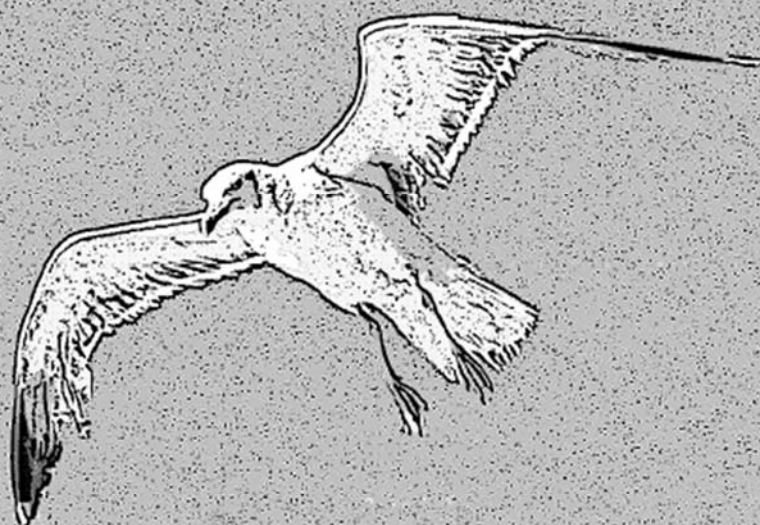
Articolo 3 - Definizione infermiere. L'infermiere è e il non infermiere non è. Chi non vede mai un paziente nell'arco del lavoro quotidiano non è un infermiere.

Articolo 4 - Formazione etica. Il movimento Slow nursing deplora l'attuale organizzazione della formazione obbligatoria considerata diseducativa e vessatoria e fonte di business speculativo, un modello formativo superficiale basato sulla semplice raccolta punti spesso con false verifiche dell'apprendimento. Il movimento intende promuovere la cultura infermieristica come parte integrante e propositiva della società con progetti formativi esclusivamente interattivi ed ecm free (no crediti - si cultura). La formazione autentica è la raccolta di contenuti e la verifica del grado di consapevolezza raggiunto espresso da "conoscere per comprendere ... scegliere per essere". Per cultura infermieristica si intende tutto il bagaglio tecnico e umano quale risorsa per esplicitare pienamente il "prendersi cura" della persona per prevenire, correggere e sostenere i problemi di salute. Formazione autentica per persone autentiche, il cui obiettivo è sviluppare conoscenza e consapevolezza professionale e civile. La formazione autentica prevede motivazione, impegno e responsabilità reciproca di docente e discente interagendo attivamente nello spazio formativo. La formazione Slow nursing non è per tutti, ma solo per chi ha una motivazione a conoscere e accrescere in professionalità e cultura infermieristica

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



**divenire infermiere
orgoglio e tenerezza**

Orgoglio non come presunzione ed ostentazione ma come legittima dichiarazione d'identità culturale e professionale.

Tenerezza quale attenzione per la cura dell'altro e soprattutto di noi stessi, perché per curare gli altri non si può essere malati o sofferenti

MARZO 2019

Per informazioni ed inviare contributi, idee, suggerimenti
slownursing@inferweb.net

www.slownursing.it

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

divenire infermiere

Ecco siamo arrivati al quinto convegno Slow nursing. Qualcuno che ha fede potrebbe pensare che è un risultato miracoloso, invece, più semplicemente, questo percorso esprime l'impegno e la tenacia di alcune persone convinte della necessità di realizzare uno spazio di pensiero utile alla riflessione sulla professione infermieristica e la società, anche se in questi anni diversi ostacoli si sono frapposti alla realizzazione di questo progetto. Ma forse proprio questi ostacoli hanno permesso al movimento di riflettere ed elaborare maggiore consapevolezza riguardo identità e condivisione dei principi ed infine hanno determinato una spinta indispensabile per arrivare fin qui. Il vissuto di questi anni ha indotto il movimento ad una profonda elaborazione da cui sono sortiti i principi fondativi. Tra questi spiccano, e divengono fattore discriminante per l'adesione, "onestà-coerenza-generosità". Tutte e tre sono indispensabili e debbono essere compresenti per divenire infermiere, divenire cittadino. Ed ecco svelato il nostro compito: innescare una riflessione sul significato di cura nella società e quale ruolo deve avere l'infermiere così pure il cittadino. Questo convegno è indicato a chi è veramente motivato a condividere il pensiero per contribuire alla comprensione della situazione attuale, certamente partendo dalle esperienze del passato, ma essenzialmente poter infine edificare la memoria del futuro.

orgoglio e tenerezza

Orgoglio non come presunzione ed ostentazione ma come legittima fierezza per la dignità della propria vita e della professione. Ora per l'infermiere parlare di orgoglio, in una società in cui è sempre più diffusa la precarietà e la schiavitù, sembrerebbe non avere senso. Ed è invece necessario attivare proprio questo sentimento per recuperare se non addirittura acquisire finalmente dignità professionale e conseguentemente l'indispensabile e dovuto riconoscimento sociale.

Tenerezza quale attenzione per la cura dell'altro e soprattutto di noi stessi, perché per curare gli altri non si può essere malati o sofferenti. Tenerezza quale attenzione al destino dell'altro, prenderne cura e nel contempo infondere empatia, rispetto e impegno nella condivisione della cura.

Perché "l'altro" di oggi potremmo essere "noi" domani.

Luciano Urbani

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

ORGANIZZA IL 5° CONVEGNO

divenire infermiere orgoglio e tenerezza

SABATO 2 MARZO 2018 ORE 8,30 - 17,30

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI
Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

Modera: Franco Ognibene - Infermiere - Bologna
Barbara Lupazzi - Infermiera - Vicenza

MATTINO

- DICHIARAZIONI DEI PARTECIPANTI
- ONESTA' E COERENZA: ORGOGLIO, DISAGIO O RINUNCIA?
Luciano Urbani - Infermiere pensionato - Mestre
- intermezzo
- LA TENEREZZA: ACCENNO DI BUONA PRATICA?
Concetta Brugaletta - Infermiera - Londra
- L'IDENTITA': ESSERE O DIVENIRE INFERMIERE?
Valter Fascio - Infermiere Benedettino - Torino
- RIFLESSIONI AD ALTA VOCE CON IL PUBBLICO

POMERIGGIO

- SERVE UN NUOVO PARADIGMA PER LA CURA?
Carlo Beraldo - Sociologo - Trieste
- LA GENEROSITA': CURA DI SE' E DELL'ALTRO?
Giuseppe Goisis - Filosofo - Università Ca' Foscari - Venezia
- DISCUSSIONE INTERATTIVA RELATORI-PUBBLICO

INGRESSO LIBERO:
infermieri, operatori sanitari e cittadini interessati
previo iscrizione obbligatoria sul sito web:

www.slownursing.it

Per informazioni:
slownursing@inferweb.net

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

INDICE

Stefano Maso	Il rapporto tra il paziente e l'infermiere	3
Luciano Urbani	Invito al Convegno di Zelarino del 3 marzo 2018	7
Luciano Urbani	Quesito deontologico alla Presidente FNOPI	8
ABSTRACT		
Luciano Urbani	Provocazioni riflessive: Indifferenza o rassegnazione?	14
Lauretta Anelli	Il Diritto: chi difende l'infermiere?	15
Valter Fascio	L'infermiere è liquido?	16
Marcella Gostinelli	Cosa sogna l'infermiere	16
Giuseppe Goisis	Il tempo e la passione	19
Carlo Beraldo	Passione per la cura: e la tecnica?	22
CONTRIBUTI		
Marina Orvieto Da Ponte	Cos'è una struttura	25
Luciano Urbani	Laboratorio di pensiero Slow nursing	27
Francesca Zambonin	Io ci sarò	30
Paola Piccolo	Respirare aria nuova	30
Maria José Amato	Ridare dignità alla professione infermieristica	30
Mara Canzi Anna Grizzo	Slow nursing 2018 – Noi ci saremo!	31
Repubblica 2-01-2018	Perché gli infermieri ci chiamano per nome	31
Marcella Gostinelli	Malati e operatori: come si vive il fine vita nelle strutture	32
Anna Brescianini	Vorrei che l'urlo di pochi diventasse la voce di tanti.	34
Sara Giammatteo	La speranza nel lavoro di cura	35
Fabio Albano	Perché sono qui	39
Enrico Gianfranceschi	Ipotesi Infermiere	42
Valter Fascio	Umanità, fragilità, tenerezza. Un invito allo "short nursing"	44
Maria Teresa Russo	Etica del nursing: appunti per una pratica delle virtù in ambito	47
Luca Sinibaldi	Il ritorno alla realtà	53
Franco Ognibene	La luce del web...le nostre illusioni	54
Concetta Brugaletta	Luce confusa e sterile del web	55
Renata Firpo	Il sentire pietoso della cura	56
Adriana Bianchin	La passione per la cura: vedere e ascoltare	60
Sabina Tutone	Slow nursing, tra Beckett e Pirandello	67
Slow nursing	Cos'è Slow nursing	72
Slow nursing	Manifesto Slow nursing	73
Slow nursing	Principi fondamentali per una deontologia etica	74

EVENTO ECM FREE REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI



con il patrocinio dei Collegi IPASVI



La presente raccolta è verrà stampata grazie al contributo di



Corso del popolo 61 – 30172 Mestre Venezia

Tel 041.8020639 - Fax 041.972348

info@univpopmestre.net www.univpopmestre.net