



CONVEGNO A PORTE CHIUSE

SABATO 7 MARZO 2020

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

con il patrocinio di



Università
Popolare
Mestre



ATTI E CONTRIBUTI
6° CONVEGNO

Il “non convegno” si è svolto a porte chiuse con partecipanti via Skype e un esiguo numero di partecipanti in aula rispettando rigorosamente le disposizioni delle Autorità Governative del 4 marzo 2020 per il contenimento della diffusione del Covid 19

PRESENTAZIONE

Laura Candiottò - Alexander von Humboldt Foundation Senior Research Fellow
Free University of Berlin - Institute of Philosophy

Non c'è più un *prima*...

20 marzo 2020

Mi trovo a scrivere questa prefazione agli atti del convegno a porte chiuse “La cura della professione” dalla mia casa in Valtellina, in una situazione che sento privilegiata perché, nonostante tutto, posso godere della primavera nascente con le sue fioriture e profumi.

Sette marzo duemilaventi. Convegno a porte chiuse. Nonostante tutto. Con queste parole mi riferisco ovviamente alla situazione di emergenza che tutti stiamo passando a causa della diffusione del Covid-19, del continuo incremento di infezioni e purtroppo anche di morti in Italia e nel mondo.

Come parlare in questo momento di “cura della professione”? Ci si può prendere cura di sé in quanto infermieri in uno stato di emergenza?

Socrate diceva ad Alcibiade che *prima* di entrare in politica doveva prendersi cura della propria anima. *Prima* di essere travolto dall'urgenza degli eventi, dalle decisioni spinose, e dalla gestione di guerre improvvise, Alcibiade doveva esercitarsi nella filosofia per prepararsi a svolgere al meglio il suo compito. E in questi anni, *Slow Nursing* ha promosso un messaggio per certi versi simili: è importante promuovere e recuperare il tempo della cura di sé per poter meglio curare l'altro. Tempo è anche immagine di spazio per la riflessione, supporto nel continuare a nutrire la vocazione professionale, disposizione a mettere in discussione le proprie abitudini.

Ora, però, pare non ci sia più tempo per dedicarsi a questo fondamentale esercizio filosofico preparatorio. Siamo al centro dei focolai. E si parla di infermieri e medici in trincea, di scelte da fare in regime di guerra, di tempo che non c'è. Un tempo che non c'è perché scorre incessantemente veloce e non si può rallentare: ascoltiamo che in provincia di Bergamo ci sono cadaveri da seppellire ogni mezz'ora, 3405 (a oggi) ultimi respiri spirati in solitudine in stanze protette chiuse a chiave. A questo tempo che non c'è si coniuga, quasi come in un ossimoro, la lentezza delle ore che non passano, per chi è a casa e non sa cosa fare, ma purtroppo anche nell'attesa di ricevere notizie in merito ai propri cari trasportati in un ospedale lontano, o di parlare con un operatore del 112.

Possiamo di certo confidare nella preparazione svolta *prima* dell'emergenza, la quale può ora sostenere e ispirare, ma il punto è che qui siamo obbligati a pensare a una cura della professione in stato di emergenza, anche per coloro che esperienza pregressa ne hanno poca - vedasi i giovani infermieri che per l'emergenza hanno sostenuto l'esame di laurea anticipatamente, o anche gli specialisti di altre discipline che devono sapersi subito convertire al primo soccorso, all'infettivologia e alla pneumologia.

L'unica possibilità della cura della professione è quindi ora *in itinere*. Come curare, sostenere e aiutare gli infermieri e con loro tutti gli altri operatori sanitari che ogni giorno sono in trincea?

Non con la critica. Ciò significa, ad esempio, che non possiamo più in questa situazione solamente criticare l'organizzazione che impone tempi inumani in nome di una professione più attenta al paziente, anche se la situazione attuale potrebbe essere stata in parte creata da distorsioni precedenti (vedasi la questione spinosa della privatizzazione della sanità, ad esempio). Se prima l'emergenza poteva essere usata, diciamolo con i toni forti tipici della critica, come pretesto per sfruttare gli operatori sanitari, in questo caso l'emergenza è reale e sotto gli occhi di tutti. La cura della professione nei tempi dell'emergenza si svolge invece con la cura sinergica dei pazienti, degli operatori sanitari e del contesto. Anche degli operatori, sì. Si potrebbe obiettare dicendo che ora non si può pensare a questo, che l'urgenza è la cura dei pazienti che purtroppo aumentano ogni giorno e che gli operatori sanitari devono, di necessità, sviluppare l'immunità di gregge. Tuttavia un ragionamento simile è contraddittorio perché se non ci sono infermieri, medici, operatori socio-sanitari, personale della sanità, scienziati in forza e in salute che si occupano dei pazienti e del virus, la cura non è possibile. La cura è infatti una pratica in relazione in un sistema dinamico: c'è chi cura, chi è curato e c'è il contesto all'interno del quale questa pratica avviene. Se viene a mancare il primo anello - chi cura - viene a cadere l'intero sistema di cura. Ma del primo anello bisogna prendersi cura: chi si prende cura di chi cura? Dov'è il tempo della cura?

Come prendersi cura della professione in stato di emergenza, dunque?

La società tutta si deve prendere cura dei professionisti della cura. Questo non è un compito individuale. Gli operatori sanitari non possono essere lasciati soli in questo arduo compito. La cura deve avvenire a tutti i livelli. Dal basso, come quando da Milano a Napoli, passando per Roma, le persone applaudono dai balconi per dire grazie a medici e infermieri quando sentono il suono di un'ambulanza che va a soccorrere un malato. Un coro per sostenere tutti quelli che curano, dall'*Inno* di Mameli a *Azzurro*. Dall'istituzione, attraverso gli Ordini Professionali, e dalla formazione, attraverso le Università e le Scuole Professionali. Dalla ricerca, nello scambio di informazioni e condivisione di dati sulla migliore terapia a oggi disponibile. Dalla politica ed economia: abbiamo bisogno che sia un miliardario come Bill

Gates a dirci che siamo impreparati a rispondere alle epidemie? Chi è sul fronte, ogni giorno, anche prima del Covid-19, sapeva bene che la Sanità, stando almeno all'Italia, era sottodimensionata.

Possiamo fare tutto questo assieme? Io credo di sì, e lo scrivo con la commozione che sgorga dal mio cuore. Prendiamoci cura l'un l'altro, assieme. Domani sarà primavera.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

un convegno maturo

Questo è il sesto convegno. Un convegno maturo che prende atto della indifferenza degli organi della professione e dei media infermieristici verso la realtà e la riflessione culturale. Quindi l'organizzazione intende assumere maggiore impegno e responsabilità nell'approntare con i partecipanti veramente motivati, un incontro che realizzi pienamente un laboratorio di pensiero per affrontare le tematiche dell'assistere e del curare della società attuale in un confronto autentico fra persone autentiche, libero e senza condizionamenti e pregiudizi. Inevitabile e necessario distinguere fra opportunismo e onestà. Onestà legata alla coerenza alimentata dalla generosità.

essere o non essere

... essere o non essere infermiere?

....essere o non essere cittadino?

....essere o non essere onesto, coerente, generoso?

In quale realtà vivere o sopravvivere?

Incatenato a fissare ombre scambiate per reali,

immagini sgranate che appannano la coscienza?

Quando il pensiero è malato e nessun dubbio affiora,

è ancora possibile la ricerca della verità?

È ancora possibile curare l'altro quando si soffre?

Luciano Urbani - coordinatore Slow nursing

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

ORGANIZZA IL 6° CONVEGNO

essere o non essere ... infermiere?

la cura della professione

SABATO 7 MARZO 2020 ORE 9 - 18

Sala Convegni CENTRO PASTORALE CARDINAL URBANI

Via Visinoni, 4/c 30174 - ZELARINO (VENEZIA)

Moderatori: Barbara Lupazzi - Infermiera - Vicenza
Ilaria Storti - Infermiera - Vicenza

MATTINO

- ♦ DICHIARAZIONI DEI PARTECIPANTI
- ♦ PROVOCAZIONI RIFLESSIVE: ESSERE O APPARIRE
Luciano Urbani - Post Infermiere - SFI Venezia
- ♦ LA CURA DELL'ASSISTERE
Concetta Brugaletta - Infermiera - Londra
- ♦ ESSERE INFERMIERE ... LA CURA DELLA PROFESSIONE
Valter Fascio - Infermiere Benedettino - Torino
- ♦ RIFLESSIONI AD ALTA VOCE CON IL PUBBLICO

POMERIGGIO

- ♦ LA CIVILTÀ DELLA CURA
Carlo Beraldo - Sociologo - Trieste
- ♦ LA CURA DELLA PAROLA VIVA
Ornella Doria - Membro SFI Società Filosofica Italiana Venezia
- ♦ LA CURA DEL PENSIERO E DELLA PAROLA
Giuseppe Goisis - Filosofo - Università Ca' Foscari - SFI Venezia
- ♦ DISCUSSIONE INTERATTIVA RELATORI-PUBBLICO

INGRESSO LIBERO:
infermieri, operatori sanitari e cittadini interessati
previa 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

SUGGERIMENTI PER ARRIVARE A ZELARINO

TRENO: per chi arriva alla stazione di VENEZIA-MESTRE

all'interno o all'uscita della stazione a 100 metri alla destra si trova la fermata del

TRAM linea T2 verso MESTRE CENTRO (7 minuti) ai minuti 03 - 13 - 23 - 33 - 43 - 53

Per Zelarino fermata ZELARINO CHIESA ci sono 2 BUS (5E e 6E) (7 minuti)

BUS 5E (fermata B4) 7,24 - 7,54 - 8,24 - 8,54

BUS 6E (fermata B4) 7,12 - 7,42 - 8,09 - 8,39

Dalla fermata Zelarino-Chiesa proseguire per Via Visinoni a piedi per 3 minuti fino alla sede del Convegno.

RITORNO

BUS 5E verso MESTRE CENTRO (fermata Zelarino-Chiesa) ai minuti 01 - 21 - 41 (7 minuti)

BUS 6E verso MESTRE CENTRO (fermata Zelarino-Chiesa) ai minuti 11 - 31 - 51 (7 minuti)

TRAM linea T2 verso STAZIONE FS (7 minuti) ai minuti 05 - 15 - 25 - 35 - 45 - 55 (7 minuti)

PRENOTAZIONE NAVETTA

Possibilità di prenotare il noleggio con autista privato della ditta "INITINERE" di Guido Cafiero

(entro il giorno precedente) tel. 3482285456 e-mail: info@in-itinere.com

trasporto da stazione FS alla Sede al costo di 15,00 euro a viaggio (da dividere per max 8 passeggeri)

trasporto dalla Sede alla stazione FS al costo di 15,00 euro a viaggio (da dividere per max 8 passeggeri)

BUS DIRETTO da VENEZIA Piazzale Roma

BUS 5E per NOALE (fermata Zelarino-Chiesa) 7,12 - 7,42 - 8,12 - 8,42 (19 MINUTI)

BUS 6E per SCORZE' (fermata Zelarino-Chiesa) 7,30 - 7,57 - 8,27 - 8,57 (19 MINUTI)

Auto: Uscita tangenziale Via Castellana, seguire le indicazioni per Zelarino centro.

Arrivati a Zelarino centro, in prossimità della chiesa, al secondo semaforo, svoltare a sinistra in via Visinoni.

Proseguire fino alla curva all'altezza della quale si trova il cancello del Centro Pastorale Cardinal Urbani.

Ampio parcheggio interno gratuito.

POSSIBILITA' DI PERNOTTARE IN SEDE DI CONVEGNO

C'è la possibilità per i partecipanti al convegno di pernottare presso il Centro Cardinal Urbani.

Le camere (con possibilità di trasformazione in doppia, tripla o quadrupla) disponibili sono poche, per cui chi ha intenzione di partecipare al convegno è bene effettuare la prenotazione quanto prima.

Il costo della camera singola è di 40,00 euro (doppia 70,00 euro) compreso prima colazione.

L'imposta soggiorno a persona è di 2,80 euro.

Per informazioni e prenotazioni camere tel 041 907190 - e-mail: centrourbani@patriarcato.venezia.it

PERNOTTARE VICINO ALLA SEDE DI CONVEGNO

HOTEL ANTICO MORO - Via Castellana, 149 - 30175 - Zelarino, nei pressi del convegno.

Il costo della camera singola (solo 3 camere) è di 48,00 euro e la doppia uso singolo a 50,00 euro.

Nel costo è compresa la prima colazione a buffet. L'imposta soggiorno a persona è di 2,40 euro.

Per informazioni e prenotazioni camere tel 041 5461834 info@antico-moro.com

INDICE

PRESENTAZIONE	3
Invito al Convegno di Zelarino del 7 marzo 2020	10
DICHIARAZIONI INIZIALI DEI PARTECIPANTI	11
L'ultimo convegno Slow nursing	20
ABSTRACT	23
CONTRIBUTI	29
Luciano Urbani Essere o apparire oggi	30
Concetta Brugaletta Prendersi cura dell'assistenza	36
Valter Fascio Resilienza o resistenza. Tu cosa scegli?	40
Giuseppe Goisis La cura del pensiero e della parola	45
Giovanni Trianni Infermiere o chierichetto?	46
Ivan Cavicchi Essere infermiere secondo Cavicchi	47
Luciano Urbani Il medico "Principe della sanità" pagato anche quando dorme	49
Massimiliano Zaramella L'ipocrisia del Sistema ECM e delle polizze assicurative	52
Barbara Balanzoni L'assalto alla professione medica. Chi salverà noi Medici "DOC"?	54
Massimo Gramellini Tre infermieri	56
Angelo De Angelis Medici vs infermieri la guerra tra moderni poveri	57
Giorgio Simon Medici che lasciano il SSN forse un po' di colpa è anche di noi DG	59
Eugénie Vegleris La consulenza filosofica	60
Barbara Lupazzi Il tempo senza cura	63
Ilaria Storti La relazione bidirezionale con il malato:	64
Silvia Venier Cultura come cura	68
Ornella Doria La cura della parola viva	69
Antonio Beninati Salute, cura e responsabilità in un tempo di quarantena	72
Pierina Ros La coerenza come "filosofia operativa"	76
Alberto Madricardo La filosofia è una medicina?	77
Adriana Bianchin La cura della professione di cura	81
MI RICORDO	91
Giuliano Bon Dalle Alpi all'Etna. Diario di viaggio	93
Luciano Urbani Le conseguenze della formazione	95
Luisa Magnone Ad alta voce	96
Tiziana Pavan Orticello per sopravvivere	100
Giuseppe Goisis La relazione di cura e la condizione dell'anziano	101
Renata Bonotto Fiorenza ed io	106
Luciano Urbani L'onestà è un optional?	108
Daniela Saccarola A cosa serve l'ecm?	109
Mara Marchetti Con l'ecm non si fa cultura	109

Invito al sesto convegno Slow nursing
“essere o non essere infermiere: la cura della professione”
Mestre 2020

Cari amici, questo è un invito a partecipare al VI Convegno del Laboratorio di pensiero Slow nursing di Mestre 2020. Ma perché partecipare? Perché è una occasione per portare un contributo ad una discussione libera e franca sul tema della cura e la società.

È questa una possibilità di dialogo unica nel panorama attuale.

Infatti emerge una domanda: “C’è bisogno di un nuovo illuminismo?”. Ebbene, sembra sia ormai indispensabile “illuminare” la mente degli uomini, distratti da notizie false e convinzioni senza fondamento scientifico. Strumenti indispensabili sono l’esercizio della critica e della ragione, non fermarsi alla superficie, ma praticare il dubbio per ricercare la verità. Ma la sola illuminazione non è sufficiente se non viene completata da una conseguente scelta a un comportamento etico.

Vi invito quindi a scrivere qualche pensiero, riflessione, ispirazione, suggerimento, suggestione, provocazione, utile per la discussione, che verrà inserito negli Atti 2020. In più quest’anno si aggiunge la sessione “**mi ricordo**” per brevi tracce di memoria del proprio vissuto e le esperienze sulla cultura, la cura della salute e la società.

Va precisato che, chi intende essere presente al convegno di sabato 7 marzo, deve inviare un contributo scritto entro il 10 febbraio 2020, in quanto i posti disponibili in sede del convegno sono limitati.

Luciano Urbani, coordinatore Slow nursing

dichiarazioni iniziali dei partecipanti al convegno

Perché ci sono pochi infermieri al convegno?

Forse perché si sentono sempre più “tecnici” e non operatori di salute.

CARLO BERALDO - Sociologo - Trieste

Sono già bravi se sopravvivono allo stress e famiglia più vita privata.

RENATA BONOTTO - Curatrice di memorie - Venezia

Non siamo riusciti a coinvolgere altri colleghi perché non c'è interesse sincero e motivazione verso qualcosa di diverso e vero che comporta una scelta di una posizione nei confronti della professione e quindi della società. Credo che a questo abbia contribuito anche il fatto che il movimento non è riconosciuto dalla professione infermieristica italiana che ha altre priorità piuttosto che stimolare lo sviluppo della cultura all'interno della professione. Per gli infermieri che sono passati e non si sono fermati, credo che buona parte del problema sia dovuto al fatto che non si crede nella possibilità di promuovere l'emancipazione e la crescita culturale della professione riflettendo in gruppo sulle contraddizioni presenti. Non si vuole esprimere il proprio parere e confrontare le proprie idee. Le ragioni di questo possono essere tante, dalla mancanza di abitudine a questo confronto, al rischio di giudizio, all'intenzione più o meno consapevole di seguire i propri interessi ecc..

CONCETTA BRUGALETTA - Infermiera – Londra

Penso manchi la consapevolezza dell'importanza di una formazione antropologica accanto a quella tecnica.

ORNELLA DORIA - Filosofa - Venezia

Avendo partecipato da molti anni a tutti i convegni, questi argomenti evidentemente trattati sono ritenuti non rilevanti dalla Professione finora. Evidentemente in futuro tutto potrebbe cambiare dopo l'evidenza della loro importanza enorme a seguito di questa "criticità" occorsa.

VALTER FASCIO - Infermiere Torino

Forse bisognerebbe chiedersi perché ormai ci sono più (se non quasi solo) NON INFERMIERI al convegno? Il cambiamento formativo del medico e dell'infermiere e il mutamento sociale forse vede con più forza il dialogo-confronto allargato, a partire dai temi “Slow nursing”, ai cittadini con “professioni trasversali”. Questo può aprire un nuovo corso al dibattito.

SABINA TUTONE - Animatrice culturale - Venezia

Perché la gestione del movimento delude le aspettative di chi al movimento ne ha fatto parte o di chi ha partecipato ai convegni.

LUPAZZI BARBARA - Infermiera - Vicenza

Perché non dà crediti. Non dovrebbe essere la sola ragione per partecipare a un convegno, ma visto che sono obbligatori (?) gli infermieri a parità di interesse sull'argomento scelgono quello con l'accreditamento.

TIZIANA PAVAN - Infermiera - Venezia

Dovremmo chiederlo a loro.

ADRIANA BIANCHIN - Filosofa e Analista Biografico i.f. - Venezia

Perché forse non hanno bisogno di cultura.

LUCIANO URBANI - Post Infermiere - Venezia

Credo che dipenda almeno in parte dal fatto che non sono chiari i temi di cui si occupa l'associazione, Penso che gli infermieri abbiano bisogno di parlare della loro esperienza, dei dilemmi bioetici che si trovano di fronte ogni giorno, delle difficili situazioni in cui lavorano. Credo cioè che abbiano bisogno di uno spazio come slow nursing ma che non lo abbiano identificato come tale.

ILARIA STORTI - Infermiera - Vicenza

Se ci sono più cittadini che infermieri è coerente chiamare il Laboratorio Slow nursing?

Forse è necessario, se il laboratorio intende proseguire, cambiare nome e “platea”.

CARLO BERALDO - Sociologo – Trieste

Credo di sì perché Slow Nursing chiarisce il tema di cui si parla. Questo nome invita immediatamente alla riflessione su nursing e sul tempo e si collega anche alla sua origine con Slow Food, Slow Medicine ... I principi del movimento professano una formazione etica e vera senza un secondo fine e l'onestà di partecipazione a un gruppo. Quello che ammiro è che i cittadini, insegnanti, sociologi e filosofi hanno a cuore la professione infermieristica e il tema della cura. Forse avere un nome diverso come quello proposto durante i nostri incontri valorizza di più la partecipazione dei cittadini ma un po' mette da parte gli infermieri. La mia domanda è, ma possiamo pensare a dei principi fondamentali per una deontologia etica (4 articoli) diversi da quelli di slow nursing? il nuovo laboratorio avrà principi diversi?

CONCETTA BRUGALETTA - Infermiera - Londra

Si tratta comunque di un laboratorio di Slow nursing. Evidentemente i cittadini sono più sensibili alla proposta laboratoriale degli stessi infermieri!

ORNELLA DORIA - Filosofa - Venezia

No, non è coerente.

VALTER FASCIO - Infermiere Torino

Chiamerei il laboratorio proprio come Luciano ha proposto alla fine del suo intervento:

LABORATORIO LIBERO DI PENSIERO col sottotitolo da elaborare.

SABINA TUTONE - Animatrice culturale - Venezia

Secondo me Slow nursing dovrebbe essere "aperto" solo per gli infermieri, come movimento intendo. Poi, in sede di convegno, potrebbe aprire le porte a tutti, sanitari e non, cittadini e altre professioni. Per rispondere alla domanda la mia risposta è NO.

LUPAZZI BARBARA - Infermiera - Vicenza

Io credo che il nome potrebbe anche restare.

TIZIANA PAVAN - Infermiera - Venezia

Perché no, se l'oggetto dello studio è quello?

ADRIANA BIANCHIN - Filosofa e Analista Biografico i.f. - Venezia

No, è diventato un laboratorio trasversale, non più identificativo della professione infermieristica.

LUCIANO URBANI - Post Infermiere - Venezia

Se all'intento del gruppo di discussione ci sono infermieri è coerente chiamarlo slow nursing. La partecipazione di altre persone, con altre esperienze e professionalità, è un utilissimo arricchimento.

ILARIA STORTI - Infermiera - Vicenza

L'esperienza di questi anni è stata un fallimento?

Direi di no!

CARLO BERALDO - Sociologo - Trieste

Sono nuova, è il primo convegno.

RENATA BONOTTO - Curatrice di memorie - Venezia

No perché non abbiamo cercato il successo a tutti i costi. Ma abbiamo lavorato onestamente, con precisione. Dal punto di vista personale io sento una consapevolezza maggiore e di per sé questa è una grande vittoria. Approfondire i temi ad uno ad uno li rende più facili da capire e praticare. E' veramente un laboratorio di apprendimento costante, ogni volta una riflessione in più e non solo durante gli incontri/convegni.

CONCETTA BRUGALETTA - Infermiera - Londra

E' cominciata molto bene, ora si sta esaurendo. I tempi cambiano rapidamente perciò diventa necessario ideare un nuovo canale di comunicazione dei contenuti, indubbiamente validi, di Slow Nursing.

ORNELLA DORIA - Filosofa - Venezia

L'esperienza di questi anni personalmente è stata importante. L'esperienza di Slow nursing "apparentemente" sembrerebbe un fallimento se rapportato all'interesse NON dimostrato dalla Professione. Per i cittadini sembrerebbe (dai commenti rilevati) un grande successo!

VALTER FASCIO - Infermiere Torino

Per me assolutamente NO! Ho imparato, condiviso e aperto nuovi percorsi di pensiero e conosciuto una realtà che interseca il mio vivere quotidiano.

SABINA TUTONE - Animatrice culturale - Venezia

Absolutamente no. Si può dire che ha solo seminato, si raccoglierà.

LUPAZZI BARBARA - Infermiera - Vicenza

Le esperienze non sono mai un fallimento.

TIZIANA PAVAN - Infermiera - Venezia

NO

ADRIANA BIANCHIN - Filosofa e Analista Biografico i.f. - Venezia

È un fallimento per gli infermieri. Per noi che la abbiamo vissuta è stata una esperienza unica ed eccezionale.

LUCIANO URBANI - Post Infermiere - Venezia

io sono nel gruppo da poco più di un anno e non conosco molto ciò che è stato fatto prima del mio arrivo. Non penso che si possa parlare di fallimento dato che ha prodotto molto materiale di discussione

ILARIA STORTI - Infermiera - Vicenza

E' giunto il momento di chiudere questa esperienza?

Quanto meno riformularla....

CARLO BERALDO - Sociologo - Trieste

Non sono in grado di dirlo. L'organizzazione di tutto ciò è molto laboriosa e complessa. Grazie Luciano, sono contenta di esserci. Sono una "tuttologa" dell'ascolto!

RENATA BONOTTO - Curatrice di memorie - Venezia

Non direi, si tratta piuttosto di ripensarla e rinnovarla.

ORNELLA DORIA - Filosofa - Venezia

E' il momento di chiudere "questa" esperienza e semmai aprirne un'altra. Anche se questa esperienza di "7" anni è stata molto antesignana e presaga di molti "fatti" ed "eventi" che poi nell'emergenza internazionale hanno dato ragione ai temi portati all'attenzione di tutta la Professione.

VALTER FASCIO - Infermiere Torino

Forse sì, date le considerazioni che, da quando partecipo a questi incontri, si stanno scambiando in progress. Più che chiusura la ritengo una “naturale trasformazione”, nuovo strumento di crescita con obiettivi rinnovati.

SABINA TUTONE - Animatrice culturale - Venezia

NO. Basterebbe cambiargli il "vestito". Attenzione! Non vuol dire ...cambiargli il "volto", che è ben diverso. E nemmeno nome. Poi se parallelamente nasce un altro movimento per cittadini, filosofi, pompieri in pensione, ecc... ben venga. E potrebbe esserci anche collaborazione. Attenzione a non fare minestrone ...

LUPAZZI BARBARA - Infermiera – Vicenza

Per me è stata la prima volta, non ho precedenti (a parte ciò che ho letto sui convegni passati) da poter paragonare. Forse si potrebbe rivedere qualcosa.

TIZIANA PAVAN - Infermiera - Venezia

NO

ADRIANA BIANCHIN - Filosofa e Analista Biografico i.f. - Venezia

Sì. Slow nursing è morto, non dà più segni di vita. Rimane un circuito di persone diverse dalla professione infermieristica, che esprimono vivo interesse e passione per il tema della cura.

LUCIANO URBANI - Post Infermiere - Venezia

No

ILARIA STORTI - Infermiera - Vicenza

Per Slow nursing

Silvia Venier - Insegnante di Filosofia - Venezia

Provo a mettere da parte per qualche minuto le preoccupazioni che in questo periodo condizionano le nostre vite per proporre una breve riflessione riguardo allo scambio di opinioni sulla comunicazione dell'intellettuale. Mi piacerebbe questa volta invitare ad un semplice rovesciamento della questione: il problema dell'intellettuale non è, a mio avviso, quello di comunicare in modo troppo difficile, utilizzando un linguaggio poco comprensibile o una concettualizzazione astratta, ma è piuttosto quello di fingere di comprendere ciò che in realtà gli sfugge. Non si tratta di una finzione pienamente consapevole e non intendo quindi attribuire genericamente delle responsabilità; so inoltre che esistono differenti livelli di profondità nell'analisi e nella comprensione delle cose e che non esiste un solo modo d'essere intellettuale. Credo tuttavia che sia arrivato il momento di fare una seria riflessione sul "metodo".

Procederò per punti per cercare di essere chiara, sottolineando che i punti che elenco di seguito rappresentano solo l'inizio dell'investigazione.

- Il metodo delle scienze della natura è fondamentalmente diverso da quello delle scienze umane. A dire il vero, non esiste uniformità neppure fra le diverse scienze della natura perché l'oggetto da indagare condiziona in modo decisivo il metodo, ma tralascio questa questione perché porterebbe troppo lontano. Negli ultimi tre secoli gli straordinari successi nell'ambito della tecnica hanno determinato un senso di frustrazione in alcuni settori del pensiero umanistico, spingendo gradualmente - grazie anche alla pressione del sistema economico capitalistico nella sua fase di espansione totalizzante - ad una rincorsa tanto frenetica quanto ridicola del paradigma matematico, assunto per la sua indiscutibile potenza a "paradigma scientifico in senso lato". Su questo fenomeno si sono già scritti volumi su volumi, ma senza che questo comportasse una presa di coscienza diffusa, capace di resistere ad una omologazione irreversibile. Fenomenologia, esistenzialismo, parte della psichiatria e della psicoanalisi rappresentano, insieme alla testimonianza di qualche mente illuminata e creativa, il tentativo di aprire strade diverse, ma senza riuscire a far breccia in una struttura sociale e di pensiero unidimensionale.

- Lo sforzo di emulazione del modello matematico sta erodendo le basi di quello che a me piace definire "l'attitudine empatica" del pensiero, che non costituisce l'intero della filosofia, ma il presupposto di una sua parte significativa. Nel tentativo di dimostrare d'essere rigorosi gli intellettuali, e tra questi anche i filosofi, hanno perso la capacità di leggere con i loro

strumenti la realtà umana. Pascal direbbe che hanno perso l'esprit de finesse e in questo modo, utilizzando in altra direzione le parole di Galilei, possiamo sostenere che si aggirano invano nel mondo in cui sono immersi come in un labirinto.

- Oggi la principale vittima di questo stato di cecità è, secondo me, la politica. Non perché i politici ascoltino gli intellettuali, ma perché faticano a trovare il collegamento fra un orizzonte di senso che è ancora parte della nostra tradizione culturale e una complessità umana in divenire che vorrebbero orientare senza saperla decifrare.

- L'economia sembra essere il motore, ma il suo affidarsi al calcolo senza una riflessione critica sui fini la rende "strumento coerente" di pulsioni irrazionali. La pubblicità che ci martella ossessivamente anche in questi giorni in cui la nostra vita è concentrata sulla paura della malattia invitandoci a fare acquisti (di beni spesso superflui ed inutili, se non dannosi), mentre medici e politici ci dicono di stare a casa, è la testimonianza chiara della distanza che si è prodotta fra economia e realtà: lo sfruttamento della pulsione diventa coerentizzazione della follia.

- Da dove ripartire? Io credo che si debba ripartire da quello che crediamo di saper fare, ma che in verità non sappiamo più fare: ascoltare. Questa è la base del metodo. In realtà questo dovrebbe essere il punto di partenza che unisce tutte le scienze, ma l'ascolto dell'essere umano è di una natura particolare: richiede un silenzio più difficile di quello richiesto dalla conoscenza degli oggetti delle scienze naturali. Anche in questo caso sembra si stia dicendo qualcosa di ovvio, ma così non è: quando l'intellettuale parla della potenza della parola pensa al proprio farsi artefice di trasformazione e mentre dice di essere in ascolto sta valutando ciò che ascolta, ne coglie l'utilità o meno rispetto al suo progetto. Questo non è in sé un male, ma impedisce la comprensione: la persona che mi parla vuole prima di tutto essere ascoltata per trovare riconoscimento e comprensione. Sono disponibile a cogliere la novità che viene a me dall'altro? So guardare l'abisso di solitudine e di paura che si cela dietro alle parole? Ogni parola gentile che io dico all'altro senza averlo ascoltato veramente allarga quell'abisso senza che io lo veda.

- Devo star zitto e ascoltare per cominciare a comprendere. Poi devo cercare dentro di me. Devo fare qualcosa di simile a quello che insegnavano i maestri del "metodo Stanislavskij" perché se non recupero le mie esperienze, le mie emozioni, le mie convinzioni alla luce delle parole dell'altro non posso comprendere veramente. Parole, ma non solo, anche gesti, silenzi. Per questo sono necessari tempo e presenza.

- Quindi posso provare a tradurre. Cercherò altre parole per verificare la bontà della mia

interpretazione. Se mi accorgo di aver frainteso modificherò la mia traduzione come fa un bravo studente che deve fare una versione di greco. Un lavoro delicato in cui il pensiero dell'altro prende vita con una nuova veste, acquista una valenza più ampia.

Solo a questo punto può cominciare il dialogo, un'esperienza di cui non posso sapere a priori l'esito. Quelle che ho descritto sono le prime tappe di un percorso di ricerca che ritengo imprescindibili perché la fatica intellettuale possa portare ad una conoscenza della realtà umana e possa forse agire in modo efficace. Questo ritengo sia il "metodo". L'ho appreso attraverso quattro vie: la scuola di counseling filosofico relazionale che frequento da molti anni; il mio approccio alla sfera politica fatto più di ascolto delle persone che di ricette risolutive; l'insegnamento vissuto come dialogo filosofico con lo sguardo dei miei studenti; la mia esperienza di vita piena di fallimenti. Slow Nursing può diventare un laboratorio di pensiero in cui la parola "cura" acquista un senso. Però ci vuole tempo e servono attenzione e pazienza.

L'ULTIMO CONVEGNO SLOW NURSING 7 marzo 2020

Il sesto convegno Slow nursing è eccezionalmente avvenuto il 7 marzo 2020. Nonostante l'avvicinarsi incalzante delle disposizioni governative che modificavano quasi ogni giorno le indicazioni e le restrizioni ai movimenti delle persone per contenere la diffusione del contagio del Covid-19, il "non convegno" si è realizzato. Dall'iniziale localizzazione presso l'Università Popolare di Mestre, chiusa alle riunioni, il convegno ha trovato rifugio presso una sala dedicata e rispondente alle misure di prevenzione del Governo del 4 marzo (divieto di partecipare agli operatori sanitari e garantire la distanza di un metro fra le persone) per gli esigui 6 presenti totali in sala e altrettanti 6 fra relatori e partecipanti via Skype. Grazie allo sponsor lo svolgimento dell'evento è stato facilitato e reso un po' più confortevole.

I contenuti di alto livello hanno attivato la riflessione e la discussione fra infermieri, cittadini, insegnanti, filosofi presenti in aula e nel web riguardo la professione, la società e la cultura della cura.

L'EVIDENZA

Comunque anche se non ci fosse stato il problema del virus la presenza di infermieri sarebbe risultata scarsa.

D'altronde non poteva esserci maggiore partecipazione mancando l'informazione.

Non è stato richiesto il patrocinio a nessuno dei 102 OPI provinciali, sarebbe stato inutile perché non avrebbero dato alcuna informazione agli infermieri così come è successo lo scorso anno. Nessun sito infermieristico o quotidiano infermieristico in rete ha dato notizia del convegno, eccetto NurseTimes e Infermieriattivi, ma risale ormai a ottobre 2019.

Unica eccezione su LinkedIn dove i post della locandina del convegno ricevono in media 1400-1800 visualizzazioni dai miei contatti.

Ma anche questo non ha sortito alcun effetto: gli infermieri interessati non si affacciano per iscriversi o almeno chiedere notizie.

Sembra che la cultura non sia un bisogno per gli infermieri.

PROFESSIONE SENZA ETICA

Ricordiamo inoltre l'appello di Slow nursing riguardo i presidi non sterili, che da molti anni la Federazione IPASVI/FNOPI ignora, decidendo così di non “prendersi cura” della prevenzione delle infezioni. Così neppure nessun Collegio IPASVI/OPI ha mai fatto sentire la sua voce su questo problema.

La situazione evidenzia clamorosamente l'appannamento etico della professione infermieristica? Può esistere una professione senza etica?

Una professione che non si pone interrogativi sulla propria identità può esistere?

Diversamente avviene per i medici che nel 2019 hanno proclamato la “crisi della professione medica” e coerentemente indetto gli “stati generali” con l'apporto di sociologi e filosofi.

Quindi i medici chiedono più cultura per essere, mentre gli infermieri chiedono più tecnica.

COS'ERA SLOW NURSING

Un Laboratorio di pensiero, dove più che di spazio fisico, c'è bisogno di spazio mentale, dove porre quesiti, confronti e riflessioni.

Qui non c'è autoreferenzialità, perché non dobbiamo vendere nulla, non dobbiamo convincere nessuno. Chi viene è motivato, e per partecipare non paga.

Abbiamo invitato negli anni rappresentanti di professioni altre (medici, giuristi, conferenzieri, ecc.) nonché gli Ordini professionali infermieristici e medici, ma tutti, eccetto qualche rara eccezione, hanno ignorato l'invito (per qualcuno, probabilmente o quasi certo, perché non c'era, compenso).

Questo Laboratorio è uno spazio di condivisione, dove chi sceglie di esserci trova/porta possibilità di confronto, di riflessione, accende stimoli e ipotesi di lavoro, lancia iniziative culturali, prima, durante e dopo il convegno.

Slow nursing non è la soluzione ai problemi dell'infermieristica o della società, ma è solo uno strumento per fare cultura, per capire la realtà e soprattutto noi stessi.

È una palestra di pensiero per crescere in modo autentico.

“Il Laboratorio di pensiero Slow Nursing non è un’associazione o una società scientifica, pone delle domande, non dà e non ha l’obiettivo di dare, risposte, le quali le lasciamo agli studenti, ai colleghi ai cittadini, alla società civile”.

Il risultato confortante di questo incontro è la testimonianza attiva per diradare nebbie e ostacoli alla verità e alla giustizia, per affermare l’identità professionale e soprattutto per la buona cura della salute. Se anche una sola persona in più decide di attivarsi per alimentare il confronto e la riflessione, significa che il messaggio è stato utile. La discussione e l’interazione è continua durante tutto l’anno, pertanto tutti sono invitati ad inviare riflessioni e contributi utili alla discussione, e a vedere o rivedere i contenuti degli atti, audio e video raccolti fino a qui.

CONCLUSIONE

Giunti fino a qui, dopo 7 anni di tentativi, è necessario tirare le somme.

Slow nursing risulta non essere un bisogno degli infermieri, bensì si rivela uno spazio condiviso e apprezzato maggiormente da cittadini, insegnanti e filosofi.

Tanto più ora i gravi avvenimenti che incombono possono allontanare ancor di più l’occasione di riflessione degli infermieri.

Infine oggi è inevitabile dichiarare chiusa l’esperienza di Slow nursing.

Rimane disponibile tutto il materiale raccolto in questi anni quale patrimonio, eccezionale testimonianza dell’impegno e dell’entusiasmo profusi.

Ringrazio tutti i protagonisti che hanno partecipato al percorso fino a qui, una esperienza unica ed eccezionale solo per chi l’ha vissuta pienamente.

Luciano Urbani, coordinatore Slow nursing

abstract

ESSERE O APPARIRE

Luciano Urbani – Post Infermiere – Venezia

Apparire è un po' far finta perfino far finta di essere...sani ...oppure liberi?

“Pochi vedono come siamo, ma tutti vedono quello che fingiamo di essere”

Niccolò Macchiavelli

Essere o non essere?

Come riuscire ad essere?

Quale strada seguire?

Seguire la ragione e la coerenza o l'opportunismo e l'indistinto?

Cosa ci spinge a progettare e a lavorare assieme?

Quali "principi" dovrebbero guidare le nostre azioni?

Forse nessun principio, ma solo la convenienza e il proprio tornaconto?

Nessun rigore, nessun impegno, solo convivialità da bar?

Nessuna dignità.... nessun principio solo pensiero utile?”.

Quale soluzione ci rimane?

Ci può essere ancora un po' di speranza? Un sogno da realizzare?

Magari con un intervento straordinario forse un miracolo quantistico?

Ecco, tutto appare ormai confuso, ambiguo e indecifrabile.

“Cercando di sembrare ciò che non siamo, cessiamo di essere quel che siamo.”

Ernst Jünger

ESSERE INFERMIERE... LA CURA DELLA PROFESSIONE

Valter Fascio - Confratello benedettino - Infermiere coordinatore - Specializzazione nella Salute Mentale - Master Forense - Torino

L'infermiere è l'ambiente (Watson, 2008). In un ambiente senza valori in cui vige il bipensiero è difficile costruire l'identità professionale per 'essere' ontologicamente infermiere. Per lo specifico 'professionale' (La Greca, 1993) chi e cosa sarà di esempio? Dove stanno oggi i Maestri? Perché malgrado tutti i modelli se non si diventa 'se stessi', senza vera libertà - come sostiene Galimberti - non è possibile 'prendersi cura' del mondo diversamente da come il mondo intorno si 'prende cura' di noi. Fatta questa premessa, ne deriva che senza la relazione umana un professionista della cura diventa avatar: perde la propria identità professionale e personale, non cresce. Dalla comunità professionale il ruolo che gli deriva sovente segue la 'regola dei giochi' in copioni-protocolli standard. L'incoerenza del mondo, a sua volta, può creare - unica e comune risposta per non soccombere - la peggiore resilienza. Nella società un riconoscimento identitario tra professionisti può esserci tra attori liberi e consapevoli, con conoscenza individuale, spontanea, umana. L'identità è sempre frutto di un 'dono sociale' (Galimberti, 2019) e non avviene tra comparse finte, multiruolo, intercambiabili o anonime. Una professione di cura deve avere un'identità molto 'forte' e soprattutto essere pertinente, comunicando con la società in cui il professionista vive. Diverso sarebbe una 'professione' fatta da anacoreti. Storicamente il professionista è colui che ha acquisito competenze nella propria mansione tramite analisi e studio. Le principali differenze fra mansioni e professioni hanno origine nel medioevo. Secondo quanto riportato dai documenti storici, già allora le professioni erano considerate di rango più elevato poiché implicavano l'utilizzo dello "spirito" intellettuale, mentre i mestieri potevano essere praticati da chiunque con un po' di 'allenamento'. Va detto che oggi questa distinzione si è molto assottigliata, grazie alla nascita delle nuove tecnologie che hanno imposto la revisione completa delle competenze anche per l'operaio più semplice. Certo si può correttamente affermare che il codice deontologico in ambito sanitario è lo strumento, scritto e reso pubblico, che stabilisce e definisce le cosiddette norme deontologiche, vale a dire le concrete regole di condotta 'condivise' che devono necessariamente essere rispettate nell'esercizio di una specifica attività professionale". Tuttavia, una professione davvero 'integrata' nella società liquida in cui il professionista vive ed esercita ha un'immagine riflessa che non può essere la proiezione di uno 'specchio opaco' ... Ciò che dico o faccio è rilevante per chi mi ascolta? Per l'interlocutore sono attendibile in un determinato contesto? Nel caso del professionista sanitario occorre anche analizzare se i relativi atti

regolatori, profilo, codice deontologico e ordinamenti didattici sono sempre 'pertinenti'. Poi, in subordine, se si tratta di dover 'curare la professione', allora lo si può fare. Secondo le 'proprie necessità'? Secondo i 'problemi' dell'Ordine? 'Adattandosi' alle esigenze deontologiche? Per 'curare' una professione occorre sempre fare il punto preciso su di essa. Si tratta di fare gli 'Stati Generali' e preparare delle 'tesi', partendo dalle ipotesi, tra le quali le prime: «La professione ha bisogno di cura? I suoi professionisti si sentono danneggiati, inadeguati o non riconosciuti dalla società?». In conclusione, in un mondo che va male, una professione 'fatta da se stessi' non può rappresentare alcuna speranza per orientare i suoi membri e proporre un cambiamento positivo (Sarah, 2018). Non deve 'conformarsi' al mondo ma 'confrontarsi' con esso difendendo i propri valori fondanti. Non può 'prendersi cura' se non riconosce di 'essere in crisi' (cosa che, ad esempio, ha ufficialmente riconosciuto la professione medica nel 2019). Non può farlo senza sapere prima se le eventuali carenze sono formative, tecniche-tecnologiche o - piuttosto - ontologiche e culturali. Il grande assente, talvolta, è anche lo spirito, lo spirito del 'gruppo', lo spirito intellettuale. In altre parole, la ricerca della verità su se stessi (Canopi, 2018). Una possibile soluzione può essere che la professione 'esca' dai comportamenti collettivi della società - come indica Jung - passando dalla sola cura del malato 'designato' alla prevenzione, fino alla promozione della cura del sano e di se stessi. Perché è nel foro della società che un semplice mestiere diventa autentica professione - 'pubblica dichiarazione' del proprio specifico ruolo e scelta di vita - (parlando con la voce Costituzionale), per concorrere al progresso materiale e spirituale della comunità.

LA CURA DELL'ASSISTERE

Concetta Brugaletta - Infermiera - Londra

La cura dell'assistere è la cura della relazione infermieristica con il paziente e anche la cura dei nostri colleghi più giovani e di quelli più anziani. È per me la cura di quell'ambiente dove l'assistenza avviene.

In azione pratica, questo si traduce in identificazione, sviluppo e sostegno di momenti di insegnamento da esperienze pratiche che avvengono. Per far questo bisogna esplorare la relazione con i pazienti e colleghi.

Vorrei parlare dell'ambiente in cui questa cura dell'assistere può avvenire e delle aspettative e responsabilità degli attori (infermieri giovani, infermieri esperti, manager e aziende).

LA CIVILTÀ' DELLA CURA

Carlo Beraldo - Sociologo - Trieste

In ambito sanitario il termine cura è di norma riferito a un'azione, più o meno complessa, esercitata da uno o più professionisti nei confronti di un soggetto (o di una pluralità di soggetti) che presenta problemi, deficienze, limiti riguardo alla propria condizione psico-fisica, con riferimento a criteri scientificamente condivisi di salute e benessere. Tale approccio risulta esito di uno sviluppo scientifico ed esperienziale realizzatosi prevalentemente nelle società occidentali negli ultimi due secoli, che ha determinato la realizzazione di un apparato specializzato in ambito sanitario - sostenuto dalla "scienza medica"- a cui si è aggiunto, nel novecento, una componente caratterizzata da interventi attinenti alla dimensione psicologica.

Le "cure per la salute", nelle loro molteplici dimensioni, si sono altresì incrementate, specie negli ultimi decenni, in alternativa alla scienza medica ufficiale, di un complesso di pratiche provenienti da medicine tradizionali occidentali e orientali, spesso alimentate da concezioni filosofiche eterodosse; è pur vero che, accanto ai sistemi istituzionalmente riconosciuti o comunque offerti dal mercato nello spazio sociale, permangono a livello domestico forme di *self and family care* tendenzialmente non comunicanti con le organizzazioni sanitarie formali.

L'insieme di queste diverse situazioni danno evidenza a uno scenario assai composito di risposte curative presenti nella realtà sociale a cui si intrecciano ulteriori condizioni, in particolare:

- il riconoscimento di determinate cure nell'ambito delle prestazioni esigibili da parte dei cittadini nel contesto del sistema normativo di welfare presente a livello nazionale e regionale;
- il raccordo tra cure diverse riguardanti una medesima situazione personale o sociale (ovvero l'integrazione possibile tra interventi sociali, sanitari, pedagogici, ecc.);
- l'individuazione di diverse modalità di effettuazione dell'intervento curativo: prestazione meramente tecnica o pratica curativa realizzata nel contesto di un processo comunicativo che dà valore a un corpo vivente e abitato, un corpo soggetto capace di sentire e di dare senso a ciò che prova?
- l'identificazione di modalità di raccordo tra cure formalmente definite e azioni curative non professionali realizzate in ambito familiare o micro-sociale (anche a seguito della diffusa presenza di "badanti" nelle famiglie o nelle comunità condominiali);

- l'attualizzazione dei concetti di salute e malattia la cui definizione determina la natura e l'esercizio di processi curativi in continua evoluzione.

Sull'insieme di tali aspetti ritengo valga la pena soffermarsi nel corso del prossimo appuntamento di Slow nursing.

LA CURA DEL PENSIERO E DELLA PAROLA

Giuseppe Goisis - Filosofo - Università Ca' Foscari – Venezia

La cura abitava, tanti anni fa, nel mito e nelle favole del mondo antico; Igino l'Astronomo, nella sua raccolta *I Miti* (Adelphi, Milano 2000), aveva evocato, in termini narrativi, l'attitudine a prendersi cura degli altri, puntando, soprattutto, sulle qualità femminili (ciò non toglieva, naturalmente, che la cura si configurasse con aspetti di resistenza al male, ad ogni tipo di male).

Nella "modernità", un'epoca che P. Connerton ha definito "una macchina dell'oblio", la cura è divenuta, progressivamente, una disciplina che, per esercitarsi, ha bisogno di un impegno rigoroso: "Fare bene il bene", come raccomanda Rousseau. Nella "modernità" si è privilegiata l'idea di guarire, piuttosto che quella di curare, velocizzando i tempi della cura e riducendola, spesso, ad una tecnica per quanto complessa.

contributi

ESSERE O APPARIRE OGGI?

Luciano Urbani – Post Infermiere - Venezia

“Siamo tutti impostori in questo mondo, facciamo finta di essere qualcosa che non siamo.” Richard Bach

“Non si può indossare una faccia da mostrare a se stesso e un'altra da mostrare a tutti gli altri, senza alla fine non capire più quale possa essere vera.”

Nathaniel Hawthorne

Quindi apparire è un po' far finta ... come far finta di essere sani

“Non abbiamo bisogno di apparire sani, ma di esserlo veramente.” Epicuro

La sanità apparente

La società è sana? E lavorare fa male? Sì, anzi si muore!

Sempre di più, uno in più ogni giorno... l'aumento dei morti sul lavoro è del 6,1% nel 2018 (fonte INAIL) e la prevenzione non c'è ... forse si potrebbe pensare ad un vaccino?

Ogni giorno anche l'infermiere soffre la mala organizzazione del lavoro. E paradossalmente in ospedale chi cura si ammala proprio per curare: gli infermieri scoppiano. No non è burn-out, che è la sindrome da pretesa di cura, ma è malattia da mal lavoro, da spietato sfruttamento. Sfruttamento istituzionale innanzitutto, perché gravi carenze vengono spacciate per diritti. Infatti malattie, legge 104, maternità, permessi di ogni tipo non vengono compensati, ma il peso dell'assistenza ricade sugli infermieri rimasti. La responsabilità è della pseudo-dirigenza infermieristica connivente con i manager finanziari per accaparrarsi i premi per gli obiettivi di contenimento della spesa. Ma come può pretendere la società di essere curata e non preoccuparsi della salute di chi cura? Ha una coscienza la società? Ovvero se non si accorge del problema forse è distratta, forse è malata? Se la società è malata deve essere curata per avere una democrazia sana. Quindi il nostro compito è curare la professione per curare la società.

Ma la società riconosce l'infermiere e il suo lavoro?

Prendiamo ad esempio le parole di Mario Pirani - su Repubblica del 2007: *“Da che mondo è mondo gli infermieri in corsia dipendono da una caposala e costei risponde al primario e ai medici di turno. Ora sotto la parola d'ordine “siam tutti dottori” è passato il principio che gli infermieri, oggi muniti di laurea, non dipendono più dai responsabili medici del reparto*

ma costituiscono un servizio autonomo, con una propria gerarchia interna, sottratta persino alla direzione sanitaria ma facente capo alla direzione generale. Questo far saltare ogni principio di gerarchia e responsabilità medica è aberrante”.

È anche oggi un professore di filosofia ribadisce che esistono le gerarchie e all'interno delle funzioni esiste la responsabilità personale. Ma domandiamoci: se c'è gerarchia può esserci responsabilità personale in chi è subordinato? E se c'è gerarchia, quindi senza rapporto fra pari, può esserci vera collaborazione?

Ma tutto ciò che diceva Pirani è solo apparenza perché di fatto, sia nel 2001 come anche oggi, chi effettivamente valuta l'operato dell'infermiere è il primario o direttore responsabile di struttura, parliamo della Regione Veneto, riferimento per la sanità nazionale. Ma in quante regioni succede la stessa cosa?

Eppure un avvocato, che però sceglie di non firmare la sua dichiarazione, dice: *“in effetti il lavoro infermieristico viene sottovalutato e considerato di secondo piano rispetto a quello dei medici... ma, lo dico anche per esperienza personale, fanno un gran bene... senza infermieri non potrebbero esserci i medici”.*

Quindi a tutt'oggi il medico risulta essere il “principe” della sanità, con numerosi privilegi mai messi in discussione, anzi concessi dalla società con generosità e riconoscenza.

E rimane pur sempre il quesito: se l'infermiere è servo, egli ne è consapevole? E la comunità professionale ne è consapevole? Se i depositari della professione inventano codici deontologici irreali e fantasiosi, dipingendo altresì una professione fuori del tempo e dello spazio, forse è quanto mai necessaria una cura?

Ma il medico è il principe della sanità?

Ancora oggi nella stanza del medico di guardia c'è un letto per dormire. Quindi sorge la domanda se sia etico che un professionista sanitario venga pagato per dormire in servizio e se questo privilegio sia riservato solo ai medici. Un cittadino, precisamente un ingegnere, afferma risoluto che in una situazione di precarietà finanziaria, non si può dare tutto a tutti e che comunque la virtù principale nella società dev'essere la competenza e non l'etica. Si potrebbe rispondere che così si determina la “banalità della competenza” dove c'è una abilità di agire senza etica. Esempio è stato il criminale nazista Adolf Eichmann, che affermava di essersi occupato in modo competente solo di trasporti. Infatti egli ubbidiva ciecamente agli ordini gerarchici, non interessandosi in alcun modo della finalità di detti trasporti. Ma per capire chi ha più competenza oggi fra il medico o l'infermiere, possiamo vedere questo esempio reale. È Natale 2014. All'ospedale di Mestre nei 32 posti letto di Cardiocirurgia e Chirurgia vascolare c'erano 6 pazienti cardiocirurgici e 4 pazienti vascolari. Tutti gli altri 22 letti erano occupati in appoggio con pazienti di geriatria, medicina,

ortopedia, chirurgia, ecc... I medici cardiocirurghi si occupavano solo dei 6 pazienti della propria specialità, così i 4 pazienti vascolari erano seguiti solo dai medici vascolari. Tutti gli altri 22 pazienti di tutte le specialità venivano seguiti da ciascun medico della propria specialità. Nessun medico di una specialità seguiva i pazienti di altra specialità perché non aveva competenza. Mentre gli infermieri dovevano occuparsi con competenza di ogni paziente di tutte le specialità. Ne consegue, quindi, che l'infermiere ha più competenza del medico senza aver alcun riconoscimento formale ed economico. Infatti l'infermiere sembra sia competente, non riconosciuto ufficialmente, in TUTTOLOGIA.

E comunque, non è con schiere di infermieri-forensi che si risolve l'empasse. L'importante è la prevenzione del mal lavoro e non cercare di riparare il crimine e il danno ormai avvenuto. Quindi l'infermiere è? Ma per essere è necessario scegliere.

Può essere chi non sceglie e ondeggia nell'ambiguità e nell'opportunismo?

Possiamo fidarci di chi non ha una identità e una parola certa?

Possiamo fidarci di chi non rispetta gli impegni e non ama il proprio lavoro?

Chi non sceglie, rimane nell'indistinto, degrada la vita a semplice rituale anonimo.

Chi non sceglie ha deciso di spegnere la coscienza.

Chi non sceglie la dignità accetta di essere servo.

Infatti per Hegel: "il padrone è padrone perché non ha paura, il servo è servo perché accetta di esserlo per paura".

Ora è necessario rispondere a questa domanda: l'infermiere oggi è il professionista dell'assistenza o il servo del medico principe della sanità?

Il folle imbuto della sanità

Dalla rubrica di Concita De Gregorio - Repubblica 26-07-2019 - Alessandra Lorfida, neolaureata medico a Pisa che sogna di salvare la Sanità pensando che sia solo proprietà del medico dice: *"Mi sono laureata e torno a scrivere della professione medica. Ancora una volta si sta assistendo al menefreghismo della politica nei confronti del Servizio sanitario nazionale dei medici. Ogni giorno siamo inermi di fronte a un peggioramento delle condizioni del nostro Ssn, invidiato da tutto il mondo. Chi lo critica dovrebbe soffermarsi su cosa succede oltre oceano, dove le persone muoiono perché non si possono permettere i farmaci, banali interventi, o addirittura visite mediche. Ma il Ssn è al collasso e crollerà su ognuno di noi se non facciamo qualcosa per fermare questo declino. Troviamo ogni giorno una notizia relativa a un ospedale col tetto che crolla, a medici che mancano, all'insostenibilità delle cure".*

Ma chi è il responsabile della disastrosa situazione della sanità e del deprecabile allungamento delle liste di attesa per una visita o indagine medica?

Liste d'attesa solo nel pubblico

Gianfranco Colleoni

*Chiamo oggi il Ssn per
prenotare una visita
dermatologica abbastanza
urgente, in una qualsiasi
struttura pubblica della
provincia di Bergamo.
Prossima disponibilità
marzo 2020. Ne contatto
una privata: prima
disponibilità domani sera.
Costo: 110 euro. A me, forse,
sta sfuggendo qualcosa.*

Il responsabile è il medico che per interesse personale specula sulla salute dei cittadini lavorando privatamente nel pubblico e nel privato contemporaneamente.

Ma a questo punto bisogna prendere atto che da sempre in questo mondo i poteri reali sono tre: il giudice che decide se sei colpevole o innocente; il prete che decide se sei salvo o sei dannato per l'eternità; il medico che decide se sei vivo o morto.

Evidence scientifiche un po' teoriche, un po' pratiche o un po' inutili?

È di questi giorni che la Fondazione Medica GIMBE, il cui slogan è "Diffondere le conoscenze, migliorare la salute", diffonde la versione italiana del nuovo set internazionale di competenze core per l'Evidence-based Practice al fine di guidare l'elaborazione di curricula universitari e specialistici e programmi di formazione continua. Mentre ancora tace sulla quarantennale mancanza di prevenzione sulle infezioni legate ai presidi. Infatti è del 2015 la richiesta a Gimbe del perché non si occupa del problema dei presidi non sterili e con la sua clamorosa quanto banale risposta "non è una nostra priorità". Quindi per Gimbe la prevenzione delle infezioni non è una priorità.

La Fnopi oggi, come ieri la Federazione Ispasvi (Federazione Nazionale degli Ordini degli Infermieri), tace sui presidi non sterili e la mancata prevenzione delle infezioni.

Così il Ministero della Salute continua ad erogare presidi non sterili in barba alle linee guida americane pubblicate sin dal 1981. E con l'applicazione della Legge Gelli dal 2018 in Italia tutte le linee guida e raccomandazioni sia italiane che straniere sono azzerate. Così tutta la sanità riguardo la prevenzione delle infezioni e la sicurezza naviga a vista. Fino a quando? Ma la cosa grave e sottaciuta da sempre in tutti questi decenni è che la responsabilità della **malaprevenzione delle infezioni** è del medico, che è il prescrittore dei presidi.

Allora possiamo continuare a fidarci di questo medico che prescrive presidi non sterili?

A conferma di questo comportamento irresponsabile, nessun medico, primary, associazione medica, ordine dei medici ha mai denunciato ufficialmente al Ministero della Sanità/Salute il Nomenclatore Tariffario emanato dallo stesso (D.M. 332 del 27/08/1999) che determina l'erogazione e l'uso di presidi non sterili per i pazienti a domicilio e neppure ha denunciato l'uso di presidi non sterili in gran parte degli ospedali e strutture sanitarie, sia pubbliche che private d'Italia.

Pertanto sia il Ministero e i quadri e i vertici responsabili della sanità italiana nascondono la verità, mentono.

Viene utile l'ammonimento del Presidente della Repubblica Mattarella del 21 maggio 2019:

Far finta di non vedere è connivenza con il malaffare e i disonesti.

E continuando con Michele Serra: *“Come contrastare i bugiardi al potere? Confidando nella verità (perlomeno in una sua forma approssimata), sperando che la realtà, alla lunga, abbia la meglio? Oppure sparando balle più accattivanti?”.*

Una rivoluzione necessaria... indifferibile...la rivoluzione copernicana.

Tra il 1500 e 1600 grazie a Copernico e Galileo è avvenuta una grande rivoluzione concettuale che abbandonando il geocentrismo ha permesso il trionfo della conoscenza e la ricerca scientifica moderna. Questo è avvenuto nonostante una rabbiosa e feroce reazione delle gerarchie religiose alimentata anche per contrastare la Riforma Protestante. Oggi la sanità è in crisi sia per l'aumento del bisogno di cura per l'incremento della popolazione anziana ma soprattutto a causa dell'anacronistica organizzazione. Sopravvive ancora dopo tanti secoli la casta medica che pretende di essere il centro della sanità, per cui tutto deve essere sotto il suo controllo e arbitrio. Ora è necessaria una svolta, un cambiamento epocale, una rivoluzione copernicana. Il medico deve lasciare il piedistallo di privilegi per offrire il suo insostituibile apporto e collaborare attivamente assieme agli altri professionisti della salute, ciascuno per la propria competenza, per la cura della salute e la prevenzione della malattia. La cura deve andare a casa del cittadino, dove tutti gli operatori, compreso i medici generici e specialisti, devono esplicitare la loro prestazione e presa in carico del paziente. Di conseguenza verrebbe risolto il problema dell'intasamento del pronto soccorso. L'ospedale deve essere l'ultima soluzione e solo per i pazienti acuti.

Questa sembrerebbe una fantastica immaginazione.

Ma è ancora possibile distinguere questo mondo incantato fra pubblicità e notizie vere e false dalla realtà e inoltre accontentarsi a vivere senza meraviglia?

Vivere senza meraviglia

Con il postmoderno tutto è già visto e già sentito, tutto si ripete e di niente ormai si meraviglia. Ma alla meraviglia, dunque, si deve rinunciare per sempre? Ricostruire, se non

una verginità, un'ingenuità, ci sarà ancora dato? Forse non procedendo in salita, per conquistare vette già gremite, ma in discesa, per ritrovare silenzio e anima?... Michele Serra
- Repubblica 26-07-2019

Lavorare senza speranza

“Gli dei avevano condannato Sisifo a far rotolare senza posa un macigno sino alla cima di una montagna, dalla quale la pietra ricadeva per azione del suo stesso peso. Essi avevano pensato, con una certa ragione, che non esiste punizione più terribile del lavoro inutile e senza speranza”. Albert Camus - Il mito di Sisifo – 1942

“Perché lavoriamo? La risposta è quanto mai scontata: ne abbiamo bisogno per vivere” Non si tratta della mera sopravvivenza della sola e pur legittima necessità di portare a casa uno stipendio, il lavoro coinvolge la vita e può diventare la possibilità più alta per esprimere i propri talenti, per testimoniare la propria coscienza morale... Valerio Albisetti

Mentre sorprende l'affermazione di un dirigente infermieristico che poco tempo fa definiva che gli infermieri disoccupati mancano di rispetto agli infermieri occupati.

Chissà quale evidenza deontologica o etica lo ispirava. E' opportuno ricordare che le parole sono un mezzo e non un fine. Le parole possono essere usate per confondere o nascondere la realtà, oppure per chiarire e capire il mondo che ci circonda. Anche le scelte che facciamo e il conseguente agire sono dettati dallo stesso intendimento. Forse il suo pensiero nasconde questa convinzione: “chi non ha lavoro non ha dignità, non è degno di vivere in società perché è un parassita”. Quindi le migliaia di disoccupati mancano di rispetto alla società e soprattutto ai lavoratori occupati?

Eppure secondo Leibniz viviamo nel migliore dei mondi possibili - quindi bisogna far buon viso alla realtà e magari applicare i recenti quotatissimi principi della resilienza che non è più, o non soltanto “non mi spezzo ma mi piego” ma: “se non ti piace quello che vedi cambia modo di guardare”. E così conseguentemente: “se non ti piace quello che senti cambia modo di ascoltare”.

Ora la domanda fondamentale è: oggi per l'infermiere è possibile riconoscere e amare il proprio lavoro, la propria professione?

Il destino di Slow nursing

Un giorno nel Gruppo Discussione Slow nursing appare questa accusa rivolta a me: *“La mia paura è che tu stia facendo tabula rasa di tutti i contatti esclusivamente per un discorso di principio e continuo a credere che stai uscendo dal seminato... per principio???”*

La mia risposta conseguente è stata: *“Quale seminato? E chi lo avrebbe seminato? Quale strada bisogna seguire? Seguire la ragione e la coerenza o l'opportunismo e l'indistinto? Cosa ci spinge a progettare e a lavorare assieme? Quali "principi" dovrebbero guidare le nostre azioni? Forse nessun principio ma solo la convenienza e il proprio tornaconto? Nessun rigore, nessun impegno, solo convivialità da bar? Nessuna dignità nessun principio solo pensiero utile?”*.

A questo punto sono sempre più convinto che bisogna seguire il consiglio di Ilaria Capua: ***“dovete pensare fuori dagli schemi”***.

PRENDERSI CURA DELL'ASSISTENZA

Concetta Brugaletta - Infermiera - Londra

Per curare una professione “bisogna fare il punto preciso su se stessa” (Slow Nursing). La scelta su come lavorare con il paziente deve concentrarsi sul paziente e deve creare fiducia. La gentilezza è alla base della relazione di cura infermieristica (Atti Slow Nursing 2019).

Ad oggi c'è un reale rischio che l'attenzione al paziente sia sostituita dall'attenzione a elementi tipici del mondo del lavoro produttivo, un percorso di cura, un outcome di qualità o una line guida per fare qualche esempio. È il paziente a dover stare al centro del sistema sanitario, come fosse il sole. E tutte le figure professionali, altrettanto importanti potremmo immaginarle come dei satelliti che ruotano intorno a lui. Ovviamente è un paragone azzardato immaginare un ospedale come fosse il nostro sistema solare, ma è solo per suggerire la necessità di un equilibrio chiaro e armonioso e per invitare a pensare al paziente come una fonte di energia per gli operatori. Abbiamo approfondito il tema della forza della reciprocità della “relazione infermiere-paziente” (Slow Nursing).

Del paziente al centro delle cure se n'è parlato già dagli anni ottanta almeno con il Dott. Ian McWhinney che ha introdotto il concetto di patient centred care ed è tuttora considerato il padre della medicina di base (Pimlott, 2012). E se ne parla tuttora quando si cerca l'opinione del paziente attraverso i questionari sull'assistenza che si danno ai pazienti al ricovero. Ancora, anche altri colleghi parlano di umanizzazione delle cure nei loro insegnamenti (Slow Nursing Convegno 2016).

Il mio sguardo è quello di un'infermiera che lavora in reparto e in ambulatorio, e a seconda della necessità copre il ruolo di tutor clinic per studenti e giovani infermieri o prende in carico il reparto. Spero di non sembrare ambiziosa, ma mentre in ambulatorio il mio ruolo è chiaro

e lavoro sulla gestione dei sintomi gastroenterologici cronici, in reparto le dinamiche sono più complesse. Spesso sono diretta responsabile dell'assistenza di 6-7 pazienti e a volte capita che non essendoci personale più anziano, sono in carico di tutti i 20 pazienti del reparto e degli infermieri più giovani. Sono sicura che questa molteplicità di ruoli è comune a tutti gli infermieri se non regolarmente, almeno occasionalmente.

Da qualche anno rifletto e prendo nota del mio lavoro professionale e esperienze importanti, seguendo un consiglio letto in un articolo che presenta il dibattito di mancanza di compassione nella professione infermieristica (Stenhouse 2016) e soprattutto la formazione Slow Nursing. E di seguito ho il piacere di condividere tre "storie di cura" (Slow Nursing) per discutere di come penso di prendermi cura dell'assistenza.

Storia di cura - Wendy -

Wendy ha 78 anni. Dopo 2 scan e 3 visite con medici competenti, arriva alla nostra clinica infermieristica con mal di pancia, costipazione e perdita di peso. Mi racconta che 3 anni fa è stata ricoverata per la perforazione di un diverticolo. Aveva un'infezione sistemica e delirava. Ha ricevuto antibiotici intravenosi ed era a digiuno, hanno persino chiamato la sua famiglia perché era in pericolo di vita.

Insieme alla gestione dei lassativi, è stato importante ascoltare le sue preoccupazioni. Non si è trattato di convincere il paziente sulla funzione dei lassativi ma di ascoltare, rassicurarla sul significato del dolore addominale e incoraggiarla a nutrirsi nuovamente. Credo che Wendy abbia iniziato a stare meglio e a fidarsi del sistema sanitario e di se stessa quando ha detto "I feel you are treating me link an human being now" "Mi sento trattata come un essere umano adesso."

Mi sono presa cura dell'assistenza attraverso l'uso consapevole della parola, che spiega, rassicura e crea nuova speranza.

Storia di cura – Nicole

Nicole è una studentessa di infermieristica che ho valutato per l'esecuzione di una iniezione sottocutanea. Appena completato il compito in modo eccellente, le ho chiesto di elencare gli elementi che erano coinvolti nella tecnica e in quelle conoscenze essenziali alla base di ogni atto infermieristico: comunicazione, consapevolezza del proprio ruolo, analisi di altri problemi che il paziente percepisce importanti. A questo punto, la risposta difensiva di Nicole, mi ha sorpreso. Ha detto di aver fatto esattamente come ha visto fare ad un'altra collega.

Ho capito che è stato importante spiegare che il mio ruolo con lei era quello di prendermi cura di lei come studente e ci tenevo che anche se altri colleghi non rispettano gli standard, sentivo un dovere di spiegarle bene e incoraggiarla a riflettere. La mia azione infermieristica parte sempre dal paziente e cerca la consapevolezza. Uno studio di tipo qualitativo (Kieft et al., 2014) dimostra che infermieri e pazienti sono interessati ad aspetti diversi della cura, per fare un esempio se l'infermiere è interessato alla competenza, magari il paziente è interessato al coinvolgimento.

In sintesi, mi sono presa cura dell'assistenza cercando di rimanere consapevole e superare le differenze spiegando il valore che stavo perseguendo.

Storia di cura – Pietro

Pietro è il padre di una mia amica. Per un dolore addominale va dal medico e una radiografia trova una massa tumorale al rene, viene operato e va tutto bene perché la patologia che non dava segno di sé, è stata rimossa in tempo. La mia riflessione arriva quando la figlia che ha detto che il padre sente di essere entrato in ospedale sano e di esserne uscito ammalato.

Io come infermiera mi sono dispiaciuta che questa esperienza ospedaliera abbia fatto sentire un paziente più vulnerabile di prima. E credo che siamo tutti un po' responsabili di questo. Magari sarebbe bastato un ambiente più sereno o poche parole incoraggianti perché l'esperienza tutto sommato positiva assumesse un altro valore. Il mio prendermi cura dell'assistenza in questa storia di cura è un invito all'attenzione ai dettagli e un incoraggiamento all'uso della creatività nella nostra professione.

Non c'è contraddizione fra tecnica e cultura, sono come due facce della stessa medaglia. La tecnica per quanto complessa è standard ed essenziale e la cultura è quella che ci invita a conoscere il paziente ne esplora la complessità, coglie l'unicità e ci permette di adattare il messaggio. La filosofa Candiotti esperta in emozioni ci consiglia appunto di "mettere in atto le proprie competenze in una dimensione essenzialmente relazionale" (Atti Slow Nursing convegno 2017). Ecco che allora la cultura è parte della cura sono coesenziali si alimentano a vicenda come scrive S. Venier.

"La cultura è lo sguardo dell'uomo su ciò che chiamiamo realtà, uno sguardo educato dalle comunità in cui gli esseri umani crescono, muovono i primi passi, sviluppano il loro pensiero. Si costruisce nel tempo e mediante l'amorevole attenzione della cura. A sua volta, la cura delle persone, dell'ambiente, del lavoro attraverso cui si tutela ed esprime la vita richiede un rapporto culturale." (Atti Slow Nursing_convegno 2020) .

Se non c'è contraddizione fra tecnica e cultura. C'è invece una contraddizione fra prevenzione e giurisprudenza. Siamo spesso bombardati da pubblicità per l'avvio di procedure legali ma non ci sono campagne di prevenzione. Ecco che allora sarebbe importante coltivare il senso del dovere per condividere la conoscenza per creare una rete di fiducia e scegliere il dialogo per la prevenzione.

Concludo questa riflessione ringraziando Slow Nursing per il percorso che abbiamo fatto insieme in questi 5 anni, che mi ha dato parola e un nuovo sguardo. E dedico queste foto che ho scattato a Londra e un pensiero.

La foto della statua di Edith Cavell (figura 1) vicino Trafalgar Square che dice che il "Patriottismo non è abbastanza. Non devo avere né odio o risentimento nei confronti di nessuno" Esempio di coraggio e bontà.

Una foto della scultura Paradigm (Figura 2) dell'inglese Shawcross che rifacendosi alla teoria di progressione della conoscenza di Kuhn del "paradigm shift" invita alla verifica delle nostre scoperte perché possono fare vacillare tutto l'intero sistema. Esempio di ricerca della consapevolezza. Invito a fare attenzione. "I sensi ingannano" ci dice Valter nella sua presentazione (Presentazione Slow Nursing _ convegno 2020).

E concludo con le parole di Guen (2015) che dice che "la fiducia nel cambiamento è centrale affinché le azioni possano essere un motore per il cambiamento e non un singolo riconoscimento della sofferenza".

Referenze

- Dalle riflessioni dei convegni Slow Nursing anni 2015-2019
 - Atti Slow Nursing 2019 La Tenerezza: Accenno di Buona Pratica Concetta Brugaletta pag 16
 - Slow Nursing ...
 - Pimlott Nicholas Editorial Reflecting on Dr Ian McWhinney Canadian Family Physician Vol 58, Nov 2012 p1187
 - Atti Slow Nursing 2016 L'ospedale: sempre meno umano, sempre più azienda Andrea Minucci pag 22
 - Stenhouse R., Ion R., Roxburgh M., Devitt P., Smith S.D.M., Exploring the deficit debate 2016 Nursing Education Today 39 p 12-15
 - Kieft R. A.M.M., Brouwer B. BJM, Francke A.L., and Delnoij D.M.J. How nurses and their work environment affect patient experiences of quality of care: a qualitative study. BMC Health Service Research 2014, 14:249.
 - Atti Slow Nursing 2017 Le emozioni che curano. Spazio e tempi per la Relazione Laura Candiotti pag. 18
 - Atti Slow Nursing 2020 Cultura come cura Silvia Venier pag 67 (bozza versione 28 Marzo 2020)
 - Guen L. Entangled Empathy: an alternative ethic for our relationship with Animals 2015
- Sono disponibile a condividere gli articoli nelle referenze per intero scrivetemi a concettabrug@gmail.com

RESILIENZA O RESISTENZA. TU COSA SCEGLI?

Valter Fascio - Confratello benedettino - Infermiere coordinatore - Specializzazione nella Salute Mentale - Master Forense

Il tempo del mito è un tempo lontano e al tempo vicino a chi legge, ricco di una “galleria di sentimenti”. Il mito celebrava la resistenza c'erano gli eroi, eroi o talvolta semidei, aveva un connotato forte, epico e poi rivoluzionario. Anche nella storia coloro che partecipavano alla resistenza erano considerati dai più quelli che si distinguevano per virtù e coraggio compiendo azioni eccezionali. Gli stessi dei incitavano gli eroi alla resistenza quando il fato non era contrario. Si opponeva resistenza al nemico, si resisteva alle sette piaghe d'Egitto, si resisteva alle tentazioni... Resistere fino alla fine. “Non fare resistenza” per i soldati significava invece il comando perentorio di arrendersi, abbandonare una postazione per spostarsi, metaforicamente, ad un'altra... in seconda linea.

La resistenza d'oggi nella società liquida ha una sfumatura completamente diversa e complessa. La resistenza dei pochi è ormai considerata, appunto, un'insignificante remora passatista, causa della ‘perdita di tempo’ della quale liberarsi. L'obiettivo è di consentire alle forze selvagge del mercato di dispiegare tutto il potenziale richiesto da un doppio dominio: finanziario e tecnico-scientifico. Inoltre, è arrivata preponderante la resilienza, l'imperativo unico post moderno. Non che prima il termine non fosse conosciuto - la resilienza nasce in campo ingegneristico per denotare la capacità fisica dei materiali (quella di reggere una pressione senza danneggiarsi) e dell'animo umano (affrontare una crisi o un problema senza finire in frantumi) - ma soltanto negli ultimi decenni, con l'inizio dell'era globale, della società secolarizzata e della crisi economica, è diventato un termine di uso molto comune. Questo termine è stato trasferito nelle scienze umane da autori francesi, dalla propaganda motivazionale dei corsi di formazione, alle voci di competenza nei curriculum, divenire resilienti è attualmente un mantra ricorrente recitato da tutti i grandi guru delle imprese nei riguardi dell'individuo. La resistenza no, quella sembra definitivamente cosa vetusta, tanto per il collettivo, quanto per il singolo individuo. Per raggiungere gli obiettivi aziendali non serve, anzi, è controproducente. In un momento storico e politico in cui le sicurezze sono svanite come la neve al sole, in cui i cambiamenti avvengono sui social media alla velocità di un battito di ciglia e le dinamiche sociali sono diventate più materia per veggenti che per analisti, saper affrontare i mutamenti, repentini e sconvolgenti del quotidiano può risultare utile per sopravvivere. Ed evitare la sindrome del burn out, recentemente mutata anch'essa in una vera malattia riconosciuta dall'OMS. Fin qui, perciò, niente di nuovo nel grande successo planetario della resilienza. Pur tuttavia la sua promozione da valore individuale - come la fede - a valore collettivo risuona, in parte, come un gigantesco inganno di massa

contemporaneo. George Orwell aveva previsto tutto quando pubblicò 1984: un titolo evocante un tempo presto da venire, ritratto profetico del potere. Non si tratta più di adattare il proprio essere a qualcosa che “succede” indipendentemente dal nostro volere o della collettività - come un cataclisma o un’invasione di zanzare, ma di praticare la “flessibilità”, spinta spesso al contorsionismo dalle regole attuali iperliberiste di mercato, come l'unico stile di vita personale, trasformandola da una necessità - o male minore - in esemplare virtù. Insomma, il mantra suona così: “qualsiasi cosa vi accada siate sempre resilienti, propositivi e assertivi”.

Un esempio può essere esplicativo: chi per scelta di professione agonistica pratica delle regole sportive tende a distaccarsi da alcuni altri bisogni concentrandosi su quelli primari e gli allenamenti in palestra o in pista. Ora immaginate invece un servo della gleba nel medioevo: non aveva deciso di chiudersi nel recinto del castello del suo signore “a sudare” tutto il giorno per elevare le sue passioni, per sport o scelta personale, casomai si adattava alla misera situazione per sopravvivere. Le due situazioni descritte sono diverse per quanto, arrivando al succo della questione, sempre di educazione alla resilienza si tratti. L'atleta tuttavia ha piena consapevolezza di esercitare, attraverso la sua volontà, una scelta di alcune privazioni (vedi il tempo, la dieta, le relazioni, ecc.) alla quale, giustamente, non oppone resistenza nei confronti del suo istruttore o allenatore, mentre il servo della gleba ha la piena consapevolezza dell'ingiusta necessità esterna che gli impone di far ricorso alla resilienza. Infatti, in alcuni casi, oppone resistenza e dalla resistenza nasce la rivolta, dalla rivolta il cambiamento. Questo perché il servo nello specifico non ha interiorizzato la resilienza come un valore positivo da coltivare a prescindere dalle condizioni di vita e lavoro imposte. Non ha trasformato la resilienza da caratteristica propria dell'adattamento vitale in virtù (come passione, tenacia, coerenza, fedeltà, onestà, ecc.) e non si è così trasformato in servo volontario. Quello che invece sta accadendo oggi è un cambiamento epocale: la resilienza viene promossa a unico “valore assoluto” perché rende - in estrema sintesi - tutti volontariamente, perfettamente, adattabili a tutto. Tutti volontariamente servi inutili e felici. Non importa quale livello di sacrificio o compromesso sia richiesto al singolo, la resilienza giustifica e mette tutto perfettamente apposto perfino con la propria coscienza. Se non si è resilienti non si è attuali, moderni, conformi ai tempi, se si è resistenti si è addirittura conservatori o pericolosi rivoluzionari. Che si tratti dell'adattamento scientifico fisiologico darwiniano e necessario a un mutamento del quotidiano o di uno stravolgimento esistenziale di cui non condividiamo né le premesse né i risultati, la risposta ricevuta sarà sempre la stessa: bisogna imparare ad essere sempre e comunque resilienti.

La resilienza è l'oppio di massa della società del nuovo millennio. La resilienza è diventata, nella vulgata popolare, un vero alibi grazie al quale giustificare la totale assenza di

problematizzazione della realtà contingente. Perché la resilienza ha la spiacevole ricaduta sociale collaterale di indebolire la resistenza e, indebolita la resistenza, anche le possibili spinte al cambiamento di una situazione percepita - da pochissimi o tanti - come errata. Se qualora in seguito a un'imprevedibile calamità naturale la resilienza è utile e indispensabile perché niente si poteva fare per evitare il problema e resta solo ricominciare, di fronte ai fatti umani la resilienza rischia di ammutolire tutti, con la coscienza a posto perché "in fondo la società è così ed è bene avere spirito di adattamento". L'interiorizzarsi della resilienza come valore e non come strumento ha, in concreto, privato il nostro potenziale di cambiamento. A fronte di un'ingiustizia umana tendiamo a risolvere la questione con "aggiustamenti" provvisori, giornalieri, a volte forse utili sul momento, mai risolutivi a lungo termine.

Riprendendo l'esempio di una calamità naturale: un conto è l'accettazione dell'evento imprevedibile, altra cosa è la presa in carico della frustrazione propositiva che nasce dalla coscienza che, per mancanze umane, qualcosa di tragico che si poteva forse evitare è invece successo. Nel primo caso quanto più spirito di adattamento esercitiamo tanto prima riusciremo a superare il momento di crisi, nel secondo caso invece un eccesso di adattamento porterà al cronicizzarsi e patologizzarsi della crisi, con l'accompagnamento di una bella giustificazione fornita alle cause della crisi stessa. Estremizzando questo percorso, elevando la resilienza un valore assoluto di riferimento per l'individuo e impedendo invece resistenza e spirito critico (ad oggi sempre più spesso indicato come "elemento divisivo o elusivo", quasi che si trattasse di un atteggiamento da ospite annoiato e un po' flanè che decide di rovinare apposta una festa organizzata dove tutti gli altri si stanno divertendo), si arriva facilmente ad un modello di società in cui tutti - affetti dalla sindrome di Heidi (la bambina affetta da infinite guai che però, nonostante tutto, sorride alla vita) aggravata da una sintomatologia alla "amici miei" (al limite della farsa) - non vedono criticità, brindano e sopravvivono. E magari sono anche fierissimi della loro abilità nel prendere sberle e rispondere porgendo l'altra guancia in un sorriso ebefrenico. Perché il "porgi l'altra guancia" di matrice cristiana prevedeva almeno il mantenimento di una coscienza del peccato di chi ci sta di fronte che, con spirito forte animato da una fede radicata, quando il credente perdona con animo sincero, aperto e naturale. Oggi neppure questo è concesso: l'unica prerogativa è quella di potersi dichiarare "perfetti resilienti". A tutto guadagno di chi, grazie all'altrui resilienza, può sempre continuare a non porsi alcun tipo di questione a parte il "va tutto bene".

Per non diventare come i ciechi di Bruegel quindi converrebbe incominciare ad "aprire gli occhi" e distinguere la resilienza positiva - quella che ci fa resistere e, non casualmente, adattarci per poter vivere - e quella negativa, fine a sé stessa, animata dall'unico obiettivo di non far crescere troppo in ognuno lo spirito critico e la critica. Poiché se "le cose vanno

così” è anche - in parte - colpa di un'eccessiva valorizzazione della resilienza, che ci ha reso distratti, insensibili e tolleranti alle ingiustizie economiche, sociali, culturali. Se per sopravvivere giornalmente occorre esercitare un minimo di quotidiana resilienza, la società civile, le comunità e le professioni dovrebbero invece tornare ad esercitare un ruolo educativo di resistenza. Costa ai singoli la fatica dell'impegno continuo e scocciatura esistenziale, certamente, il coraggio di dover scegliere, ma fa tutta la differenza tra chi svolge un ruolo o addirittura una professione - che è un “servizio in coscienza” - e quello che, con aria ebete, sorride della sua condizione ringraziando pure la natura per averlo reso “tanto resiliente” nella comunità.

La buona notizia è che ci sono altre virtù per migliorare: non basta avere soltanto un sogno, credere in un obiettivo, occorre poterci lavorare e impegnarsi alacramente. A portarci avanti, a consentirci di avvicinarci al bersaglio sono tenacia e costanza, in una parola perseveranza. Senza soluzione di continuità, facendo il possibile, come chi ha un'idea e compie tutti i passi necessari a realizzarla. La perseveranza - nella sua connotazione positiva - è quella virtù dinamica che oltrepasserebbe la passività della resilienza e la focosità della resistenza. È la possibilità di sviluppare le attese in realtà. Non il “perseverare negli errori” bensì il raggiungere l'obiettivo con diligenza e responsabilità. Si può dire che la perseveranza è anche credere in ciò che si fa. È un invito, dunque, a seguire questa dote innata che si può affinare nella vita soltanto seguendo modelli ed esempi illuminanti e i “buoni maestri”. “Buoni maestri”, forse, più che eroi, il nostro tempo ne avrebbe un gran bisogno ma che non li ha. Oppure li ha ma non sa di averli. Del resto, alla fine, più del risultato conta sempre quanto uno ci ha davvero provato, qualsiasi cosa ci si prefissa le probabilità di riuscire aumentano quanto più si riesce a procedere non gettando la spugna lungo il cammino quotidiano. L'individuo “resistente” dei nostri tempi non è sicuramente colui che gioca con la vita o pone dei problemi insolubili, ma colui che crede nelle “piccole virtù” e si impegna umanamente ogni giorno della vita per l'educazione ed il bene altrui.

Del resto - heideggerianamente - anche per “con-essere” (prendersi cura dell'altro) serve prima “aver cura di se stessi” e dei propri sentimenti “non recitare”, in una società incoerente essere coerenti e non resilienti, essere da quest'ultima riconosciuti nella propria identità. Penso si possa fare questo con l'intelligenza. Certo a noi tutti, per affrontare dilemmi e cercare risposte, servono dei simboli. Mi tornano in mente, infine, le “belle storie” o i falò di un tempo, la libertà di poter professare i grandi valori e le proprie idee anche nel mondo del lavoro. Una libertà anche soggettiva da difendere - oggi tutt'altro che compiuta - una ricerca umana continua di senso e significato. Ciò è particolarmente importante e punto di partenza di quello che Nietzsche definiva nichilismo attivo, per una “nuova etica” degli operatori sanitari i quali professano il loro credo basato sui valori fondanti condivisi. In questo senso

il filosofo Nassim Nicholas Taleb propone oggi l'espressione "antifragile": colui che non accetta le chirurgie plastiche ma resistente migliora di fronte alle difficoltà per spingersi più in là. Perché la differenza è sempre tra esseri "pensanti" e "non pensanti". Tu cosa scegli? Spero di aver usato nella mia breve dissertazione il giusto tempismo e mi appello alla vostra tolleranza. Come cantava De Andrè in La mia ora di libertà, un singolo resistente può al massimo rinunciare alla propria ora d'aria senza cambiare le cose, se poi un gruppo si unisce...

"Qual è l'unica risposta all'omologazione? Fare resistenza. Resistenti bisogna essere? Non è un concetto mio, è un concetto cristiano. Se sei così, certo tutto il mondo sarà contro di te (...) eppure capirai che lo scopo della vita è mettere un piccolo seme luminoso..."

Don Luigi Giussani

Bibliografia

- Bonanno G. A. (2005), *Perdita, trauma e resilienza umana*, Nuove Tendenze della Psicologia, 3, 339-360.
- Castelletti P. (2006), *La metafora della resilienza: dalla psicologia clinica alla psicologia dell'assistenza umanitaria e della cooperazione*, Nuove tendenze della psicologia, 4(2), 211-233.
- Colamedici A., Gancitano M. (2019), *Meno resilienza, più resistenza*, Linus.
- Devoto G., Oli G. (1971), *Il Devoto-Oli. Vocabolario della lingua italiana*, Firenze: Le Monnier.
- Luigi Giussani. *Realtà e giovinezza. La sfida*. Ed. SEI.
- Maddi S. R. (2002), *The story of hardiness: twenty years of theorizing, research and practice*, Consulting Psychology Journal, Vol. 54,173-185.
- Natoli S. (2014), *Perseveranza*, Bologna, Il Mulino.
- Prati G. (2006), *La resilienza di comunità*. Reperito dal sito di Psicologia dell'emergenza dell'Università di Bologna (<http://emergenze.psice.unibo.it/pubblicazioni/index.htm>)

LA CURA DEL PENSIERO E DELLA PAROLA

Giuseppe Goisis - Filosofo - Università Ca' Foscari – Venezia

Introduzione

L'esponente femminista C. Gilligan, nel suo libro *In a different voice* (1982), ha criticato le tendenze accennate sopra, allargando la considerazione alla spietatezza che sembra dominare il nostro mondo, a cui contrappone la tenerezza e la delicatezza delle quali la vulnerabilità umana sembra avere un acuto bisogno. Roberta Sala e Sara Brotto, in Italia, hanno sviluppato ed elaborato le tesi di Gilligan.

La scelta della parola: semplice, sincera e calzante è essenziale nel rapporto di cura, ma anche nella politica; la demagogia si nutre di giochi di parole che allontanano dalla realtà e dalle esigenze personali (derealizzazione e depersonalizzazione). Ogni corruzione ha una sua radice nella corruzione del linguaggio. Ma anche nel rapporto medico ed infermieristico la parola che alimenta la legittima speranza e che chiarisce le questioni della salute rimane essenziale, di fronte ad una presunta superiorità teorica, fatta di tecnicismi e di un sapere spesso inerte.

La scelta delle parole dunque come un momento decisivo: parole, silenzi e sussurri che scandiscono un processo di umanizzazione della medicina, con strategie linguistiche che andrebbero insegnate ed educate.

La crescita dell'umanizzazione passa dal grido inarticolato alla parola conveniente, per culminare nel canto, con l'esito della poesia che illumina il chiaroscuro dell'esistenza umana. E anche in politica, non deve esservi posto per l'insulto, una forma arcaica di parola che non persuade, ma fa violenza.

Occorre ricordare comunque i limiti della parola: essa incalza la cifra del mondo, ma non lo traduce completamente, tantomeno lo domina e lo trasforma, tendendo piuttosto ad ornare e consolare; ma se la parola si unisce all'immagine, come in certe creazioni della cultura giapponese, allora ci avviciniamo all'enigma del mondo, pur senza poterlo sviscerare.

Non c'è faultlessness, cioè irrepreensibilità, nelle nostre conoscenze come nelle nostre vite, e le parole umane risentono costitutivamente di codesto limite intrinseco

Curare fa parte integrante delle disposizioni dell'umano: del nostro essere nel mondo assieme, in un'inclinazione di aiuto reciproco (siamo come perle legate ad un unico filo). C'è comunque una distinzione fra la cura medica e l'idea più generale di cura, che implica un'attenzione onnilaterale dalla nascita alla morte, con lo slancio della tenerezza e della delicatezza che si orientano in ogni direzione. La cura, nel duplice senso più generale e in

quello particolare, non elimina le ferite del mondo, ma cerca di rimarginarle, come un balsamo che addolcisce.

In conclusione, l'atteggiamento di cura sembra trovare per via le giuste modalità d'espressione, non sempre programmabili; la cura ha bisogno di un tempo non colonizzato, di protocolli sufficientemente elastici e infine di un certo impeto quotidiano di apertura all'altra persona, data la natura cooperativa della cura, che non è mai dono unilaterale, ma incontro e vita di relazione.

Si allude spesso ai lati tragici dell'esistenza, ma l'esistenza, a guardar bene, è assai più tragica di quanto i filosofi abbiano fin qui sostenuto. Un solo cenno: Marcel Proust, grande romanziere ma anche in un certo senso un precursore delle prospettive neuroscientifiche, aveva scritto della morte tutta la vita; l'ultima notte chiamò la sua fedele governante e le disse, sentendosi alla fine, che in conclusione aveva compreso cosa significasse morire e che sarebbe, forse, divenuto immortale per questa sua intuizione e per le parole convenienti finalmente trovate.

L'atteggiamento di cura non elimina questo fondo tragico ed enigmatico, ma suggerisce che si può cercare di sperare ancora, tentando di guardare attraverso le brecce che si aprono nella storia, individuale e collettiva.

Purché si sostituiscano i motti caratteristici della "modernità": "più veloce, più alto, più forte" con delle espressioni legate ad esigenze umane: "più lento, più profondo, più soave".

INFERMIERE O CHIERICHETTO?

Giovanni Trianni – Infermiere Legale Forense - Ufficio Stampa APSILEF - Gallipoli

Infermiere o chierichetto? Questo è il problema!

Con la nascita dell'infermiere di parrocchia si gettano le basi per una grave discriminazione della laicità dello Stato e l'accesso alle cure.

Si intacca il Codice Deontologico dell'infermiere che deve assistere e curare tutti indistintamente, senza discriminazione di ogni tipo. Di chi il merito?

FNOPI se ci sei batti un colpo!

Ecco perché mi merito il diploma di infermiere di parrocchia ad honorem.

Da ragazzo ho fatto il chierichetto, da grande sono infermiere.

Ora qualcuno si alza al mattino e pensa di cambiare le carte in tavola (non sua), crede di scoprire nuovi pianeti inesplorati, abbraccia il desiderio salvifico di risolvere la piaga della solitudine, dell'emarginazione e della sanità italiana, usando l'infermiere come chewing-

gum, dopo averlo masticato e non riconosciuto per altre competenze, a tappare buchi e a raccattare pezzi perduti da altri Servizi.

Come al solito. Chi ha voce in capitolo, la Federazione degli Infermieri (FNOPI), se ne sta ferma in un angolo all'ombra da questa calura, in barba ad un susseguirsi di Codici Deontologici che negli anni si sono alternati a imprimere distintivamente un'immagine ancora non capita ed accettata di buon grado dalle Istituzioni, ma nemmeno dai misteriosi omini "premi-bottoni" (vedi demansionamento).

E non qualcuno a caso ma la CEI, a braccetto con l'ASL Roma1, stanno permettendo e rischiano con questa iniziativa di ghettilizzare il sistema dell'assistenza del quale solo l'infermiere e altri vertici in capo ad esso hanno il diritto di prelazione e sono gli unici a poter riconoscere e legittimare un percorso nuovo, se riconosciuto necessario, come già avvenuto per l'infermiere di Famiglia e di Comunità.

La "macchinazione" sta interessando purtroppo altre Regioni italiane come la Basilicata ed il Piemonte, e rischia di far piombare in un Medioevo inquisitorio una figura sanitaria chiave di volta del bisogno di cura, come la nostra.

Che fine farà la laicità di Stato? Addio Costituzione e assistenza senza vincoli; benvenuto infermiere volontario intercettatore dei bisogni inespressi. Ma dove si andrà a parare? A pensare male si azzecca con notevole percentuale, ma il dato di fatto parla chiaro e potrebbe da solo rispondere a semplici ma fondamentali domande:

- il paziente che non è cattolico sarà abbandonato sulla strada come carne da arrotamento per le auto di passaggio?
- L'infermiere che non è cattolico può rifiutarsi di andare in un ambito religioso diverso dal proprio? O servirà un ordine di servizio?
- Ci sarà l'intramoenia?
- Ci sarà la fila fuori dalle Chiese disposta a mentire un'ideologia per l'urgenza di farsi curare?
- I Servizi Sociali del territorio natio saranno assorbiti dalle mense comunali?
- Le diversissime comunità religiose presenti in Italia si costituiranno parte civile in una class action contro il Vaticano e la Stato italiano per grave discriminazione sul diritto alla salute?
- Come vestire l'infermiere di Parrocchia?
- Sarà adibito alla consegna delle ostie?
- Ma così facendo verrà meno il laborioso lavoro della Caritas o entrerà anch'essa in una nuova equipe multidisciplinare?

Una volta, tanto tempo fa, dopo aver "servito" Messa, ci fu un prete che mi regalò un santino. Suo padre aveva diretto i lavori di quella chiesa (una importante della mia città). Non so se

al pari di una chimera o un obbligo velato, mentre me lo donava, mi disse: “Con la speranza che un giorno tu diventi prete come me!”. Un segno del destino in queste parole?

Alla luce delle notizie di questi ultimi giorni, direi quasi. Ci siamo. Ora forse grazie alla mia specializzazione eseguita sul campo, farò parte dei primi “Infermieri di Parrocchia” ad honorem. Grazie a ore ed ore di studio di Catechismo, e sudore imperlato da incenso me lo sono proprio meritato. La mia esperienza in generale fu divertente, come passatempo tranquillo dell’adolescenza, quasi un passaggio obbligato, tra gare a chi più serviva sull’altare, fino ad arrivare a strapparci le tonache di dosso per come ce le contendevamo, alle nomination per le processioni, a chi sorbiva meno “picozzi” (pacche sulla testa date con la dura nocca manesca che solo un religioso arrabbiato per il ritardo al catechismo può dare), a chi resisteva senza urlare alla cera (stromboliana) incandescente degli enormi ceri infiammati durante i cortei sacri, e tanto ancora.

Un’altra volta successe che svenni. Era giugno, già si sudava solo a star seduti tra i banchi e immobili. Era la festa del Santo della parrocchia e tutto era pronto per la processione: la celebrazione del rito volgeva al termine. La Chiesa pullulava di gente che in trepida attesa per l’uscita imminente del Prorettore grondava sudata e ammutolita. Sarà che io già sensibile ad una temperatura esterna intorno ai 20 gradi, per merito dell’insopportabile tonaca da chierichetto di cotone orlato, sintetica con risvolti bianchi e neri (il nero avrà attratto ancora gli ultimi raggi di sole penetranti dagli enormi lucernari), per le lunghe pause di genuflessioni circondato da nebbie profuse tra sentore di gigli, panegirico finale e incenso a bizzeffe, ebbi un attimo di offuscamento mentale, vuoto allo stomaco e giramento di tutta la Chiesa intorno a me. Capì che qualcosa non andava. Mi alzai e percorsi il lungo corridoio tra i banchi fino alla porta di legno, che si allontanava sempre di più. Volevo sparire, lontano da tutti. Non stavo per niente bene. Ormai brancolavo nel buio. Ma le ultime cose che vidi furono il color mogano della porta e la mia mano destra che voleva dire due paroline alla maniglia. Voleva incontrarla. Ma un ultimo suono irruppe dirompente nel silenzio intimo degli astanti in profonda preghiera: quello della mia testa che incontrò in corsa la solida porta tanto attesa. Crollai.

Quindi penso che con questa gavetta potrei benissimo aspirare ad una nomina ad honorem di Infermiere di parrocchia anch’io.

Forse andrebbe rivisto il tutto prima che accanto al confessionale sorga una cabina medicazioni per tutti gli intercettati. Medicazioni interminabili alle rotule dei fortunati cattolici, prevedendo una migrazione di massa dalle stazioni, dai parchi pubblici e periferie e quant’altro di bordo societario esistente, per essere intercettati quali abbisognevoli, e solo in corteo a ginocchioni o sui ceci.

Nella speranza che non si arrivi ad una richiesta immane di abiure verso la propria religione al fine di ottenere altre cure gratuite e sicure (in cui l'Italia di certo non eccelle), vado subito a prepararmi una bella cornice per il mio nuovo diploma. Ne ho diritto per il mio trascorso. Infine penso ed ho paura di una visione futura nella quale l'infermiere intercetta i bisogni degli astronauti sulla Stazione Spaziale Internazionale ed altro ancora: sempre più competenze, ma lontane e diluite.

Come il prezzemolo, dappertutto e pagato sempre meno.

FNOPI dove sei?

ESSERE INFERMIERE SECONDO CAVICCHI

Ivan Cavicchi - Sociologo - Roma

Da Quotidianosanità. del 04-11-2019: "Infermieri. Cooperare o competere?"

Non ha senso per gli infermieri avere una laurea e lavorare come se non l'avessero.

La legge cancella il mansionario e gli infermieri, con una laurea in tasca, siccome nessuno a si è preso la briga di ridiscutere il sistema, per stare nel sistema, sono costretti a recuperare il mansionario cioè a de-laurearsi. Da 20 anni a questa parte, prima l'Ipasvi, oggi la Fnopi, senza idee e senza un pensiero adeguato, non hanno mai concepito vere proposte, a parte gli adempimenti di legge, per applicare davvero a tutti gli infermieri la legge 42, ma solo escamotage per compensarne il fallimento, abbandonando il grosso della professione al proprio destino per privilegiare sostanzialmente una élite di super infermieri.

Prima della L.42 la responsabilità di quello che faceva l'infermiere era del medico oggi è dell'infermiere. Come dire che l'infermiere ha una autonomia finta ma una responsabilità vera. L'autonomia è finta o se si preferisce relativa e condizionata prima di tutto a causa delle interdipendenze tra le professioni. Come fa un infermiere ad essere autonomo se il suo lavoro dipende da quello di altre professioni e non può essere fatto se non in un sistema multi disciplinare?

IL MEDICO, "PRINCIPE DELLA SANITÀ", PAGATO ANCHE QUANDO DORME

traccia elaborata dai commenti su Quotidiano sanità del 13-06-2019

http://www.quotidianosanita.it/lettere-al-direttore/articolo.php?articolo_id=74935

a cura di Luciano Urbani - Post infermiere, cittadino, coordinatore Slow nursing

Lo strillone del web. Ultime notizie: Clamoroso "Finalmente i medici confessano! Dormono in servizio e non si vergognano, mentre a Bologna hanno licenziato due infermieri e un oss che dormivano". Speriamo in una profonda riflessione etica nella Professione Medica.

Nel frattempo **"jus lectis noctis"**: un letto più piccolo anche per l'infermiere, perché finalmente possa dormire anche lui in servizio!

Si aggirano e avvicinano diversi medici che trasaliscono alla notizia. Si agitano e cominciano a parlottare fra loro e infine a proferire, a declamare, ad inveire contro chi si permette di gettare dubbi faziosi, addirittura odio sulla categoria dei medici, gente matura che ha chiare le priorità e che pensano solo al bene dei pazienti.

Ma questa è una provocazione assurda e afinalistica, una bestemmia comune, buttata, lì, molto corporativa a fine di un cazzo di niente comune!

Questa accusa assurda denota grossi problemi esistenziali e una idiozia di base, quanto astio verso la categoria dei medici: ma che vergogna! È evidente che ha complessi di inferiorità, infatti quanta frustrazione in questo articolo demenziale, spero solo senile.

Ma non si vergogna? E' chiaramente una provocazione che conferma la mentalità degli appartenenti al comparto sanitario, piuttosto, mi meraviglia che un giornale, che si ritiene serio, pubblichi articoli di questo tenore.... prima di pubblicare simili indecenze, bisogna verificare le fonti e i contenuti!

Ma poi, scrivere una cosa del genere significa non aver capito nulla della propria professione e fa anche comprendere il perché si sia arrivati a questi livelli di disorganizzazione della sanità.

Mi viene un dubbio, "slow nursing" significa forse lavorare con lentezza, magari dormendo anche di giorno?

Leggendo il titolo ho cercato subito chi lo avesse scritto: ed ho scoperto che era solo un infermiere frustrato, che forse aspirava a fare il medico... spero si rassegni al suo lavoro, che evidentemente odia non poco": "Capra, Capra, Capra.....non sei degno nemmeno di fare l'infermiere!".

Questo non ha mai fatto una notte in ospedale e stupidamente afferma che il medico dorme mentre dovrebbe assistere i pazienti. Non sa quello che dice! Stolto!!! Il medico dorme quando non deve assistere pazienti!

Queste sono solo recriminazioni puerili di chi non è in grado di fare altro.

Mamma mia quanta frustrazione, da quello che scrive ha passato una vita a discutere con i pazienti del fatto che il medico dorme e lui no, deve essere stata dura.

Ma a parte latrare con la bava alla bocca, ha mai sentito parlare di guardia passiva? Quindi se vuole un letto prima si assuma le responsabilità di un medico e poi potrà dormire tranquillo e sereno.....

Infatti il medico che dorme in assenza di urgenze o doveri non è un problema né legale né di buon senso. Si dovrebbe fare forse la guardia ai muri o tenere svegli i pazienti a forza tutta la notte? In nessun contratto è previsto che il medico di guardia deve stare seduto su una sedia e, possibilmente, sveglio. Ci manca pure che il contratto ti dia il tempo massimo per il WC!

Questi non è un buon professionista, a quanto pare è invidioso dei medici visto che non ha potuto farlo. Se vuole il letto si laurei a medicina e diventi medico.

Per fortuna persone così, che non hanno capito proprio nulla della professione di infermiere e di medico, che sono animate dall'odio degli ignoranti, sono pochissime.

Mi stupisce anche come questo giornale dia spazio ad un articolo così fazioso e con uno sfondo tutt'altro che costruttivo, quanto piuttosto di vero e proprio incitamento all'odio sulla base dell'appartenenza ad una categoria lavorativa.

Perché poi prendersela con i medici, gente matura che ha chiare le priorità. È evidente che l'infermiere che ha scritto questo articolo è una persona invidiosa e amara.

Nella mia esperienza ho imparato che un infermiere capace è chi riesce a far sentire tranquillo il medico tutta la notte.

In conclusione

Il Medico di Guardia la notte può riposare. Il suo compito è quello di essere pronto a fronteggiare eventuali emergenze, se queste si verificano. Ma il vero motivo del disastro sanitario a cui stiamo assistendo, è che si parla sempre più del nulla, e i problemi più seri non si vogliono affrontare. E uno di questi è sicuramente sperperare soldi offrendo cariche dirigenziali, indirizzate politicamente, a ignoranti del settore che pensano di potersi sostituire ai medici per far funzionare la sanità pubblica.

Alcuni pazienti si avvicinano e indignati declamano a loro volta.

“Ma in fin dei conti è giusto che il medico possa dormire, ha studiato tanto”

“A me non importa se il medico dorme in servizio, l'importante è che mi curi bene!”

“Sempre ringrazierò i medici che mi hanno salvato la vita con le loro sapienti mani in sala operatoria tutta la notte. Quindi, dopo quello che avete fatto per me, sono lieto da cittadino di pagarvi quelle due ore a letto durante il servizio”.

Uno o due figure, pochissime, si mantengono un po' a distanza di sicurezza e sussurrano, quasi impercettibilmente qualche parola, comunque quasi non udita, sovrastata dal clamore della folla degli indignati di Ippocrate.

Molti dei commenti sembrano fuorvianti: fare l'infermiere e non aver fatto il medico è spesso una scelta dettata da un modo diverso di partecipare ai bisogni e al percorso della persona malata. È banale pensare che l'articolo sia dettato da invidia sociale o da non so che altro risentimento, mentre è invece opportuno valutare le affermazioni contenute, indipendentemente dal ruolo sociale dell'autore. Infine resta il problema di una norma contrattuale che chiede di lavorare e non di dormire e lo chiede a tutti gli operatori (e se lo fanno, sono tutti ugualmente condannabili) nell'interesse del paziente che ha diritto di trovarsi accanto un professionista attento e non uno zombie caduto dal letto 5 minuti prima. Nei paesi con sistemi sanitari più efficienti ed efficaci, nel rispetto delle diverse competenze e diritti, l'organizzazione dei reparti prevede che ci siano letti solo per i pazienti.

Ma vogliamo scherzare? Dormire in un letto in servizio è un autentico delitto. A danno dei malati, della collettività, dell'etica professionale. Un operatore della sanità deve stare sveglio e vigile al lavoro. Ci mancherebbe altro. Non possiamo continuare ad accettare: "tanto è sempre andata così".

Queste ultime parole si affievoliscono e si dissolvono nell'aria.

Considerazioni finali

È preoccupante constatare come quasi nessuno dei medici e anche dei pazienti avverte quanto è anacronistica questa cultura del curare. La mission della sanità pubblica oggi, deve essere non solo quella di curare e prevenire il manifestarsi dell'evento malattia, ma soprattutto deve prendersi cura della preponderante presenza della malattia cronica fra la popolazione anziana, in progressivo aumento associato all'allungamento della vita. La società, preso atto della mutata situazione, deve cambiare paradigma del curare. È necessaria una nuova civiltà della cura, dove le poche risorse vanno investite in programmi con operatori sanitari sempre attivi e attenti a contenere e ridurre la sofferenza e il disagio dei pazienti, evitando così complicazioni e aggravamenti che necessitano spesso di ospedalizzazione con maggiore dispendio di energie e denaro pubblico.

Rimane infine la domanda: "Che fine ha fatto il rispetto e l'etica?"

Emerge quindi quanto mai necessaria la cura del pensiero e della parola

L'IPOCRISIA DEL SISTEMA ECM E DELLE POLIZZE ASSICURATIVE

Massimiliano Zaramella – Chirurgo vascolare – Presidente Obiettivo Ippocrate - Vicenza

Quotidiano sanità del 26-09-2019

Gentile Direttore, due recenti articoli di Luca Benci e Marco Castioni sul decreto attuativo alla legge 24/17 per le misure minime di garanzia delle polizze assicurative per il personale sanitario permettono di riportare l'attenzione sul sistema "Educazione Continua in Medicina" (ECM). Tale programma nazionale, nato nel 2002 ed inizialmente di competenza del Ministero della Salute, dal 2008 è stato trasferito all'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS). Nel 2011 il Governo Monti ha stabilito che sarebbe spettato agli Ordini delle varie figure professionali sanitarie controllare e certificare tali percorsi formativi, verificando eventuali inadempienze e stabilendo le sanzioni per i "fuori legge". Questo sistema non è mai stato amato dalle professioni sanitarie fondamentalmente perché considerato inadeguato, posticcio, lontano dalla realtà quotidiana di chi lavora nella sanità. Le perplessità sulla reale utilità professionale degli ECM è legata innanzitutto alla scarsa specificità della possibilità formativa, i crediti infatti possono essere accumulati praticamente senza attinenza alla branca di appartenenza, io che sono chirurgo vascolare potrei accumulare i 50 crediti annuali facendo un corso antincendio, un corso sulla salute

ambientale di aria, acqua ed alimentazione, uno sull'ebola, uno sulle cure palliative. A prescindere dall'innegabile valore intrinseco di tutti i suddetti argomenti, non credo che i miei pazienti si sentirebbero più tranquilli circa il mio aggiornamento professionale come chirurgo vascolare. Altro punto critico l'accessibilità a tali corsi: visto il poco tempo a disposizione, legato alla carenza cronica di personale, i corsi fuori sede e residenziali sono ormai una chimera, sostituiti dalla formazione a distanza (FAD) su varie piattaforme in web. Conosciamo tutti le modalità con cui vengono proposti questi corsi on-line in cui viene lasciata ampia discrezionalità al discente su quanto seriamente dedicarsi all'aggiornamento, tralasciando poi i casi in cui i corsi vengono offerti da soggetti terzi con allegate già le risposte corrette. Vi sono poi i costi a carico dei singoli professionisti. Infatti, al di là della buona volontà di alcuni Ordini Professionali e di alcune Aziende Sanitarie, che ne organizzano a volte anche a titolo gratuito, la maggior parte sono a pagamento, con costi che possono arrivare a parecchie centinaia di euro, oltretutto in nessuna maniera detraibili per i dipendenti pubblici. Tutto questo stride con l'impossibilità, al contrario, di acquisire crediti ECM qualora si decidesse di frequentare un centro, anche di riconosciuta eccellenza, per affinare o apprendere una nuova tecnica. In questo panorama già fastidioso, arriva l'idea di vincolare gli obblighi delle compagnie assicurative nei confronti dei professionisti sanitari, ai crediti ECM maturati nel triennio precedente alla data dell'eventuale sinistro, aprendo le porte ad una possibile rivalsa della compagnia sull'assicurato non in regola con i crediti formativi. A parte non capire il diverso trattamento riservato a dipendenti e libero professionisti, mi domando tecnicamente se le compagnie assicurative, in caso di sinistro, faranno richiesta agli Ordini piuttosto che all'AGENAS, circa la nostra situazione ECM e se a questo punto il mio Ordine o l'Agenzia Nazionale forniranno questi miei dati personali a dei soggetti terzi. Al di là di questo aspetto tecnico ciò che mi irrita è che per l'ennesima volta si è sprecata un'occasione per dare un segnale di rispetto e valorizzazione di tutti coloro che lavorano nella sanità. Già dalle pagine del Suo giornale, appena licenziata la neonata legge Gelli, avevo sollevato la sensazione che aleggiasse tra le righe della legge l'ombra delle lobby assicurative, e purtroppo ancora oggi, sono dell'avviso che, anziché inserire questo nuovo balzello sulle nostre spalle, sarebbe stato un segnale nella giusta direzione pensare ad una modifica della legge stessa, prevedendo l'obbligatorietà per le compagnie assicurative di assicurare il sanitario (come avviene per l'RC auto), magari annullando anche la possibilità delle compagnie di recedere unilateralmente dal contratto assicurativo e, perché no, rendendo detraibile ai fini fiscali il costo di queste polizze. La mia convinzione ed il pensiero di molti è che si continui a favore gli interessi economici di chi gestisce il mercato degli ECM e delle polizze assicurative, a discapito di chi lavora nella sanità, fornendo un'ipocrita risposta alla coscienza di chi decide, con ricadute inevitabili sui

malati e su tutti i cittadini oltre che naturalmente sui professionisti della sanità. Mi domando se prima o poi qualcuno avrà l'onestà ed il coraggio di permettere che la gestione e l'organizzazione di ciò che riguarda la sanità venga affidato a chi quotidianamente la vive, o se continueremo a vederla nelle mani di chi decide in base al sentito dire o di chi la confonde con una grande mangiatoia.

L'ASSALTO ALLA PROFESSIONE MEDICA. CHI SALVERÀ NOI MEDICI "DOC"?

Barbara Balanzoni— Medico anestesista rianimatore— Modena
Quotidiano sanità del 05-12-2019

Gentile Direttore, vorrei rispondere al dr. Filippo Anelli perché non concordo sulla sua replica di su Quotidiano Sanità in merito al possibile e futuristico percorso formativo per le professioni sanitarie. A 14 anni ho scelto di frequentare il liceo classico perché volevo essere preparata per l'Università. A 19 anni sono entrata a Medicina, a 25 mi sono laureata a 30 anni ero anestesista rianimatore. Nel 2000 mi sono iscritta all'Ordine dei Medici. Era bello. All'inizio, era tutto bello. Ognuno di noi sapeva che fare. Sapeva chi era. Il Medico era tale perché proveniva da una Facoltà lunga, eterna. Lo specialista, era una specie di Dio perché aveva superato anche lo scoglio della scuola di specializzazione, un incubo. Ma, alla fine, perché arrivava una fine, si diventava un Medico specialista e nessuno e niente poteva inficiare questa certezza. Saremmo diventati tutti Medici Specialisti. Nel frattempo sono nate varie triennali. Corsi di laurea per coloro i quali il motto era "ma sì...andiamo all'Università anche se non abbiamo tanta voglia di studiare perché un pezzettino di carta può sempre servire". E così, con una banale triennale si è potuto diventare "dottori". Dottori come noi? No. Sicuri?? Boh. Noi, Dottori DOC non ci abbiamo fatto caso all'inizio. In fin dei conti, ruoli e responsabilità restavano ben distinti. In fin dei conti, noi Dottori DOC, eravamo rispettati da tutti. Poi, come all'improvviso, perché nessuno di noi laureati del secolo scorso (io nel 1999) sapremmo dire quando esattamente è accaduto, ci siamo ritrovati circondati da camici bianchi indossati da non medici. E ci siamo chiesti, perché? Perché tutta questa gente indossa il camice? Boh. Hanno cominciato a indossare il camice le caposala, gli amministrativi, gli infermieri, i tecnici di radiologia. E noi a chiederci: perché? Boh. Poi abbiamo iniziato a essere considerati noi il problema, noi gli intrusi, noi quelli che causavano fastidio e noi quelli che ostacolavano la crescita delle altre professioni oramai pronte a sostituirci. All'improvviso il Medico non era più il Medico di prima, perché qualcuno aveva deciso che fosse il momento per l'emancipazione delle professioni sanitarie. I ruoli hanno cominciato a essere confusi. A noi restava tutto chiaro, era agli altri che era sopraggiunto il

“tarlo” del comando. In realtà noi, dottori DOC, nemmeno sapevano che esistessero tutte queste professioni sanitarie perché tra guardie, turni, notti...chi aveva il tempo di tener dietro alle creazioni di tutte queste “professioni sanitarie”? Così, noi Dottori DOC ci siamo ritrovati circondati da persone con il fonendoscopio al collo (che poi mi chiedo: ma a che ti serve, esattamente, se non sai distinguere i suoni e la pressione manualmente quasi nessuno la prende più?) che credevano di poter prendere decisioni al posto nostro. Anzi, meglio di noi. Noi, dottori DOC, inebetiti. Tuttavia, presi dalle notti, dalle guardie e turni senza riposo, non siamo riusciti a interpretare i segnali della politica che dimostrava come fossimo noi, dottori DOC, quelli da arginare e da contenere, perché costavamo troppo e facevamo medicina difensiva, che costa troppo. Eh già, perché in tutti questi anni, mentre noi venivamo spremuti come limoni o anche, diciamo, schiacciati come vermi da certe “direzioni sanitarie” impegnate a risparmiare su di noi per guadagnare in bonus per se stesse, il contenzioso sanitario si è impennato ed è ormai socialmente accettato che davanti agli ospedali ci siano cartelloni pubblicitari che incitano alla denuncia del Medico. Un giorno, infine, ci siamo trovati senza Medici specialisti perché accedere alla scuola di specialità è diventato evento raro, quasi miracoloso. Nel frattempo ci hanno pensato le Regioni: non ci sono i Medici specialisti? Mettiamo gli infermieri. Anzi, dai, inventiamo gli infermieri specialisti e facciamola finita. E i Medici non specialisti? Quando potranno specializzarsi? Boh... Ci ha pensato l'assessore Venturi, medico radiato ma poi graziato dalla Consulta. I medici sono stati tolti dalle ambulanze perché per la politica non servono. Basta l'infermiere. Per le ecografie? Basta l'infermiere. Che ci vuole? Per inserire cateteri venosi centrali? Basta l'infermiere, con l'ecografo....(basta dire che l'inserzione è periferica ma pur sempre centrale è!). Tutto ciò è avvenuto nel “nuovo regime” e la nuova propaganda recita quotidianamente: “Gli infermieri sono la risorsa più preziosa per i nuovi modelli assistenziali perché stanno accanto il paziente e ne captano le necessità”. Abbiamo ora l'infermiere di famiglia, di parrocchia, di quartiere.... Ma allora il Medico? Il Medico no... è una figura antistorica, super costosa e umanamente spesso poco empatica. E così, in questa mistificazione della realtà, siamo arrivati ad oggi Filippo. Dove io, Barbara Balanzoni, anestesista rianimatore, ho deciso di non far finta che vada tutto bene o che gli infermieri salveranno il mondo. Per un motivo solo ma sostanziale, dr. Anelli. Perché gli infermieri non hanno la cultura per salvare il mondo. Possono fare gli infermieri ma non i Medici. E non serve una riforma del sistema universitario per fare l'infermiere. Serve una riforma per fare specializzare i nostri medici, Filippo. Questi mancano: i Medici Specialisti. Non gli infermieri specialisti. Non si salva il mondo perché si costa poco. Si Salva il mondo perché si ha la cultura per salvarlo. E noi Medici l'abbiamo. Da sempre. Piuttosto dimmi: chi ha deciso che fare un'ecografia non è un atto medico? Che somministrare Morfina in ambulanza senza

prescrizione medica non è un atto medico? Chi ha deciso che fare triage al pronto soccorso, e somministrare farmaci senza prescrizione prima della visita non è un atto medico? Chi ha deciso che l'ecocardiografia non è un atto medico? I medici? No, noi non l'abbiamo deciso. Lo stiamo subendo. No, scusa, i cittadini lo stanno subendo. Chi ha deciso che un paziente in pronto soccorso non abbia diritto ad essere visitato da un medico ma dal solo infermiere? Ma toglimi una curiosità, Filippo, gli infermieri quando stanno male...non vanno dal Medico? A me pare di sì. Però, a quanto pare, i cittadini possono farne a meno e possono essere visitati solo da infermieri se un altro infermiere ha deciso di essere di fronte ad una "urgenza minore. Credo che sarà la Magistratura Penale ad aiutarci a comprendere quali atti siano "atti medici" e quali non lo sono. Il sonno dei medici genera mostri. Cerchiamo di svegliarci, noi Dottori DOC, perché di DOC sta rimanendo solo l'apatia e la rassegnazione. Non sono questi i motivi che ci hanno portato a iscriverci a Medicina, caro Filippo Anelli. Ti stiamo chiedendo aiuto anche per bocca di tutti quei cittadini che puntano su di noi, noi che siamo Medici DOC.

TRE INFERMIERI

Massimo Gramellini - Corriere della Sera "Il caffè" - 29 febbraio 2020

Dana Giovanna e Fabio. Da quando Giusi Fasano ci ha raccontato la loro storia sul Corriere, per me quei nomi sono diventati un mantra della gratitudine. Dana Giovanna e Fabio. Erano i tre infermieri in servizio al reparto Medicina dell'ospedale di Codogno, la sera del 20 febbraio in cui si manifestò il Paziente Uno. Da allora non ne sono più usciti. Lavorano giorno e notte, dormendo a turno come in trincea. Adesso a Fabio è venuta la febbre e il mantra si è ulteriormente accorciato: Dana e Giovanna. Correre, pulire, medicare, assistere, assicurare. Assopirsi, di rado. E telefonare a familiari e amici, nei ritagli. Gli infermieri che avrebbero dovuto dare loro il cambio non si sono mai presentati, esibendo regolare certificato medico, anche se non avevano fatto in tempo a esporsi al virus. I ruoli in copione sembrerebbero chiari: in un mondo di cattivi, Dana Giovanna e Fabio rappresentano i buoni. Il destino, presentandosi durante il loro turno di lavoro, li ha spinti a diventare eroi. A Dana Giovanna e Fabio va riconosciuto il merito enorme di non essersi sottratti. Ma non avremo mai la controprova che chi invece ha anteposto l'interesse personale e la paura del contagio ai doveri del mestiere e della colleganza, se si fosse trovato al loro posto, si sarebbe comportato diversamente. Spesso la vita si decide in un attimo e il confine tra eroe e disertore è sottilissimo. Mettiamola così. Dana Giovanna e Fabio sono come vorremmo essere sempre. I loro colleghi come più spesso siamo.

MEDICI VS INFERMIERI LA GUERRA TRA MODERNI POVERI E I CITTADINI PAGANO LO SCONTRO

Angelo De Angelis - Infermiere – Roma
pubblicato su NURSE TIMES il 21/12/2019

Vorrei per prima cosa dire che trovo ridicola e puerile la polemica innescata tra le posizioni dei medici (vedi delibera del veneto) e quelle delle rappresentanze degli infermieri... la trovo del tutto inutile e strumentale, inutile, perché non affronta i veri problemi del sistema salute arroccandosi in difesa di situazioni ormai lontane anni luce negli altri paesi civili del mondo e strumentale perché evitare scientemente di affrontare i veri problemi non serve a risolverli, ma a perpetrarli in una sorta di limbo in cui si vorrebbe cambiare tutto per non cambiare poi nei fatti assolutamente nulla.

Le posizioni espresse da una certa dottoressa DOC sulle colonne di un giornale online ne sono un più che classico esempio. Sono un esempio di ignoranza delle norme che ormai da qualche decennio regolano la nostra e la sua professione, non può sfuggire anche solo semplicemente la polemica sui titoli accademici in cui la dottoressa tenta di districarsi cercando di affermare cose che ormai sono cambiate da decenni e che suo malgrado non torneranno ad essere ciò che la stessa auspica.

A cosa servono allora queste sciocche polemiche?

Se non a creare artatamente contrapposizioni per evitare invece di creare utili sinergie tra medici e infermieri, ma soprattutto utili ai nostri pazienti.

Il discorso della “DOctoressa” è populista nella peggiore accezione del termine che grida alle pance di una categoria (quella medica) ormai allo sbando ed incapace allo stato attuale di avere una visione di prospettiva ed una incapacità di fondo ad adeguarsi alle esigenze di salute che cambiano rapidamente, anche perché la politica sanitaria, sicuramente mal influenzata dalle loro battaglie di retroguardia, non è stata in grado o non ha voluto vedere in anticipo i cambiamenti che premevano alle porte trovandosi di fatto impreparata al manifestarsi degli stessi.

Ai colleghi medici mi preme dire che agli infermieri di oggi non interessa affatto ed in nessun caso di essere dei mini medici, ma interessa ed interessa molto, essere dei grandi infermieri e che i cambiamenti in atto nella popolazione, con l'aumento delle cronicità, delle fragilità, delle poli patologie e non ultimo il progressivo ed inesorabile invecchiamento della popolazione se da una parte aprono autostrade alla nostra professione, questa non potrà comunque mai fare a meno di buoni medici, ma soprattutto di medici capaci di vedere oltre il loro naso.

C'è posto e spazi per tutti, per tutte le professioni sanitarie nessuno escluso compresi i medici. Purtroppo però non abbiamo ormai più bisogno di giurassici dottori DOC perché questi fanno male al concetto stesso di salute del futuro.

Nell'ormai lontano 1978 fu approvata dal nostro parlamento la legge di riforma sanitaria 833/78 sancendo il passaggio da un sistema basato sulle mutue (modello Bismarck) ad un modello generalistico in cui lo Stato in prima persona si faceva carico della salute dei suoi cittadini dando così attuazione all'art. 32 della nostra Costituzione.

Quella fu una legge innovativa per l'epoca e ancora oggi ce ne sarebbe un gran bisogno nella sua interezza.

Purtroppo con il dlgs. 502/92 le Usl smisero di essere unità sanitarie locali e divennero aziende sanitarie locali, fu quello il primo passo della privatizzazione del diritto alla salute, in seguito sulla spinta secessionista delle regioni del nord guidate dalla Lega la nostra politica non trovò meglio da fare che riformare la nostra Costituzione. Così con la legge costituzionale 3/2001 passarono alle regioni in una sorta di federalismo incompiuto alcune competenze tra cui la sanità e così il cerchio fu completo, la 833/78 svuotata delle sue prerogative e della sua peculiarità resa inapplicabile.

Oggi ci troviamo a correre dietro a quegli errori perché questi hanno prodotto diseguaglianze intollerabili, hanno prodotto un concetto di salute centrato sul curare una malattia, ma non la persona.

L'aziendalizzazione e la crisi economica hanno prodotto una contrazione degli organici e con essi una pseudo razionalizzazione delle risorse così medici ed infermieri e più in generale le professioni sanitarie si sono ridotti ad essere operai dietro una catena di montaggio perdendo di vista completamente e non proprio per colpa loro la persona, la famiglia e la collettività.

Il tempo di cura è divenuto un bene non più fruibile dai professionisti, il fenomeno del demansionamento ha cancellato alla fine ogni barlume di umanità e di professionalità nei processi di cura.

Oggi siamo a discutere di competenze avanzate quando dovremmo discutere di riappropriarci della competenza più importante per tutte le professioni, medici compresi: il tempo di cura! Quel tempo di cui non siamo più padroni, che non ci permette di espletare le nostre competenze, le nostre capacità.

Quel tempo che ci porta così lontano dai nostri assistiti a discutere sulla possibilità di usare un ecografo o sulla competenza a gestire un soccorso attuando protocolli.

Ma davvero stiamo accapigliandoci per queste bazzecole, quando qui ci hanno sottratto l'essenza stessa del nostro essere professionisti della salute?

Ecco oggi questo ci chiedono i cambiamenti in atto, le ristrettezze economiche e soprattutto i nostri pazienti QUALITA' e non sterili, ridicole ed inutili polemiche perché la qualità è l'unica vera forma di reale risparmio che si può perseguire in salute.

Per cui anziché disperdere le nostre forze in polemiche inutili, cambiamo mentalità ed usiamole per imporre alla nostra politica di vedere il problema per ciò che è in tutta la sua drammatica evidenza.

Agli infermieri chiedo di essere in cambiamento....di cambiare la nostra ottica di esercitare quel nostro compito di advocacy nei confronti degli assistiti, di pretendere di esercitare come dei veri professionisti della salute, di riappropriarci del nostro tempo di cura e soprattutto di smettere di correre dietro a tutto tranne che al processo di nursing; perché facendo ciò che dovrebbe fare chi colpevolmente le aziende non fornisce o non fornisce in modo adeguato, non facciamo altro che negare cure ai nostri assistiti.

Ai medici da infermiere dico basta con queste polemiche! Non sarà certo un infermiere preparato e con competenze avanzate che non farà di voi dei dottori DOC abbandonare retaggi di potere che in nessun'altra parte del mondo esistono più per scoprire il vero lavoro di equipe, dialogando tra parti in causa tra pari farà bene a tutti e non toglierà nulla a nessuno.

Oggi abbiamo qualcosa di più grande da fare tutti insieme!

Dobbiamo difendere il diritto alla salute sancito dalla nostra meravigliosa Costituzione; dobbiamo difendere la nostra dignità di professionisti e non sarà possibile farlo sminuendo quella degli altri, ma pretendendo insieme un sistema salute a misura di uomo e di professionista.

In quest'ottica non ci saranno più terreni da difendere ad ogni costo rendendoci conto che i vostri problemi, sono comuni anche ai nostri e tutti e due sono comuni a quelli dei nostri cittadini ed assistiti. Così tutto verrà più naturale e ci accorgeremo che nell'ambito della qualità che come professionisti siamo tenuti a pretendere di poter esprimere: c'è davvero posto e spazio per tutti, anche se a volte posti e spazi si possono intersecare non sarà certo un problema se lo spirito sarà collaborare insieme ad offrire qualità.

MEDICI CHE LASCIANO IL SSN. FORSE UN PO' È ANCHE COLPA DI NOI DIRETTORI GENERALI

Giorgio Simon - Già Direttore Generale AAS5 Pordenone
Da Quotidianosanità. del 18-01-2020:

Gentile Direttore, in questi giorni si moltiplicano le notizie di medici che lasciano il servizio sanitario nazionale. Diciamolo pure, un po' è anche colpa nostra, di noi direttori generali.

Troppo spesso abbiamo pensato di essere i capi assoluti delle aziende che abbiamo governato. Siamo arrivati dicendo “adesso vi insegno io cos’è un’azienda” e abbiamo innescato cambiamenti organizzativi inutili, costosi e poco condivisi solo per manifestare la nostra esistenza. Non sempre ci siamo resi conto di essere a capo di una delle realtà migliori che si possano dirigere, fatta da professionisti altamente qualificati, motivati ed entusiasti del proprio lavoro. Un’azienda in cui la quota di “intelligenza e competenza” probabilmente non ha paragoni in altre organizzazioni pubbliche e private di queste dimensioni.

Abbiamo umiliato professionisti con meccanismi di budget obsoleti e farraginosi che non coglievano il segno sulla sostanza vera del lavoro, la produzione di salute.

Presi da infiniti tavoli sindacali (mediamente i contratti da gestire sono 10-15 con altrettanti accordi da fare) abbiamo mortificato il merito. Merito che i professionisti comunque e per fortuna si guadagnano sul campo ogni giorno.

Abbiamo assecondato talvolta la politica che entra ovunque. In questo però bisogna dire che alcuni professionisti, solitamente mai i più bravi, sono molto attenti ad attivare i propri appoggi.

Il grido di dolore e di allarme che arriva da queste dimissioni richiede una terapia d’urto urgente.

Le aziende non possono più essere rette, soprattutto con le dimensioni attuali, da un direttore generale pro tempore e dal suo staff. È necessaria un’organizzazione ad alta valenza professionale e tecnica. Non si può più tollerare che ogni tre anni un direttore arrivi a rovesciare tutto. E la politica non può più pensare che, incapace talvolta di fare altro, le uniche riforme siano ridisegnare i confini delle aziende o il numero delle strutture complesse. Il servizio sanitario nazionale è un bene preziosissimo, fatto da persone preziosissime. Se perdiamo loro perdiamo tutto.

LA CONSULENZA FILOSOFICA

Eugénie Vegleris - Consulente filosofico – Parigi

Incaricata di discutere con un gruppo d’infermieri di una casa di cura per anziani disabili sul tema della cura, mi sono rapidamente resa conto che non si trattava tanto dell’atteggiamento degli infermieri verso i pazienti ma delle difficoltà degli infermieri di esercitare il loro mestiere. Queste difficoltà erano dovute ad una congiuntura di fattori:

l'importanza crescente delle procedure amministrative; i rapporti spesso complicati con il personale medico; l'aggressività di alcuni pazienti focalizzati solo su loro stessi; l'insufficienza di personale. Questa congiuntura di fattori generava, secondo gli infermieri che partecipavano al dialogo filosofico, una drammatica riduzione del tempo da dedicare ai pazienti.

L'approccio filosofico comincia sempre con il mettere in dubbio ciò che sembra ovvio. La finalità della consulenza filosofica è di utilizzare il dialogo per migliorare una situazione precisa. In questo caso ero incaricata della missione di "sciogliere il nodo" prodotto dall'insoddisfazione del personale infermieristico evitando così un conflitto aperto tra esso e la direzione.

Sommersi da processi amministrativi, gli infermieri si sentivano allontanati dalla loro missione e quindi dalla loro professione: curare i malati. Limitati nella loro presa d'iniziativa dall'obbligo di chiedere l'autorizzazione del primario anche per un atto semplice e ripetitivo, gli infermieri si sentivano sottovalutati, non riconosciuti, anzi umiliati. Arrabbiati per la violenza incomprensibile di qualche anziano, gli infermieri erano divisi tra l'impulso di esplodere in collera e il dovere d'ingoiare il rospo. Sollecitati in modo permanente, gli infermieri avevano l'impressione di non essere più infermieri ma robot o pompieri: curare il corpo senza mai occuparsi dell'anima del paziente! Insomma, tutti i fattori convergevano nello stesso punto: la difficoltà per l'infermiere di essere l'infermiere che avrebbe voluto essere.

Insomma, il contesto pregiudicava il senso stesso della professione. Qualcosa era diventato assurdo senza essere chiarito. La cristallizzazione dell'attenzione sulla mancanza di tempo "per fare" aveva nascosto il fulcro del disagio. Orbene, filosofare consiste, tra l'altro, nel passaggio dall'implicito all'esplicitazione e dal non detto al dire e alla messa in discussione. Il dialogo ha identificato un altro aspetto importante. La riflessione, lo scambio d'idee e d'esperienze con coloro che condividono la situazione fa parte della "cura di se stesso" senza la quale la cura degli altri rischia di diventare sfiancante, anzi priva di significato.

Cosa significa "prendere cura di sé stesso?". All'origine, il termine "cura" era utilizzato in due campi diversi. In ambito giuridico, cura rinvia alla "protezione" e si doveva a chi aveva bisogno di un "procuratore". In ambito religioso, cura rinvia al culto degli dei che esigono attenzione e rituali particolari. I componenti della cura giuridica sono la copertura dei bisogni umani fondamentali ovvero la protezione da ciò che mette in pericolo l'integrità individuale.

La cura religiosa invece esige anche la sospensione del lavoro per dedicarsi alla dimensione spirituale. Riunendo tutti aspetti, i filosofi forgeranno il concetto di “cura di sé stesso”. Seneca ne fa un dovere fondamentale verso sé stesso: la condizione dell’uomo che cura il suo corpo e la sua anima è paragonabile al cielo quando è chiaro e sereno... Cicerone riunisce “cura” e “cultura” dell’anima per definire la saggezza che conduce al “vivere bene”...

È ovvio che un tale bene è inaccessibile all’uomo occupato dalla quotidianità e che lo è ancor di meno all’uomo odierno che lavora e ancor di meno all’infermiere la cui professione consiste nel prendersi cura degli altri. Tuttavia, l’esagerazione rivela una verità esistenziale: l’infermiere deve innanzitutto poter prendere cura di sé stesso! Imparare a leggere fra le righe delle situazioni complesse per cogliere il nucleo del problema. Imparare a esprimere il fulcro del problema a coloro ai diversi responsabili dell’organizzazione del lavoro. Soprattutto l’infermiere deve esercitarsi a un “realismo filosofico”, cioè esigere il possibile umano ma non l’impossibile.

La mia consulenza presso gli infermieri ha raggiunto una soluzione costruttiva anche se non miracolosa: a) l’organizzazione del dialogo tra medici e infermieri per ridefinire le responsabilità reciproche, lasciando agli infermieri un più ampio margine d’iniziativa e quindi una minore perdita di tempo; b) l’organizzazione di una discussione con la direzione amministrativa per segnalare la cattiva condotta di alcuni pazienti e quindi una riduzione del senso di colpa e un intervento del direttore per porre qualche regola di comportamento; c) l’organizzazione di una seduta settimanale di scambio di esperienze tra gli infermieri e quindi una via d’uscita dall’isolamento con la possibilità di beneficiare dell’esperienza degli altri. Naturalmente, la rivendicazione per aumentare il personale non è stata soddisfatta... Però ciascuno ha potuto vivere un po’ meglio l’imprescindibile difficoltà quotidiana.

Essere infermiere è un mestiere “sopra temporale” che non conoscerà mai la disoccupazione, una professione che esisterà fino a che ci saranno uomini! Nei tempi attuali, caratterizzati dai progressi della medicina, l’aumento della popolazione, la longevità e la riduzione ostinata dei costi, il mestiere d’infermiere è forse tra i più difficili. Ma difficoltà non significa impossibilità. Anzi. Filosoficamente, la difficoltà va considerata come una fonte di miglioramenti imprevedibili... a patto che l’individuo "aiuti il cielo". Seneca: *“Non è perché le cose sono difficili che non osiamo farle; è perché non osiamo che le cose sono difficili.”* Come scrive il poeta tedesco Hölderlin: *“Lì dove c’è il pericolo cresce anche ciò che salva...”*

IL TEMPO SENZA CURA

Barbara Lupazzi – Infermiera - Vicenza

- Hai gli occhi che vogliono più della bocca! Mi diceva adirata mia nonna
- Ma nonna... io non mangio con gli occhi! Rispondevo sorpresa dalla sua affermazione
- Non è questione di cibo! Non si può fare tutto ciò che si desidera, bisogna saper rinunciare! Ribatteva sostenuta
- Ma la mamma mi dice che le femmine riescono a fare molte più cose dei maschi, e anche nello stesso momento!
- Il problema è il tempo, tesoro mio. Mi diceva addolcendo i toni
- Ti sbagli nonna... se una cosa ti piace, il tempo lo trovi!
- Eh, col tempo capirai! Concludeva sconsolata dalla mia ingenuità.

Avevo circa 7 anni e non potevo certo capire che relazione potessero avere queste due parole astratte: tempo e problema.

Ma... cos'è il tempo?

È la dimensione nella quale si concepisce e si misura il trascorrere degli eventi. La complessità del concetto è da sempre oggetto di studi e di riflessioni filosofiche e scientifiche.

Senza scienza né filosofia analizzo una mia giornata tipo:

Sveglia alle ore 5.30, igiene personale, preparazione del pranzo (per me e per la famiglia) un saluto al volo ai miei cari e... via, destinazione luogo di lavoro!

Quaranta minuti per il trasporto e si comincia. Non c'è neanche il tempo per curare le relazioni perché il carico di lavoro è tanto. Troppo.

Ad un certo punto il malessere sale... si fatica a concentrarsi. Sono già le 14... è la fame!!! Devo mangiare qualcosa. La pietanza preparata al mattino è fredda, bisognerebbe scaldarla ma non c'è tempo. Mangio lavorando, cibo freddo: l'importante è recuperare energia e concentrazione! Va un po' meglio, posso riprendere.

Si è fatto buio, sono le 18... devo andare a casa dalla mia famiglia!

Mia mamma, anziana, mi ha chiesto un favore: raccogliere informazioni tramite una telefonata, in merito ad una visita specialistica. Niente, non ce l'ho fatta... lo riprogrammo per domani, magari in pausa pranzo, sperando di potermi concedere mezz'ora.

Durante il tragitto di ritorno una pausa veloce al supermercato e poi di corsa a casa: ad aspettarmi i figli per raccontarmi la loro giornata trascorsa; li ascolto un po' distratta perché sto preparando la cena. Finalmente le 20.00, dieci minuti di relax a tavola con la famiglia ma arrivano velocemente le 20.30.

Ho bisogno di defaticare la mente perché la frenesia della giornata non deve minare la mia salute... ricordo che "il camminare" potrebbe essere una valida soluzione!

Sono da poco passate le 20.30, la tavola è in disordine ma lascio tutto così e parto; ci pensano i ragazzi.

Alle 21.30 sono di ritorno, una doccia rigenerante, ora sono rilassata e più concentrata.

Sono già le dieci di sera: programmazione per la giornata di domani e via! ai fornelli per preparare il pranzo per il giorno successivo. E mentre le pietanze cuociono mi dedico alle relazioni virtuali: mail e messaggi.

Il tempo scorre inesorabile, è quasi mezzanotte e devo assolutamente interrompere le attività rumorose: figli e marito sono a letto!

Passo in lavanderia per programmare la lavatrice e per ritiro e piega degli indumenti in asciugatrice. È l'una e comincio a pensare che bisogna anche riposare. All'una e trenta sono sotto coperta, sfibrata: non servono farmaci per dormire.

Devo terminare di leggere il libro che ho iniziato un anno fa: ci provo. Impossibile, alle prime tre righe mi fagocita la stanchezza, gli occhi s'incrociano e devo chiuderli; ma con le palpebre abbassate potrò almeno fare una verifica della giornata per vedere se ho trascurato qualcosa... sono circa le due, il sonno mi rapisce e all'aria il mio desiderio!

Sono di nuovo le 5.30 e... Buongiorno. Forse.

Nella giornata tipo manca tutta la parte che riguarda gli impegni familiari derivanti dai figli in età scolare, ma per fortuna sono a carico di mio marito e alla cura della casa collaborano anche i ragazzi: in ogni caso sono attività che gravano indistintamente su tutta la famiglia nel fine settimana.

E tutta l'attività fuori dall'ordinario? Per quella si utilizzano i permessi dal lavoro.

Oggi, da adulta, posso affermare che mia nonna non si sbagliava: il tempo è un problema e bisogna saper rinunciare. Ed è un vero peccato.

LA RELAZIONE BIDIREZIONALE CON IL MALATO: UN'OCCASIONE (MANCATA?) DI CRESCITA PERSONALE E PROFESSIONALE

Ilaria Storti – Infermiera - Vicenza

Il mio contributo vorrebbe rappresentare per chi lo legge, e lavora nella sanità accanto alle persone malate, un seme di riflessione sul tema della relazione questa volta intesa come una relazione interpersonale bidirezionale, ovvero non solo dall'operatore sanitario al malato ma anche dal malato all'operatore sanitario.

Chi opera nella sanità assume, nei confronti dell'utente, una posizione di "potere". La relazione è sbilanciata perché chi aiuta è più forte di chi è aiutato, perché l'operatore sanitario sta lavorando, sta bene, è in piedi, è vestito, anzi è in divisa, ed ha le conoscenze e la capacità per aiutare il malato che, viceversa, è lì forzatamente, in uno stato di sofferenza fisica e disagio psicologico, è spesso a letto, in pigiama (se non qualche volta nudo o quasi nudo) ed ha paura. Ma è sempre necessariamente così?

Molti di noi si sono interrogati sul modo migliore di relazionarsi con gli utenti (malati e loro amici e familiari) ed alcuni hanno anche frequentato corsi di comunicazione. Le tecniche comunicative sono certamente importanti e non sono per nulla competenze innate (alcuni potrebbero pensare che c'è chi è portato alla comunicazione e chi no) ma si acquisiscono come si acquisisce una qualunque competenza tecnica. Questo è un primo fondamentale passo, che da solo però non basta assolutamente, io credo, per costruire una relazione positiva con l'utente.

Perché serve costruire una relazione positiva con l'utente?

Sull'alleanza terapeutica, sulla condivisione del percorso di cura, sulla relazione come modo per diminuire drasticamente i contenziosi, non si dice mai abbastanza. Tuttavia non è di questo che vorrei parlare. Vorrei parlare di noi operatori sanitari (uso il termine in senso generale per includere non solo infermieri ma OSS, medici, fisioterapisti, volontari, psicologi, studenti, tutti) e di come relazionarci empaticamente e costruttivamente con i nostri utenti sia per noi fonte inesauribile di emozioni, stimoli, occasioni di crescita e soprattutto occasioni preziose per conoscere noi stessi. Questo è possibile solo se, innanzi tutto, riusciamo a considerare la persona affidata alle nostre cure un soggetto e non un oggetto.

Non credo che questo passaggio sia scontato, in me per lo meno non lo è stato e nella mia esperienza passata soggetti e oggetti fluttuavano davanti ai miei occhi a seconda del momento, ovvero di quanto ero stanca, di quanto ero oberata di lavoro, di quanto avevo mie personali preoccupazioni; oppure a seconda della persona che avevo di fronte, cioè se era una persona autosufficiente o meno, vigile o incosciente, orientata o confusa, nel pieno della vita o morente.

Ricordo ancora oggi con vergogna alcuni miei comportamenti e se da una parte posso perdonare me stessa dall'altra non riesco a non pensare a quello che probabilmente ho causato nei malati che hanno ricevuto da me risposte frettolose e a volte sgarbate.

È chiaro che siamo tutti essere umani, anche noi operatori sanitari! Siamo stanchi, siamo demoralizzati e frustrati, siamo in pensiero per cose che non riguardano il lavoro, siamo poco lucidi e pazienti perché di notte abbiamo sonno. E siamo anche poco preparati ad affrontare situazioni umanamente difficili oltre a non essere adeguatamente supportati. L'impressione è che siamo gettati lì..... in un pronto soccorso, una rianimazione, una

geriatria, un hospice, ad arrangiarci come meglio possiamo a gestire la tempesta emotiva che ci inonda ad ogni turno di lavoro. Ed una strategia, spesso non consciamente voluta, è diventare freddi, tecnici, cinici. Questo però non serve, non solo agli utenti: non serve a noi. Non so dire quando qualcosa sia cambiato in me, credo sia stato un processo graduale. Piano piano ho capito la fortuna che avevo nelle mani: un lavoro che mi offriva ogni giorno occasioni speciali da cogliere. Purtroppo l'ho capito da sola e relativamente tardi.

Da quel momento la mia visione del così detto paziente è cambiata: la persona che chiama ogni cinque minuti da rompiscatole è diventata una persona che sta esprimendo un disagio. Il paziente in stato vegetativo da essere solamente un corpo è diventato una profonda rete di rapporti sospesi a mezz'aria, un passato da conoscere, un'occasione per affrontare temi difficili. Il paziente ostile è diventato una persona che ha paura o che vuole in un tentativo estremo dire agli altri che lui c'è, che ha una sua personalità, che non è schiacciato dall'ambiente e dalla malattia che lo rende dipendente dagli altri.

Ho capito che quel disagio, quella paura della morte, quel timore di perdere noi stessi, quei temi fondamentali, come quelli del suicidio assistito e dell'eutanasia, sono anche dentro di noi. Ci possiamo specchiare ogni giorno nelle paure e nelle sofferenze dei nostri utenti e ogni giorno ci possiamo interrogare, e interrogare l'altro, sui temi della morte e della vita.

Ho capito che aiutando l'altro possiamo aiutare noi stessi anche osservando i nostri comportamenti e le emozioni che ci attraversano e analizzandole subito o in un secondo momento: perché mi sono comportata così? Che cosa ho provato? Da che cosa può essere nata quella emozione?

Ho capito che il tanto nominato paradigma del “paziente al centro” non è né praticabile né tanto meno auspicabile: NESSUNO E' AL CENTRO. Se presupponiamo questo allora diventiamo anche noi parte alla pari di un intreccio di relazioni che non possono che arricchirci. Noi doniamo aiuto, conoscenze, competenze e un po' di noi stessi e riceviamo ricchissime esperienze.

Come operatori sanitari tutti i giorni tocchiamo la vita ma a volte senza rendercene conto. Abbiamo una strada che può portarci a conoscere noi stessi e a volte non la vediamo. Possiamo parlare con le persone più sagge del mondo, quelle che stanno soffrendo e morendo, e a volte le evitiamo.

Non è colpa nostra se non cogliamo a pieno il potenziale che ci offre la nostra professione: non abbiamo gli strumenti per farlo.

Certo, c'è chi riesce da solo a fare un processo dentro se stesso, di crescita e consapevolezza. Si tratta per lo più un processo personale, intimo, fatto da soli o con l'aiuto di qualcuno ma che in ogni caso non è parte del proprio percorso professionale.

Credo sia invece fondamentale sviluppare queste competenze già dalla formazione di base dove troverei importante mettere le fondamenta per imparare ad apprendere dalla propria esperienza. Imparare cioè la strategia, oserei dire la necessità, di riflettere sulle cose che accadono fuori e soprattutto dentro di noi, per trarne conoscenza.

Penso che queste fondamenta non possano essere costruite solo con lezioni teoriche ma anche attraverso il confronto con persone che hanno fatto e fanno tutti i giorni riflessioni di questo tipo. Tali persone non possono che essere esempi positivi per i giovani che si avvicinano a queste professioni e dovrebbero essere presenti non solo negli ambienti didattici ma ancor più nei luoghi di lavoro dove i tirocinanti, come ben sappiamo, non apprendono solo una professione ma anche determinati comportamenti e le idee e i valori che li guidano.

Nelle nostre realtà purtroppo siamo lontani dal poter accedere alla possibilità di imparare, tutti e come parte del percorso professionale, l'empatia. Da una parte non c'è formazione né di base né continua sul tema, o molto poca; dall'altra la mancanza di tempo e gli ambienti caotici dove domina il multitasking, non ci pongono nelle condizioni per attuare una vera comunicazione e una vera riflessione durante la nostra azione, sulla nostra azione e sull'azione possibile. Né è facile fare una riflessione dopo l'azione perché, diciamocelo, spesso torniamo a casa stanchi e demotivati e non abbiamo l'energia mentale per tornare su ciò che è accaduto al lavoro. Per lo più cerchiamo, umanamente, di non pensarci affatto. Solo in un posto ho visto il team di lavoro riunirsi periodicamente per discutere insieme del proprio vissuto emotivo, con la facilitazione e la mediazione di una psicoterapeuta. Era un Hospice, privato (forse anche questo conta), gestito da persone particolarmente sensibili. E' utopia pensare che ciò possa avvenire in tutti i nostri ambienti di lavoro?

Forse no ma serve di sicuro una direzione diciamo illuminata che tracci una cornice dentro cui poter disegnare questi percorsi. Serve ovviamente che ci sia per tutti un tempo adeguato, sia fisico che mentale, per poterlo fare. E poi ci si dovrebbe sganciare dalla rincorsa a quello che è meramente quantificabile, come gli esiti dell'assistenza infermieristica, per concentrarci anche su qualcosa che è meno tangibile ma crea crescita personale, migliora le relazioni e ci fa sentire più umani e meno numeri. Insomma, un cambio di visione e di conseguenza un cambio di priorità.

CULTURA COME CURA

Silvia Venier – Insegnante di Filosofia - Venezia

Nel saggio edito da Mimesis con il titolo *La fine della cura* Nancy Fraser analizza le contraddizioni sociali del sistema economico contemporaneo evidenziando la crisi che colpisce i modelli tradizionali di assistenza e di cura essenziali per la riproduzione della vita. La filosofa statunitense ripercorre alcune trasformazioni del rapporto tra sfera privata e lavoro alla luce delle fasi di sviluppo storicamente determinato del sistema capitalistico, fino alla genesi dell'attuale squilibrio che si traduce nella continua denuncia della "mancanza di tempo" e in una diffusa insoddisfazione per l'impossibilità di dedicare la necessaria attenzione al proprio contesto familiare, in particolare alla cura dell'educazione dei figli.

Chi in questi anni ha seguito le numerose pubblicazioni sul tema della "cura", sulla valorizzazione di un approccio culturale che mostra l'interazione di ragione ed emozioni, insistendo sul carattere relazionale dell'essere umano, non può non provare disagio di fronte al contrasto fra il senso di responsabilità cui ci obbliga una crescente consapevolezza del nostro essere nel mondo con gli altri e un'accelerazione imposta da un'organizzazione che contiene e determina le nostre vite. Il tema è messo a fuoco in modo magistrale dall'ultimo film di Ken Loach, *Sorry we missed you*, che, rivelando l'illusorietà di un'emancipazione dalla povertà attraverso i meccanismi della gig-economy, mostra al tempo stesso il senso di frustrazione dei protagonisti ai quali è reso impossibile vivere la propria cura per l'altro. La moglie del protagonista patisce la lacerazione fra una presenza in famiglia, che avverte sempre insufficiente, e un'attività di assistente a domicilio in cui cerca faticosamente di ritagliarsi momenti di relazione umana contro le regole che il servizio le impone. L'erosione del tempo è violenza nei confronti della cura e pertanto nei confronti dell'essere umano nella propria essenza.

A partire dalla concezione maturata in ambito antropologico consideriamo cultura la struttura categoriale mediante la quale una comunità interpreta il mondo naturale e sociale in cui vive. Possiamo definire cultura le conoscenze, i valori, le pratiche che ogni società trasmette e la modalità comunicativa mediante cui avviene tale trasmissione. La cultura è lo sguardo dell'uomo su ciò che chiamiamo realtà, uno sguardo educato dalle comunità in cui gli esseri umani crescono, muovono i primi passi, sviluppano il loro pensiero. Si costruisce nel tempo e mediante l'amorevole attenzione della cura. A sua volta, la cura delle persone, dell'ambiente, del lavoro attraverso cui si tutela ed esprime la vita richiede un apporto culturale. Si direbbe che cultura e cura siano dunque coessenziali.

Dal momento che ogni attività lavorativa, anche il servizio di assistenza e di cura, e persino quello di educazione e di trasmissione delle conoscenze alle nuove generazioni, diventa

attività produttiva, misurabile in termini di quantità e velocità di esecuzione, e data l'accelerazione impressa dalla potenza della tecnica a tutti i processi, accade che l'umana empatia, l'attenzione ai bisogni particolari dell'altro, la disponibilità all'ascolto e alla relazione, cioè tutti quei fattori che abbiamo pensato come aspetti necessari della cura, vengano avvertiti come obsoleti, quasi forme di resistenza alla fluidità dell'iter cui deve essere imposta una standardizzazione. E se l'operatore fatica a farsi costringere in una forma standardizzata perché non può liberarsi dall'imprevedibilità dell'emozione che ancora caratterizza la condizione umana, si può essere tentati di progettare la sua sostituzione con l'intelligenza di un artefatto. Che ne è allora della cura? Che ne è della cultura? Forse, davvero "l'uomo è antiquato"?

A me verrebbe da rispondere, un po' rozzamente forse ma con convinzione, che questo sistema socio-economico che spreca le potenzialità umane è antiquato, che il dominio del calcolo del profitto pur con tutta l'intelligenza dei suoi algoritmi non è cultura, che la disumanizzazione del rapporto di cura è la barbarie.

LA CURA DELLA PAROLA VIVA

Ornella Doria – Membro SFI - Società Filosofica Italiana - Venezia

Dal vangelo secondo Giovanni, 1, 1-4

*En arché en o logos,
kai o logos en pros ton theon,
kai theos en o logos*

*In principio era la Parola
e la Parola era presso Dio
e la Parola era Dio.*

.....
*Panta di'autou egheneto
coris autou egheneto oudé en.
En auto zoé en*

.....
*tutto è stato fatto per mezzo di lui,
e senza di lui niente è stato fatto di tutto ciò che esiste.
In lui era la vita*

La Parola è l'originario (en arché); la Parola è Dio (theos en o logos).

In quanto creatrice di tutto ciò che è (panta di'autou egheneto), essa è Vita (en auto zoé en): fa ciò che dice, o meglio dicendo "porta alla luce", genera l'essere, è performativa¹.

¹In linguistica, la parola che fa ciò che dice viene detta performativa. Si tratta di enunciazioni (e per estens. anche di enunciati e di verbi) che non descrivono un'azione né constatano un fatto (e in quanto tali non sono suscettibili di un giudizio di falsità o verità) bensì coincidono con l'azione stessa: per es., sono enunciati performativi frasi come «prometto di venire» o «dò a questa nave il nome Tirrenia»; sono verbi performativi quei verbi che, enunciati nella prima persona del presente indicativo, realizzano l'atto che descrivono, per es. «battezzo, ordino, maledico», e simili. Il termine, diffuso dal linguista e filosofo inglese **J. L. Austin** (1911-1960) nell'ambito della teoria degli atti linguistici, è stato poi ripreso nel linguaggio giuridico per indicare enunciati non descrittivi né prescrittivi, che sono costitutivi, nel momento stesso in cui vengono proferiti, della situazione cui fanno riferimento: per es., la

La caratteristica più propria della Parola divina è proprio la creatività, il dare la vita. Esistiamo perché la Parola ci ha chiamati all'essere e nella misura in cui partecipiamo della sua vita possiamo diventare co-creatori.

La Parola creatrice è ben diversa da quella che descrive un'azione o constata un fatto. Il linguaggio medico-scientifico si attesta fondamentalmente su questi due ultimi aspetti della parola, mentre il linguaggio che si nutre della Parola originaria, diviene a sua volta datore di vita, poietico,

Ogni relazione umana autentica custodisce nel dialogo (dia-logos) la Parola di vita, che è irenica, benedicente, rigenerante, capace di guarigione, al contrario, nelle relazioni umane inautentiche, le parole, svincolate e scisse dalla Parola originaria, divina e vivificante, assumono carattere polemico (polemos/guerra), manipolativo, che ammalia e uccide, per effetto della centratura egoica. Queste parole si rivolgono a un tu in termini conflittuali con l'obiettivo di dare vittoria a chi le esprime e, contemporaneamente, sconfitta a chi (il "convocato") le ascolta, costringendolo, alla fine del confronto-scontro, al silenzio. In questo modo la parola, per sua natura relazionale, ha come esito la negazione la propria essenza, rovesciandosi in anti-parola.

La fenomenologia della doppia valenza della parola, rigenerante o venefica, era stata notata dai filosofi greci; il sofista Gorgia, nell'*Encomio a Elena*, si esprime così:

"La parola è un gran dominatore, che con piccolissimo corpo e invisibilissimo, divinissime cose sa compiere; riesce infatti a calmare la paura, a eliminare il dolore, a suscitare la gioia e ad aumentare la pietà..... L'anima patisce per effetto delle parole.... Dunque gli ispirati incantesimi di parole sono apportatori di gioia, liberatori di pena. Aggiungendosi infatti alla disposizione dell'anima, la potenza dell'incanto, questa la blandisce e persuade e trascina col suo fascino. [...]

C'è un imperio della persuasione, la quale pur non avendo l'apparenza dell'ineluttabilità, ne ha tuttavia la potenza. Infatti un discorso che abbia persuaso la mente, costringe la mente che ha persuaso, a credere in ciò che è stato detto e ad agire di conseguenza."

In queste righe è riconosciuta l'attività divina della parola, ma quest'ultima viene intesa come potere magico, incantatorio, persuasivo e seduttivo. Manca la distinzione precedentemente evidenziata tra la parola di vita e l'anti-parola, e alla parola viene attribuita una mera funzione manipolativa: la capacità di "far patire l'anima", di condizionarne lo stato e le decisioni, a prescindere dal loro valore di verità.

frase «la seduta è aperta» nel momento stesso in cui viene pronunciata segna il costituirsi di una situazione giuridica nuova.

Oggi questa prerogativa di condizionamento psichico e manipolatore della parola sta pervadendo buona parte dei linguaggi: viene strategicamente utilizzata dal linguaggio pubblicitario per indurre chi ne entra in contatto, a un approccio con la realtà edonistico-consumistico, finalizzato alla vendita e al profitto; viene adoperata dai politici per ottenere consenso e conseguentemente voti e potere di governo; viene impiegata dall'uomo comune nelle relazioni interpersonali sulla base di un relativismo diffuso e condiviso, per prevalere sul proprio interlocutore.

La scienza sembra esserne esente, perché ha assunto a paradigma un linguaggio descrittivo e fattuale, tuttavia, presentandosi come sapere falsificabile (Popper), non può avere pretese di verità, cosicché sua forza persuasiva risiede nella capacità effettiva di controllare di volta in volta la realtà attraverso la tecnica.

Continua il filosofo:

“C'è tra la potenza della parola e la disposizione dell'anima lo stesso rapporto che tra l'ufficio dei farmaci e la natura del corpo. Come infatti certi farmaci eliminano dal corpo certi umori, e altri, altri; e alcuni troncano la malattia, altri la vita; così anche dei discorsi, alcuni producono dolore, altri diletto, altri paura, altri ispirano coraggio agli uditori, altri infine, con qualche persuasione perversa, avvelenano l'anima e la stregano

Gorgia ora distingue la parola persuasiva, che potremmo definire benefica, da quella da lui definita “perversa”, l'una farmaco di guarigione e di vita, l'altra farmaco di avvelenamento e di morte, l'una cura del dolore, l'altra causa di dolore. Gli esiti sono dunque diametralmente opposti, ma si fondano su di un linguaggio comune: quello persuasivo. Persuadere non è dire il vero ma condizionare, far credere, suggestionare, illudere. Se è dunque l'incanto il fine d'uso delle parole, allora esse non curano né guariscono, ma ingannano e inquinano l'anima. È dallo smascheramento dell'anti-parola che può fiorire nell'interiorità umana la parola viva, la parola che porta con sé effetti realmente benefici e vivificanti, perché partecipe della Parola originaria, sua effusione.

L'azione tecnica dell'infermiere non può prescindere dalla cura della parola, perché il malato non è una macchina da aggiustare, ma una persona con cui interagire mediante una comunicazione aletica, che proviene dal sapere del cuore, mediante parole benefiche perché benevolenti e misericordiose, generatrici di solidarietà, di fiducia e di speranza. Medico e infermiere dovrebbero cooperare nel prendersi cura (epimeleia) dei pazienti, aiutandoli anche a divenire dei collaboratori nella cura di se stessi, promotori di ethopoiësis, cioè della trasformazione del proprio stile di vita in vista di una vita “vera” e salutare.

L'infermiere oltre che esperto di protocolli, procedure e tecnologie sanitarie, deve essere gravido di parole vive, non perdere mai di vista la specificità della propria

professione, ma ancor di più l'umanità che lo connota e la consapevolezza di aver costantemente davanti a sé, iscritti nelle esistenze dei suoi pazienti, i segni visibili della fragilità umana e il bisogno di azioni di cura che non si esauriscano nel competente utilizzo di strumentazione medica, ma si accompagnino al dono di parole-atti d'amore.

SALUTE, CURA E RESPONSABILITÀ IN UN TEMPO DI QUARANTENA

Antonio Beninati – Docente di Filosofia e Storia - Venezia

Salute e cura.

Il termine “salute” richiama l'indoeuropeo *s^e/ol-w- che significa “intero” e quindi il sanscrito *sarvatati* che vuol dire “integrità”. Salute rinvia, anche, al greco ὅλος (hòlos) > “tutto intero, sano e salvo” → e al latino *salus* > “salvezza, incolumità, integrità, salute”, termine questo affine a *salvus* > “salvo”. Questa catena di parole ci deve far pensare che la condizione salutare è data dal rispetto e dalla *cura* dell'intero. C'è *salute*, e quindi *salvezza*, quando c'è equilibrio tra il tutto (l'intero) e le sue parti. Quando questo viene a mancare, bisogna trovare i modi di ripristinarlo. Vale per tutti i gradi dell'essere: se si procede dal basso verso l'alto, vale per la singola persona (l'*in-dividuo*), per la comunità politico-sociale e per il genere umano, ma anche per le altre specie del nostro mondo, sia le viventi che le non-viventi. Rovesciando lo sguardo, dall'alto verso il basso, vale per l'Uno-Mondo, per Gea la nostra Terra, per gli ecosistemi, per le nostre città, per noi stessi.

La rottura di quell'equilibrio provoca l'alterazione delle condizioni e delle funzioni di un *corpus* organizzato: nel linguaggio più comune la *malattia*. Spesso diciamo infatti: “Oggi mi sono ammalato” oppure “La nostra società è ammalata” oppure “La Terra è ammalata” e così via.

Ma il Tutto non è statico. E' in perenne cambiamento di forma. Passa da un equilibrio ad un altro. La vita di qualcosa è sempre in debito di qualcos'altro che ha perso il suo equilibrio, che è morto. La vita di qualcosa prepara nel suo squilibrio e frammentazione un altro equilibrio e un altro intero. Attraverso la sua “malattia” e “morte” pone le condizioni dell'apparire del nuovo.

Una legge, questa del divenire, che non può essere forzata o stravolta. Va rispettata. Accompagnando dell'intero il necessario cambiamento. Tramite la prevenzione. Se non lo si fa, la rottura dell'equilibrio dell'intero risulterà catastrofica: lungo e sofferente sarà il tempo di una sua ricostituzione.

La sanità come sineddoche dell'umanità: democrazia e cura.

A un popolo diviso corrisponde una sanità asimmetrica. Se le divisioni sono economiche oppure “razziali” ci sarà una sanità migliore per gli affermati (i più ricchi e gli autoctoni) e una peggiore per i negati (i più poveri, i diversi, gli stigmatizzati). Quasi sempre, infatti, queste differenze segnano le linee di frattura. I privilegiati troveranno sempre un argomento giustificativo per sostenere questa differenza di trattamento. La cattiva retorica viene spesso usata per questo.

Basta fare un giro per gli USA o in Brasile e riceverne una conferma. Lì, chi si può pagare l'assicurazione sulla malattia è convinto che non si possa dare assistenza sanitaria pubblica: paradossalmente la ritiene un'ingiustizia. Così come non si vergogna di alzare muri o cancelli o fili elettrici o congegni elettronici per separare la sua villa o il suo quartiere residenziale dal mondo esterno. Pensa di riservarsi così la sicurezza, la salute, il *ben-essere* fisico e psichico, e di lasciare fuori la paura, il *mal-essere* sociale, la delinquenza, la malattia. Questo pensiero viene da molto lontano: è il pensiero manicheo, funzionale alla divisione/contrapposizione dell'umanità. Consiste in queste idee: che da una parte ci siano gli eletti e dall'altra i dannati. Che nel mondo ci sia solo un po' di Bene e molto nascosto. Che ci siano solo pochi barlumi di Luce e molta Tenebra. Che ci sia tanta volgare materia e poco spirito. Che minime o nulle siano le possibilità per i dannati di diventare eletti. Che i malati nello spirito e nel corpo possano diventare sani-salvi. Un pensiero che, nelle sue diverse declinazioni religiose, politiche, intellettuali e sociali, ha diviso volutamente l'umanità. A questa idea si è ispirato, negli ultimi due secoli, lo spirito del capitalismo di weberiana memoria: soprattutto quello contemporaneo, quello che, dopo “la fine della Storia” informa di sé quasi tutto il pianeta. Quello che, estremizzatosi negli ultimi quarant'anni, ha fatto strame di ogni esigenza egualitaria, dalle più radicali alle più moderate, da quelle più laiche a quelle più religiose. Sono pochissimi ormai quelli che credono nella giustizia e uguaglianza in terra. Sono pochi quelli che ritengono che l'individualismo egoista sia solo controproducente e che sono convinti che il *ben-essere* altrui possa trasmettersi empaticamente a tutti e, quindi, anche a loro. Sono stati pochi quelli che hanno difeso l'idea della necessità di mantenere coeso e sano l'*intero* corpo sociale. Rari quelli che hanno operato per riportare l'umano, con le sue azioni e costruzioni, alla natura. Si sono globalizzati i capitali e le merci, ma non gli esseri umani. Si è attribuito un valore di scambio, fondato sul profitto e sull'usura, a tutto: alla materia e allo spirito, al pensiero e ai corpi. In Europa si è quasi tutto aziendalizzato e privatizzato: perfino i beni comuni (naturali e umani), come la sanità pubblica. In Italia ben poco ci è rimasto della riforma del 1978, che con la soppressione del sistema mutualistico aveva istituito il Servizio sanitario nazionale. Lo si è smantellato a piano a piano, ritenendolo non remunerativo, facendo della salute una

merce. Trasformando, così, i pazienti in clienti, nella tracotante convinzione di poter scambiare la salute del cittadino e del corpo sociale con del vile denaro. Non ricordando il mito di Mida: come nella mancanza di cibo non ci si può alimentare di oro, così in un'improvvisa emergenza sanitaria, una volta ridotti al minimo i validi presidi medici, il denaro non può sostituire in breve tempo ogni elemento utile per la cura. L'idea individualista, che è a monte, ci obbliga ad andare in ordine sparso e ognuno per proprio conto. Troppo tardi per tornare indietro. Saranno tante le persone a soffrire, soprattutto i più deboli per costituzione psico-fisica, per risorse economiche e per il colore della pelle. Non sapendo che tutta questa sofferenza imprimerà forti scosse e strappi all'equilibrio del corpo sociale, producendo così nuova sofferenza.

Responsabilità e cura

Lo “spirito del capitalismo” va sostituito o nuovamente corretto con i principi dell'etica, già elaborati in passato da diverse tradizioni filosofiche, d'Occidente e d'Oriente: consapevolezza di abitare la medesima casa (οἶκος), il pianeta Terra e di appartenere a un solo ecumene (οἰκουμένη), l'Umanità; di instaurare perciò un'*economia* solidale, di essere fraterno con l'Altro, naturale o umano che sia; di sentirsi responsabili dei propri pensieri e azioni; di non restare indifferenti verso l'ingiustizia, sotto qualunque forma essa si presenti; di essere empatici, di sentire la gioia e il dolore altrui; di essere affidabili; di ringraziare il mondo che ha avuto cura di noi dalla nascita, curandolo; di utilizzare la parola non come arma, ma come strumento di conoscenza. In sostanza, di essere responsabili, di sapersi assumere i propri meriti e le proprie colpe, di valorizzare la conoscenza di sé e del mondo. Essere civili è questo.

Per quanto riguarda la salute, basterebbe soltanto applicare in Italia la Costituzione, nata dalla Resistenza, che ci indica chiaramente la direzione e cosa fare:

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti” (Parte prima, Diritti e doveri dei cittadini, Titolo II, Rapporti etico-sociali, Art. 32, Primo comma).

La salute, la malattia e la metafora della guerra

Nel tempo del coronavirus il linguaggio usato per narrarlo è quello della guerra. Lo adoperano quotidianamente *leader* politici, giornalisti, imprenditori. Si sente dire: “il virus è il subdolo *nemico* da *sconfiggere*”, “i presidi medico-sanitari sono *le armi* con cui prima *difendersi* e poi *battere* il microscopico e temibile avversario”, “i medici e gli infermieri *combattono in trincea* e alcuni di loro *muoiono eroicamente come soldati*”, “*questa battaglia la vinceremo*”, i governanti sono i “*comandanti in testa*” e gli scienziati “*i loro consiglieri*”.

militari". I pazienti, che non sopravvivono, sono contabilizzati come i caduti nelle campagne militari: ridotti a numero, perdono, oltre al nome, la loro personalità. Vanno a giacere nella terra o sono cremati nel fuoco come "militi ignoti", lontani dagli affetti dei loro cari.

Anche questa retorica è falsa e ingannatrice.

Chi la usa, sa che cosa è la guerra? Sa che c'è sempre stato un *responsabile umano* dello scatenamento di una guerra? E che la natura, a meno che metaforicamente non la si personifichi come *matrigna*, non è mai responsabile per quello che accade? Che la morte naturale ha sempre interessato tutti i viventi, determinandone più volte l'estinzione, assicurando così quella che G. Bruno ha chiamato "eterna vicissitudine dell'Uno"?

Una pandemia non c'entra niente con la guerra.

Nella malattia si soffre, si può anche perdere la vita, ma, a meno che non ci sia una responsabilità umana, non si può *incolpare* l'agente patogeno: è il motivo per cui, nel passato (e alcune volte anche oggi) e in tutte le culture umane, le pestilenze e i malanni erano attribuiti agli dei come collerica forma di punizione degli umani peccatori. Insostituibili erano (e molto spesso sono ancora oggi) i voti e i riti religiosi per acquietare l'ira divina e ristabilire così la salute della comunità. In questo caso la cura era religiosa.

Nella malattia, soprattutto in quella contagiosa, i sentimenti diffusi sono lo sconforto e il panico o la rassegnazione. Nella guerra, invece, è la più estrema e negativa passione: l'*odio*. Un sentimento questo che fa dimenticare di essere umani, che trasforma la persona nel suo intimo, la carica di ira e spirito di vendetta capaci di ogni atrocità. Anche quella della guerra è un'emergenza, ma del male *ab-solutus*, sciolto da ogni vincolo morale e civile.

Sorgono allora spontanee alcune domande: "Se è improprio impiegare la metafora della guerra per parlare della malattia, perché così spesso la si usa?". Forse perché in passato guerre e pestilenze si presentavano in sincrono e ci si è abituati a identificarle? Oppure per deresponsabilizzarsi rispetto a ciò che si sarebbe potuto fare in termini di prevenzione e non si è fatto? O per utilizzare l'emergenza sanitaria allo scopo di adottare provvedimenti illiberali e mettere in mora i diritti dei cittadini? Oppure viceversa perché, come ci insegna Hobbes, sono gli stessi esseri umani, gregari per natura, nel momento del pericolo, in particolare nella guerra, a stringersi per semplice riflesso intorno ad un "sovrano", cui devolvono il proprio diritto? O più prosaicamente, nell'epoca della scomparsa della coscienza storica o della semplice memoria, per banale dimenticanza delle tremende guerre sofferte in passato?

LA COERENZA COME “FILOSOFIA OPERATIVA”

Pierina Ros – Insegnante di Filosofia - Pordenone

Il termine coerenza etimologicamente significa “essere attaccato”, “avere connessione” (dal latino *cum haerēre*), quindi, in senso figurato, indica “essere privo di contraddizioni” tra pensiero ed azione. A partire da questa definizione, diventa pertanto spontaneo chiedersi se la persona coerente rappresenti armonia tra teoria e pratica oppure se rappresenti rigidità e fissità mentale. Personalmente credo che sia coerenza anche la capacità, disponibilità a modificare le proprie idee nella relazione dialettica e costruttiva con l'altro: è questo che caratterizza l'essenza dell'uomo come soggetto di ragione e che lo caratterizza per la sua intrinseca socialità, grazie alla quale impara ad affrontare i conflitti.

È fondamentale mantenere continuità tra il modo di pensare e quello di agire senza indossare la maschera della convenienza, della moda, del perbenismo che sono strategie utili per essere dichiarati *in* nella società ma che sono anche una forma di atteggiamento banale e non certo virtuoso. Ecco perché la coerenza è il percorso per la valorizzazione della nostra identità.

A questo punto diventa naturale pensare ad un esempio paradigmatico di coerenza che ci insegnano gli antichi perché gli antichi, come scrive Canfora² ci <<riguardano sempre>>: è la lezione di rettitudine di Socrate che si legge nel *Critone*. Ci insegna, pena la sua morte, che le leggi non vanno mai violate perché solo grazie ad esse l'uomo esce dall'animalità e diventa davvero uomo. Mai va commessa ingiustizia, neppure se si subisce ingiustizia: è un dovere dettato dalla ragione, rispetto alla quale il viver bene e il morire sono del tutto secondari. Dunque Socrate insegna ad osservare sempre il comportamento che, in seguito alla riflessione razionale, risulti migliore. È proprio il ragionamento che lo induce a rifiutare qualsiasi compromesso: non può lì in prigione, perché è in pericolo, rinnegare tutto quello che ha sempre sostenuto. Egli è in attesa di una condanna a morte ingiusta; è consapevole di avere subito un'ingiustizia, ma ciò non può costituire un motivo ragionevole per tradire le leggi della città e scappare. Le leggi sono la trama di connessione della *polis*, quello che unisce i cittadini facendone una comunità: sono le leggi che formano l'individuo e Socrate le rispetta fino in fondo.

Attualizzando, penso che la coerenza sia così importante da essere alla base della formazione delle figure professionali quando queste vengono educate alla complementarità in azienda tra la *vision*, cioè la visione condivisa dai partner di lavoro di cui diventano attori e la *mission*, cioè la pianificazione degli strumenti per il raggiungimento

² L. CANFORA, *Gli antichi ci riguardano*, Il Mulino, Bologna 2014

della *vision*. Ne è esempio l'infermiere³ che deve avere la capacità di modulare l'intervento in funzione della persona umana presa in carico garantendo, con competenze professionali, l'umanizzazione e la personalizzazione dell'assistenza nei confronti del paziente: ciò significa centrare l'azione sulla persona ammalata e non sulla malattia, esattamente come previsto dalla natura del *welfare state*.

LA FILOSOFIA È UNA MEDICINA?

Alberto Madricardo – Filosofo - Venezia

In memoria di Ada Innecco

Il rapporto della filosofia con la medicina è strettissimo e risale alle sue origini. Deriva dal formarsi del dualismo corpo (*séma*) - anima (*psyché*). Entrambi sono costantemente minacciati, entrambi hanno bisogno di protezione, di cura. Se la cura del corpo prende il nome di medicina, quella dell'anima prende quello di filosofia.

Medicina rimanda al termine greco *médo* che vuol dire “*domino*”, “*comando*” (da cui anche *métron*), “*mi prendo cura*”, “*proteggero*”. Quindi “medicina” indica un potere nella sua declinazione protettiva.

C'è una profonda analogia tra la cura del corpo e quella dell'anima, messa in rilievo da un'innumerevole schiera di autori in tempi diversi, a cominciare da Pitagora e la sua scuola, ai primordi della filosofia.

Per entrare nella scuola pitagorica era necessario seguire una rigorosa serie di precetti che riguardavano tanto il corpo quanto l'anima.

(Pitagora) riteneva dovessero essere drastici gli sforzi rivolti alle scienze e agli esercizi e fosse necessario stabilire per i discepoli duri banchi di prova e modi svariati di punire ed estirpare col ferro e col fuoco l'intemperanza e la cupidigia innate in chiunque, modi tali da non essere sopportati dai malvagi. Inoltre insegnava ai discepoli a non cibarsi di carne degli animali e ad astenersi anche da certi cibi che ostacolavano la vigilanza e la purezza dell'intelletto⁴

Ma il rapporto tra anima e corpo appare problematico e perfino conflittuale. Il corpo viene considerato da Platone spazio delle passioni e fonte dei continui turbamenti dell'anima. Questa - egli dice attribuendo l'opinione ai seguaci dell'Orfismo – durante la vita è imprigionata e sepolta nel corpo⁵, sicché la cura dell'uno serve anche a quella dell'altra.

³ Cfr. T.R. CIRILLO E E. DA ROS, *Il ruolo dell'infermiere in oncologia: una realtà in evoluzione*, CRO Aviano (PN), relazione tenuta per l'orientamento delle scuole superiori a Sacile (PN) nel 2017

⁴ Giamblico, *Vita pitagorica* XVI 68.

⁵ *Cratilo*, 400 c.

La vita umana, a differenza di quella puramente animale, è qualcosa che si costruisce e si perfeziona: essa - dice Aristotele nella *Politica* - non consiste semplicemente nel *vivere*, ma nel *ben vivere*.

E precisa:

“Inoltre, come nel caso della proprietà non sono le stesse cose che gli uomini acquistano semplicemente per poter vivere e quelle che acquistano per vivere bene, così accade anche nel caso della capacità della mente: l'intelligenza che ci serve semplicemente per vivere, voglio dire, non è la stessa che ci serve per vivere perfettamente. Alla generalità delle persone si può ben perdonare, se arriva soltanto a quella; certo costoro pregano di avere una vita felice, ma sono già paghi se hanno almeno la possibilità di vivere. Chi però pensa che non si debba sopravvivere a qualunque prezzo, risulta veramente ridicolo, se non si accolla qualunque fatica e non si adopera in ogni modo per conseguire quella capacità della mente, che gli consenta di conoscere la verità.”⁶

Seguendo l'impostazione di Aristotele, il quale pone la differenza tra l'impegno a procurarsi ciò che serve al vivere e ciò che è necessario al vivere bene, diciamo che un'analoga differenza c'è tra il cercare di liberarsi dai mali e il perseguire il bene.

Questa distinzione sembra appannarsi nell'età tardo antica. Plutarco – diversi secoli dopo Aristotele e in un'atmosfera culturale molto diversa – definisce la filosofia “medicina dell'anima” (*φάρμακόν τῆς ψυχῆς*)⁷. Epitteto, contemporaneo di Plutarco, che vive nella stessa congerie tardo antica, si chiede:

Che cos'è dunque una scuola di filosofia? – Una scuola di filosofia è un ambulatorio (*iatrèion*)(...) Non si deve infatti recarsi presso una scuola di filosofia perché si sta bene, quando si sta bene. Quando si giunge a essa è perché uno ha una spalla lussata, un altro un ascesso, un terzo una fistola, un quarto perché ha mal di testa”⁸

Vi è dunque diversità di concezioni, lungo lo sviluppo della filosofia, sul rapporto tra anima e corpo e sulla funzione e fine della filosofia stessa. La filosofia è intesa come medicina per la salute dell'anima per esempio da Severino Boezio, considerato l'ultima voce dell'Antichità. Nella sua *Consolatio philosophiae* Il filosofo s'immagina che la Filosofia, da lui rappresentata allegoricamente come una donna dallo sguardo straordinariamente penetrante, gli venga in soccorso mentre egli giace disperato nel suo lettuccio nella solitudine della disgrazia, e rivolgendosi a lui in modo perentorio, gli dica: “*medicinae tempus est quam quaerulae*”⁹. E la medicina – egli fa intendere- è la filosofia stessa.

Ma la filosofia non serve solo alla salute dell'anima, è in se stessa, la sua pratica, nella salute in atto. Essa è perciò, in se stessa, *mezzo e fine allo stesso tempo*. Forse è proprio

⁶ *Protrepticon* B 103

⁷ *De tuenda sanitate praecepta*

⁸ *Diatriba*, III, 23- 30.

⁹ “non è più tempo di lamenti, bensì di rimedi”, *Consolatio*, I, 2.

la difficoltà di cogliere l'identità tra mezzo e fine, propria della filosofia, ad aver permesso, specie in certi momenti, una sua sovrapposizione, quando non una vera e propria identificazione di essa, con la medicina, che invece non è fine, ma mezzo, strumento della salute del corpo.

Penso però che sia ragionevole supporre che i filosofi che hanno proposto l'identificazione della filosofia con la medicina lo abbiano fatto per lo più o in tempi di grave ripiegamento come erano quelli di Severino Boezio, o per finalità essoteriche, divulgative.

La filosofia greca, anche nella fase della sua massima fioritura tra il V e il IV secolo a.C., ha sempre connesso l'interesse teoretico e quello pratico, per cui i filosofi hanno cercato di trarre dalla loro indagine anche indicazioni utili a orientare comportamenti nella vita individuale e in quella collettiva, politica¹⁰. La distinzione tra chi ritiene che la filosofia sia mezzo per vivere bene e chi invece pensa che il vivere bene non sia altro che l'esercizio della filosofia pare essere piuttosto tarda. Ma anche tarda è la forte contrapposizione tra teoresi e prassi, tra anima e corpo.

Sebbene abbia il suo seme in Platone stesso¹¹, la distinzione tra ricerca del bene (*teoresi*) e quella del vivere bene (*prassi*) in epoca imperiale evolve verso la contrapposizione: il corpo è visto come ostacolo per l'anima, al volgersi di questa alla filosofia, per esempio da Plotino, uno dei massimi esponenti del neoplatonismo antico. Si narra che egli "si vergognava di avere un corpo"¹². Quest'ostilità verso il corpo si manifesta anche, con maggiore forza e molto più a lungo, nella tradizione ascetica cristiana: stiliti e anacoreti cristiani fin dai primi secoli, in odio del corpo, lo sottopongono a continui digiuni e privazioni. Potremmo continuare nel percorrere il pensiero antico e tardo antico: scopriremmo che in tutte le sue scuole e tendenze riecheggia il problema, in vario modo declinato, del rapporto fra corpo e anima e tra medicina e filosofia.

Ma anche in ambito cristiano c'è una certa varietà di posizioni. A fronte di un S. Paolo che predica l'inimicizia tra anima e corpo¹³, c'è un Tertulliano che rivaluta il corpo sostenendo:

"La carne è il cardine della salvezza. Infatti se l'anima diventa tutta di Dio è la carne che glielo rende possibile. La carne viene battezzata, perché l'anima venga mondata: la carne viene unta, perché l'anima sia consacrata; la carne viene segnata dalla croce, perché l'anima ne sia difesa"¹⁴.

¹⁰ Particolarmente interessante mi pare la posizione in proposito di P. Hadot, *Exercises spirituels et philosophie antique*, trad.it. *Esercizi spirituali e filosofia antica*, Einaudi, Torino 1988.

¹¹ Vedi in particolare il passo del Cratilo succitato (nota 2) e *Fedro*, 246 a-249 d.

¹² Porfirio, *Vita di Plotino*, I.

¹³ "Sono di Cristo coloro che hanno crocifisso la loro carne con i vizi e le concupiscenze", I, *Corinzi* 15, 20-26.

¹⁴ *La resurrezione della carne*, 8 -9.

E' vero però che nella mistica cristiana medievale, anche influenzata dallo gnosticismo, almeno fino a S. Francesco, prevale di gran lunga l'inimicizia profonda verso il corpo, parallela a quella per "questo mondo".

Solo in epoca rinascimentale, in concomitanza con la rinascita dell'interesse per il mondo sensibile e la riaffermazione della corrispondenza tra *macrocosmo* e *microcosmo*, ritorna quello per la medicina, che si occupa di restaurare nel corpo malato la condizione di equilibrio psicofisico in cui la coscienza è conciliata e soddisfatta di se stessa. In questo nuovo clima sarà riaffermato il valore del corpo come oggetto di studio, per esempio dalle ricerche anatomiche di Leonardo da Vinci. E poi, via via, dalla scienza, che trova la sua piena affermazione nello spirito dell'Illuminismo e nella Modernità dispiegata degli ultimi secoli¹⁵.

Ma Il problema del rapporto tra corpo e anima resta sempre un crinale problematico che attraversa anche il pensiero moderno. In reazione all'ottimismo razionalistico dello spirito dell'Illuminismo, a riproporre la differenza tra cura del corpo e quella dell'anima, possiamo trovare in tempi più recenti esempi di "esaltazione della malattia", intesa come condizione di squilibrio e di tensione che spinge l'anima verso una superiore ricerca. E allora proprio la malattia del corpo può fungere da stimolo dell'anima "troppo sana", troppo soddisfatta di sé e perciò impigrita.

Nietzsche ad esempio così si esprime:

Una salute in sé non esiste e tutti i tentativi di definirla sono falliti. Dipende dalla tua meta, dai tuoi impulsi, dai tuoi errori e, in particolare, dagli ideali, dai fantasmi e dagli errori della tua anima determinare che cosa debba significare la salute per la tua anima e anche per il corpo.

E conclude:

resterebbe in ultimo ancora aperto il grande problema, se sia possibile fare a meno della malattia, anche per lo sviluppo delle nostre virtù, e se specialmente la nostra sete di conoscenza e di autoconoscenza abbia bisogno dell'anima malata quanto ne ha di quella sana: insomma se l'esclusiva volontà di salute non sia pregiudizio, una viltà, e forse un residuo della più pura barbarie e arretratezza. ¹⁶

Allora si può dire che mentre la medicina restituisce al corpo le energie, la ricerca filosofica e spirituale le assorbe, le prende per sé anche a costo di svuotare di esse il corpo e di farlo ammalare.

Confondere il bene con il benessere è proprio della nostra epoca, nella quale la tensione filosofica sembra assopita. Di ciò pare approfittare un potere che, indebolito dalla

¹⁵ Vedi in proposito in particolare M. Foucault, *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*, trad.it. *Nascita della clinica*, Einaudi Torino, 1969.

¹⁶ *Die fröhliche Wissenschaft*, trad.it. *La gaia scienza*, Adelphi, Milano 1977 p. 126.

secolarizzazione, si appoggia alla medicina, cercando una nuova legittimazione come *biopotere*.

Come *biopotere*, esso assume un aspetto protettivo e rassicurante: *pastorale*. Si torna così a parlare dell'umanità come *gregge*, come in epoche prefilosofiche, quando il sovrano era immaginato come pastore:

Che il re, il dio, o il capo siano dei pastori nei riguardi degli uomini, considerati un gregge, è un tema molto ricorrente in tutto l'Oriente mediterraneo (...) Durante la cerimonia d'incoronazione il faraone riceve le insegne del pastore ed è chiamato effettivamente pastore d'uomini¹⁷.

Usare della medicina in un tempo come questo – ho detto – è necessario. Ma è bene non dimenticare che l'identificazione tra filosofia, politica e medicina non è priva di pericoli.

Forse proprio in tempi come questi, in cui la medicina e la cura dei corpi sembrano avere l'ultima parola, è necessario riproporre una definizione certo non attraente della filosofia: non conforto, non riequilibrio e guarigione, non ricerca del benessere ma ardua e incondizionata ricerca del vero.

LA CURA DELLA PROFESSIONE DI CURA

Adriana Bianchin¹⁸ - Filosofa e Analista Biografica i.f. – Venezia

Per poter parlare della cura della professione di cura dobbiamo aver presente, pur in modo sintetico, cosa s'intende per cura e cosa per professione, nonché per quel particolare tipo di professione che è la stessa professione di cura.

Farsi un'idea sommaria del prendersi cura, e di ciò che questo comporta, è per esempio possibile pensando alle azioni, ma ancor prima all'attenzione e alla responsabilità richieste da attività quali l'allevare un animale d'affezione e, quindi, ragione di più un figlio, nonché il coltivare altrettanto amorevolmente le piante sul balcone di casa. Infatti, non stupisce trovare che in latino “cura” significhi, tra l'altro, “allevamento e coltivazione”.¹⁹

¹⁷ M. Foucault, *Sécurité, Territoire, Population*, trad.it. *Sicurezza territorio popolazione* Feltrinelli, Milano 2017, p.99.

¹⁸ 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>). Fra le sue pubblicazioni, *Corpo e carattere. Il dramma del contatto a ripartire da Reich*, Milano-Udine, 2016: il saggio, facente parte della collana diretta da Luigi Vero Tarca “Esperienze Filosofiche//Filosofie della medicina e forme della cura”, è arricchito da una prefazione di Giuseppe Goisis.

¹⁹ L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, 2006, p. 6.

Già meno immediato è il cogliere il “valore ontogenetico”²⁰ delle pratiche di cura e la loro natura squisitamente relazionale, natura, o essenza, che vede la diade madre/prole quale paradigma archetipico di ogni relazione di cura. Ulteriori rapporti in tal senso paradigmatici sono, tra gli altri, quelli amicali, educativi e infermieristici.

Sebbene con gradi diversi di responsabilità, tutte queste relazioni hanno in comune la caratteristica di consentire lo sviluppo e la fioritura dell'essere di colui il quale è nella posizione di ricevere la cura altrui (simmetrica in un rapporto alla pari, come quello fra buoni amici o coniugi, asimmetrica nei rimanenti). Appare ovvio che nel caso della madre, o di chi ne fa le veci, specie per ciò che concerne la prole in tenera età, da un lato l'elargizione e dall'altro la fruizione di un'adequata cura rappresenta un'imprescindibile condizione esistensiva.²¹ Ciò vale pure per gli anziani non autosufficienti e gli allettati di qualsiasi età.

Se nella sua essenza la cura è relazione, nella sua sostanza essa si rivela sempre una pratica: ci si può certo pre-occupare per qualcuno (in inglese *to care for*), ma occuparsene davvero è tutt'altra cosa (*to take care of*), come ben sanno tutti i *caregiver* di genitori anziani o di figli disabili.

Sussiste un'altra accezione del termine “cura” che notoriamente si riferisce a un intervento medico e cioè alla “terapia” che si adotta quale rimedio a una certa patologia. Mentre in italiano la prima definizione è spesso sinonimo della seconda, l'inglese opera invece una distinzione tra le parole “*care*” e “*cure*”, cioè tra pratiche di cura generalmente intese e l'adozione di protocolli terapeutici. Ad ogni modo, si tratta pur sempre di prassi da mettere in atto, ossia di qualcosa che va fatto; pertanto ogni cura richiede tempo, il tempo della sua attuazione e, quasi sempre, interventi diretti e materiali.

Poco per volta, e col progredire della ricerca scientifica e della tecnologia che ad essa si ispira, fra le due accezioni della cura si è venuto a creare uno iato che ha avuto di certo il suo peso su quella che, sino a ieri, è stata percepita come la crisi della professione medica. Scriviamo “sino a ieri” poiché, nel mentre, la necessità di contenere e combattere la pandemia da Covid-19 ha nuovamente fatto sì che venissero rivalutate le figure professionali della sanità, medici e infermieri in primis, ora percepiti come i nuovi eroi del

²⁰ Ivi, p. 50.

²¹ “Condizione esistensiva” in quanto condizione della stessa possibilità dell'esistenza: in tal senso, la cura è la condizione trascendentale costitutiva di ogni esistenza pienamente umana. A questo proposito, son noti gli studi di René Spitz (1945-46) sui devastanti e mortali effetti che una grave deprivazione affettivo relazionale ha sugli infanti (ndr).

nostro tempo.

Sorge quindi spontanea la domanda circa la possibilità di un rinnovo, al venir meno dell'attuale emergenza sanitaria, della richiesta che la FNOMCeO²² ha avanzato alla stessa Filosofia appena un anno fa nell'ansiosa ricerca di un nuovo “paradigma epistemologico”²³ o, detto altrimenti, di un nuovo senso da dare all'operato del medico, messo in discussione dai suoi stessi pazienti nel confronto dei quali ha iniziato a pesare sempre più la “difficoltà a relazionarsi”.²⁴

Va detto che le ragioni dell'insoddisfazione dei camici bianchi sono state di primo acchito attribuite all'eccesso di burocratizzazione e a mancati riconoscimenti economici, ossia a due categorie di problemi cui le pratiche filosofiche riescono limitatamente a giovare, eppure è ad esse che si è appunto rivolta la stessa FNOMCeO. Perché?

Perché una filosofa come Luigina Mortari, che notoriamente si è occupata delle tematiche inerenti la cura, ha ritenuto il rapporto infermiere/paziente l'archetipo della relazione asimmetrica²⁵, quasi bypassando quella fra medico e paziente? La risposta ce la fornisce la stessa Mortari facendo riferimento all' “interpretazione positivistica della medicina”²⁶ da parte della maggioranza dei terapeuti, e nel far proprio un assunto di Patricia Benner e Judith Wrubel che considerano la professione dell'infermiere “una professione di cura, perché, pur richiedendo una competenza scientifica, ha necessità di altro oltre a ciò che la scienza può offrire”.²⁷ Che cos'è, dunque, quest' “altro” che sembra travalicare le pur imprescindibili competenze tecnico-scientifiche?

Il dibattito fra i sanitari è piuttosto acceso, e basta dare un'occhiata agli Stati Generali della FNOMCeO per poter rendersene conto, ma per quanto andiamo trattando ora è sufficiente focalizzarsi sulle parole del Presidente della Fondazione Ars Medica Ornella Mancin, la quale denuncia come ancor oggi la formazione di un medico risulti mancante di un “insegnamento che lo metta in grado (...) di avere una relazione di cura con il malato, o di comprendere oltreché i problemi del significato scientifico, quelli del senso”²⁸, un senso particolare sotteso a ogni patologia, poiché soltanto l'attenzione rivolta alla singolarità

²² Federazione Nazionale dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (ndr).

²³ http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=71795

²⁴ http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=74579

²⁵ L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 82.

²⁶ Ivi, p. 143.

²⁷ Ivi, p. 81.

²⁸ <https://portale.fnomceo.it/mancin-il-cambio-di-paradigma-medico-va-nella-direzione-indicata-da-papa-francesco/> (corsivo nostro).

dell'infermo può fare in modo che sia la totalità della sua persona a essere presa in cura, considerando infine la sua patologia quale espressione del suo disagio esistenziale.

In altre parole, se una relazione di cura risulta mancante proprio dell'essenziale, ossia di accoglienza, empatia, responsività nei confronti dell'assistito, quest'ultimo, più che sentirsi preso in cura, finisce col viverci quale mero rappresentante della sua patologia, ed è la cura stessa a soffrirne perdendo le sue peculiarità, al punto da non potersi più ritenere tale e finendo col configurarsi soltanto come una fredda consulenza tecnico-scientifica.

Si tratta di questioni piuttosto scivolose, che paiono rivelare le estreme conseguenze di abitudini e convincimenti posti all'origine stessa della nostra cultura. A “causa della natura servile delle occupazioni della cura che soddisfa i bisogni primari (...) gli antichi ritenevano che gli uomini liberi dovessero disporre degli schiavi per sgravarsi dei compiti relativi al garantire la conservazione della vita (...) come allevare i bambini, alleviare le sofferenze dei malati, accudire gli anziani”.²⁹ Dovrebbe esser facile ammettere come si tratti di compiti in seguito affidati soprattutto alle donne, sino a divenire tradizionali e perciò scontati per gran parte del mondo femminile. Ma non siamo di fronte a un mero passaggio di testimone, poiché la svalorizzazione della cura, quindi di tutte quelle pratiche che la sostanziano, è di natura innegabilmente culturale:

... il pensiero occidentale ha investito di valore tutte quelle attività che sembrano situare l'esistenza in una sfera estranea alla fragilità della condizione umana: la contemplazione di idee che sempre sono, la produzione di opere che si sottraggono all'usura del tempo, la ricerca di gloria nello spazio dell'agire pubblico. Tutte queste azioni sono indubitabilmente necessarie alla costruzione di un mondo umano, ma di esse occorre sapere il valore secondo: si dovrebbe avere la consapevolezza che ci si può occupare di filosofia, produrre arte, fare politica solo se qualcuno ha avuto cura di noi consentendo il fiorire delle nostre capacità. In questo senso la pratica di cura è un bene primario e fondativo di ogni altro, con la conseguenza che occuparsi di cura fa stare là dove ne va del senso dell'esserci. Nel momento in cui la cultura occidentale ha svalutato le pratiche di cura decidendo che l'eccellenza dell'esistenza si gioca altrove, non ha fatto altro che capovolgere l'ordine delle cose costruendo una finzione che legittimasse e autorizzasse coloro che non sono disposti ad assumersi l'onere e la fatica della cura.³⁰

Che vi sia stata, contemporaneamente o in seguito, una “tendenza a naturalizzare la cura, cioè a legarla biologicamente alla donna”,³¹ poco aggiunge alla visione ancillare delle

²⁹ L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 41.

³⁰ Ivi, pp. 102-103.

³¹ Ivi, p. 21.

pratiche di cura, visione sicuramente influenzata dal fatto che i bisogni degli assistiti concernono spesso la loro nuda corporeità, ossia la testimonianza viva e tangibile non soltanto della vulnerabilità della condizione umana, ma pure di quell'imbarazzante appartenenza al regno animale da cui l'*Homo sapiens* ha cercato di prendere le distanze dicotomizzando e gerarchizzando fra essi gli aspetti con più evidenza materiali, appunto corporei, e quelli immateriali, cioè psichici e spirituali del suo essere.³²

Ammettiamolo: bisogna aver imparato ad apprezzare e amare la *corporeitas* in ogni sua forma ed espressione per sentirsi comunque a proprio agio fra secrezioni e deiezioni, e se la strumentazione tecnica sempre più sofisticata consente spesso di mettere una certa distanza fra esse e il terapeuta, resta il fatto che in ogni cura che si rispetti si dev'essere pronti ad accoglierle e decifrarle, cioè a leggere il significato e il senso di cui sono portatrici con amorevole attenzione, oltre che con indubbia competenza.³³ Cosa che, del resto, cerca di fare pure un buon caregiver.

Ora, parafrasando una nota affermazione di Max Weber sulla politica come professione, molti di noi “siamo (...) o *siamo stati caregiver* 'occasionalì’ ”³⁴, ossia non professionisti: secondo l'ultima indagine Istat, risalente al 2015, si parla di oltre 8,5 milioni di italiani.³⁵ Il termine inglese “caregiver”, oramai di uso comune, viene tradotto in senso figurato con “infermiere” e, inoltre, con “accompagnatore”, “assistente” e “badante”. In realtà si parla di una tipologia di volontariato che spesso unisce in sé tutte e quattro le figure professionali qui elencate, le quali corrispondono ad altrettanti differenti professionisti. Ma cos'è, dunque, una professione?

Di là dall'aura “romantica” e variamente prestigiosa, quindi più o meno attraente che il concetto è andato assumendo soprattutto nel caso la professione sia “libera”, essa è un lavoro con cui magari ci si mantiene e tramite cui si incarna un ruolo nella compagine sociale. La sistematizzazione operata da Ernest Greenwood (1957) ci aiuta a individuare cinque elementi che caratterizzano un professionista; essi consistono: 1. nel possesso di un corpus organizzato di teorie, 2. nell'autorità in materia che gli/le viene riconosciuta, 3. nel sanzionamento che ne deriva da parte della comunità d'appartenenza e, infine, 4. nel riferimento a dei codici etici e 5. alla specifica cultura che contraddistingue la propria

³² Su questo tema ci permettiamo di rinviare ad: A. Bianchin, *Corpo e carattere. Il dramma del contatto a ripartire da Reich*, cit., in particolare il cap.V “Ritornare al corpo: dalla ferita ontologica alla verticalizzazione dell'esperienza”, pp. 197-214.

³³ Anche le lacrime, spesso copiosamente versate nello studio di uno psicoanalista, o di un analista biografico a orientamento filosofico, sono secrezioni da accogliere e “decifrare”.

³⁴ M. Weber, *Il lavoro intellettuale come professione* (1919), Mondadori, Milano, 2018, p. 61 (il corsivo è nostro).

³⁵ https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=58181

professione dalle altre.

In breve, il primo punto rappresenta la solida base teorica sul cui terreno andrà ad attecchire e accrescersi l'indispensabile sapere esperienziale, ovverosia il fondamento di conoscenze, inizialmente fornite da Università e Scuole Superiori, cui tornare, da cui ripartire, e magari persino "dimenticare", ma mai archiviare del tutto in modo definitivo. Il secondo requisito, l'*auctoritas*, si nutre in parte della tradizione del ruolo storicizzato ricoperto dal professionista stesso, ruolo accettato dalla comunità d'appartenenza spesso soltanto sulla base di tale tradizione ma, ovviamente, anche su quella della reputazione maturata dalla persona del professionista. Con l'acquisizione di una tale autorità, la società, ecco il terzo aspetto, riconosce e approva lo status del professionista medesimo, assoggettandosi al potere riconosciutogli e conferendogli particolari privilegi e libertà d'azione, tanto più quanto è maggiore la fiducia nutrita nei suoi confronti. Riguardo ai codici etici, poi, è chiaro il riferimento a una propria deontologia professionale a salvaguardia degli interessi suoi del cliente, suoi dell'integrità morale del professionista stesso. Infine, circa la specificità della cultura professionale, essa è contraddistinta dall'uso di particolari terminologie ed eventuali capi d'abbigliamento tipici.

A questo proposito è interessante notare una sorta di religiosità nell'esercizio di ogni particolare professione, con propri riti e, in un certo senso, persino capacità assolutorie: dalla sentenza giurisdizionale a quella del medico, sino a quella del fiscalista. C'è nel termine "professione" qualcosa di più di una semplice assonanza col professare un credo, ovverosia dichiararlo apertamente. Abbracciare una religione, oppure una professione, in entrambi i casi significa aver fede in qualcosa di più grande e alto cui diamo credito e a cui prestiamo servizio. Detto altrimenti, si dovrebbe poter servire una professione così come si serve una religione. Chi si serve dell'una o dell'altra, ad esempio per consapevoli o inconsapevoli scopi di potere, è tutt'altro che un professionista o un religioso.

Va detto che pure tutte le altre occupazioni in genere possiedono comunque i requisiti citati, anche se in misura minore. Tuttavia, soprattutto nel caso del libero professionista, tali requisiti risultano determinanti per il successo nel suo campo e dunque, in ultima analisi, per la sua capacità di guadagno. Circa l'autorità, e quindi il potere attribuito a chi svolge una certa professione, essa appare direttamente proporzionale al grado d'ignoranza, quindi d'impotenza di quanti si vedono costretti a rivolgersi a un esperto per la soluzione dei loro problemi. Con l'avvento di Internet, invece, è sotto gli occhi di tutti il verificarsi del caso di quei pazienti che si recano dal loro medico di base con la diagnosi già fatta a seguito di una

ricerca effettuata in rete, nonché la lista dei farmaci da farsi prescrivere.

Da questo sfregio si salvano ancora gli specialisti proprio in nome di un loro maggiore sapere, nel senso di più approfondito pur se circoscritto, quindi di un loro maggior potere, un sapere/potere che fa guadagnare loro il rispetto del cliente. Infine, son fatti salvi gli infermieri delle cui cure difficilmente un paziente può fare a meno, a meno che pure loro finiscano per delegare il loro ruolo a qualche bravo e volenteroso operatore socio-sanitario in una scala di divisione di competenze che vede soltanto l'ultimo, cioè la figura di sanitario posizionato sul primo gradino, quale deputato alla relazione più intima con l'infermo, quindi il solo che se ne stia prendendo cura nel senso proprio del termine.

Anche allo studio di uno psicoanalista, o di un analista biografico a orientamento filosofico, può presentarsi un aspirante analizzando con un'idea preconcepita di cura, complici magari i suoi interessi culturali che, uniti al bisogno di far luce su lati oscuri e dolorosi della propria esistenza, lo hanno spinto alla lettura di opere studiate da quei professionisti. A differenza del nostro medico di base, però, essi sono maggiormente preparati ad affrontare le problematiche tradite da quei tentativi di scavalcare la buona autorità che ogni professionista dovrebbe rappresentare per il suo cliente, e che consente a quest'ultimo di concedergli la sua fiducia.

C'è un sesto requisito di cui un autentico professionista dovrebbe esser sempre dotato, e che lo qualifica agli occhi della sua clientela qualunque sia l'occupazione svolta e di qualsivoglia clientela si tratti. Esso riguarda l'aspetto vocazionale della sua professione, quindi ancora un elemento che ha a che fare con il senso di religiosità del suo operato, un aspetto che ne sostiene le fatiche, fornisce un senso profondo al suo agire, e ne alimenta lo spirito di servizio col calore della passione.³⁶

Il settimo requisito, infine, fa capo a quella “moderna divisione del lavoro destinata ad affermarsi in tutti i campi”;³⁷ una ripartizione che a sua volta è all'origine, e nel contempo frutto, del grado di specializzazione (ecco il requisito) richiesta da una sempre crescente complessità del sapere e, nel contempo, dalle limitate capacità di ogni essere umano di acquisire, organizzare e gestire un particolare campo di conoscenze che vanno poi sempre aggiornate per poter dare un'adeguata risposta alle mutevoli esigenze dei richiedenti. Se ne

³⁶ Ci permettiamo di rimandare ad: A. Bianchin, “La passione per la cura: vedere e ascoltare” in AA.VV., *Atti e contributi 4° convegno Slow Nursing*, Zelarino (VE), 2018, pp. 60-66. Reperibile all'indirizzo web: https://www.academia.edu/37452471/LA_PASSIONE_PER_LA_CURA_VEDERE_E_ASCOLTARE

³⁷ M. Weber, *Il lavoro intellettuale come professione*, cit.; Introduzione di M. Cacciari, p. XXV.

deduce così che il/la professionista della cura è un professionista che si è specializzato in una delle diverse pratiche dell'aver cura, si tratti di circoscritti protocolli terapeutici, oppure di tutte quelle pratiche di cura variamente declinate a sostegno dei bisogni di sviluppo personale dell'assistito.

Con le parole di Hannah Arendt, secondo Luigina Mortari “parlare di cura come lavoro è importante per sottrarla a quelle mistificazioni che la nominano nei termini di un'attività piacevole, trascurando che l'aver cura di altri (...) chiede che si spendano tempo ed energie”³⁸ nonché, aggiungiamo noi, particolari competenze tecnico-scientifiche ma anche, questo il punto, squisitamente relazionali, dal momento che:

La capacità di avere cura di altri richiede un faticoso lavoro di elaborazione dei propri vissuti emotivi, fin nelle pieghe più oscure di essi, per imparare non solo a tollerare il carico emotivo del lavoro di cura, ma anche a utilizzare i propri sentimenti per meglio comprendere l'esperienza e trovare direzioni di senso del proprio agire.³⁹

In altre parole, ciò significa aver imparato a essere padroni di sé attraverso una profonda cura di sé. Ma cosa significa aver cura di sé, specie per un professionista della cura?

Se già presso gli antichi l'aver cura di sé risulta essere “un principio valido per tutti, continuamente e per l'arco intero della vita”,⁴⁰ per un moderno professionista della cura esso si presenta come un imperativo di natura deontologica, ossia propriamente etica, dal momento che “non si può aver cura degli altri se *primariamente* non si ha cura di sé”,⁴¹ non soltanto perché chi è datore di cura “ha bisogno a sua volta di sostegno”,⁴² ma proprio per la ragione che l'apprendimento della cura di sé dev'essere di necessità patrimonio della stessa formazione di un professionista della cura.

“Formarsi e curarsi sono attività collegate”, afferma Michel Foucault, non soltanto per gli stoici Epitteto e Seneca:⁴³

... in analogia con il percorso di formazione previsto per la figura dell'analista (...) che concepisce la padronanza delle varie capacità analitiche come frutto di una lunga e accurata

³⁸ L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 42.

³⁹ Ivi, p. 70.

⁴⁰ M. Foucault, *La cura di sé. Storia della sessualità* 3 (1984), Feltrinelli, Milano, 2009, p. 51.

⁴¹ L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 118 (corsivo nostro).

⁴² Ivi, p. 70.

⁴³ M. Foucault, *La cura di sé. Storia della sessualità* 3, cit., p. 59.

analisi personale (...) è essenziale sviluppare la capacità di auto-osservazione critica, che deve avere quello sviluppo temporale necessario per descrivere analiticamente l'evolversi dei modi propri di stare nella relazione.⁴⁴

Si tratta dunque di una competenza tecnica, o per meglio dire pratica, anche se fondata su solide basi teoriche, il cui uso un analista ha appreso in anni di formazione. Appare chiaro che un tale livello formativo può essere raggiunto anche dalle altre tipologie professionali soltanto all'assurdo prezzo della procrastinazione di una carriera che spesso ha già richiesto un impegnativo percorso di studi dedicati. Non v'è dunque alcuna soluzione possibile oltre la realtà di un'esasperata specializzazione, che a volte finisce per sfociare in una sorta di incomunicabilità fra esperti, e che comunque interessa i non addetti ai lavori quasi soltanto per la sua effettiva fruibilità?

Premettendo che vi sarebbe ancora moltissimo da dire sulla cura di sé, un discorso qui soltanto accennato, magari a partire dall'attualità di quegli antichi esercizi spirituali riscoperti da Pierre Hadot, e citati dallo stesso Foucault,⁴⁵ in conclusione ci preme l'aver individuato due promettenti filoni tematici: il primo riguarda l'esigenza di sensibilizzare ogni professionista della cura alla necessità di "lavorare su di sé per contenere il rischio di essere divorati dal sentire negativo";⁴⁶ il secondo, invece, è un invito a considerare ogni attività professionale di cura, per quanto possibile, nella prospettiva di un lavoro d'équipe, al limite anche virtuale, in cui far dialogare le diverse competenze fra le quali, ad esempio, l'indispensabile presenza di un profilo professionale come quello del filosofo in ambito sanitario, o di altre analoghe figure professionali che fungano da mediatori emozionali e relazionali tra le biografie sia dei diversi componenti l'équipe, sia dei famigliari, sia del bisognoso di cure.

Citazioni bibliografiche e altre letture consigliate

Anon.:

- "I caregiver sono circa 8,5 milioni, 7,3 milioni lo fanno per i propri familiari. E chi aiuta di più sono spesso proprio gli anziani", *Quotidiano Sanità*, 22/01/2018

https://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=58181

- "Medici. Sondaggio Fnomceo: professione in crisi per 9 su 10. Colpa di definanziamento e burocrazia. I più giovani emigrano", 01/06/2019 (in allegato: Centro Studio Sintesi, C.G.I.A. Mestre, a cura di, "Indagine sulle esigenze e aspettative dei medici e degli odontoiatri della Provincia di Venezia", *Quotidiano Sanità*, 01/06/2019)

http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=74579

⁴⁴ L. Mortari, *La pratica dell'aver cura*, cit., p. 148.

⁴⁵ P. Hadot, *Esercizi spirituali e filosofia antica* (2002), Einaudi, Torino, 2005, il cui contenuto è citato in: M. Foucault, *La cura di sé. Storia della sessualità* 3, cit., p. 47, nota n. 3.

⁴⁶ L. Mortari, *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015, p. 63.

Bianchin, A.:

- *Corpo e carattere. Il dramma del contatto a ripartire da Reich*, MIMESIS, Milano-Udine, 2016
 - "La passione per la cura: vedere e ascoltare" in AA.VV., *Atti e contributi 4° convegno Slow Nursing*, Zelarino (VE), 03/03/ 2018
- https://www.academia.edu/37452471/LA_PASSIONE_PER_LA_CURA_VEDERE_E_ASCOLTARE

Candiotto, L., Tarca, L. V. (a cura di), *Comunicare in medicina. L'arte della relazione*, MIMESIS, Milano-Udine, 2014

Fnomceo, Redazione Portale, Stati Generali, "Mancin: il cambio di paradigma medico va nella direzione indicata da Papa Francesco", *Portale FNOMCeO*, 26/09/2019

<https://portale.fnomceo.it/mancin-il-cambio-di-paradigma-medico-va-nella-direzioneindicata-da-papa-francesco/>

Foucault, M., *La cura di sé. Storia della sessualità 3* (1984), Feltrinelli, Milano, 2009

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

Hadot, P.:

- *Che cos'è la filosofia antica* (1995), Einaudi, Torino, 2010
- *Esercizi spirituali e filosofia antica* (2002), Einaudi, Torino, 2005

Màdera, R., *Una filosofia per l'anima. All'incrocio di psicologia analitica e pratiche filosofiche*, IPOC, Milano, 2013

Mortari, L.:

- *La pratica dell'aver cura*, Mondadori, Milano, 2006
- *Filosofia della cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015
- *Aver cura di sé*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2019

Tarca Luigi Vero. "Il concetto di "positivo" e "negativo" in medicina", *Quotidiano Sanità*, 11/03/2019

http://www.quotidianosanita.it/lavoro-e-professioni/articolo.php?articolo_id=71795

Weber, M., *Il lavoro intellettuale come professione* (1919), Mondadori, Milano, 2018

Mi ricordo

Piccole note, tracce, appunti della memoria

Ho conosciuto e conosco
tuttora persone che dicono
di "credere", ma il loro volo
è basso e pesante ed è come
se vivessero sempre al
piano terra dell'edificio
del Mondo.

Al contrario conosco persone
che si dichiarano atee, ma
i loro pensieri indagano
in lungo e in largo, con
libertà e leggerezza i fatti
della vita e il loro soffitto
è il cielo.

Renata

Renata Bonotto - curatrice di memorie - Venezia

DALLE ALPI ALL'ETNA - DIARIO DI VIAGGIO

Giuliano Bon – Infermiere – Gorizia

Pubblicato su IT-Uro News – Notiziario Infermieri Italiani di Urologia - 2002

Erano ormai le 16.00 di un venerdì di maggio 2001, restavano da esaminare ancora un paio di partecipanti, poi finalmente tutti a casa. Luciano era impegnato a cercare di rianimare (con un massaggio cardiaco decisamente vigoroso) il manichino normalmente usato per la BLS; fu qui che ebbe la "Folgorazione", avete presente la scena dei Blues Brothers nella quale Elwood vede la Luce, praticamente la stessa situazione. Sì, avete indovinato! Era nata la BLS del catetere! L'idea era ancora in fase embrionale, ma il nostro, stava iniziando ad elaborare nella sua testolina, griglie, pannelli esplicativi, slides di tutti i tipi e chi più ne ha più ne metta. Verso la fine dell'estate inizia a definirsi, in maniera abbastanza chiara, lo scheletro portante di questa creatura. Sicuramente una parte molto importante di tutto il progetto è la capacità imprenditoriale del responsabile di un'azienda di presidi medici, Luca, che riesce ad intravedere nelle bozze progettuali le potenzialità della "creatura", sia dal punto di vista didattico che di visibilità per la ditta stessa. Luciano, persona molto corretta, offre la possibilità di entrare nella progettazione del corso al suo caposala ed amico Domenico, che, per mia fortuna, rifiuta adducendo impegni di lavoro sempre maggiori. A questo punto entro in scena io (Giuliano). Ebbene sì sono una seconda scelta!!!! Ma, il nostro "matrimonio" (come lo definisce mia moglie) ha radici profonde, nasce alcuni anni fa con le prime collaborazioni per l'elaborazione di linee guida e protocolli tra le nostre due urologie. Continua tuttora, nell'ambito dell'It-Uro, associazione di infermieri di urologia, della quale facciamo parte, come componenti del Comitato tecnico scientifico. Iniziano gli incontri di preparazione al corso, in una sede facilmente raggiungibile da tutti; Luciano abita a Oriago (Venezia), Luca in provincia di Milano ed io a Gorizia, si decide per Mestre come luogo d'incontro per la sua collocazione geografica. Ci accordiamo per incontrarci in tangenziale, il posto più tranquillo, dove vengono stese le prime bozze, ne faremo un po' di questi incontri, ma alla fine ci diamo una scadenza, gennaio 2002, terremo una prova zero (la prima del futuro corso). Il corso s'intitola "Corso di cateterismo vescicale maschile teorico pratico" rivolto a tutti gli operatori con poca dimestichezza sull'argomento. Chiediamo a Mario, responsabile della sede del Diploma Universitario di Infermiere di Trieste (con sede a Monfalcone), la possibilità di testare il corso con i ragazzi del 2° anno. Permesso accordato: si parte! La prova zero si dimostra faticosa, ma sicuramente ci dà un'idea di quelle che saranno le difficoltà che incontreremo lungo la strada. In accordo con Luca vengono decise le date dei primi incontri: Torino e Milano. E' qui che riceviamo il nostro battesimo del fuoco,

dove i nostri colleghi, che dimostrano senz'altro di apprezzare il corso, ci bersagliano di domande, alcune semplici ed altre complesse. Troviamo colleghi ed amici molto competenti, ricordo in modo particolare di questi due corsi, Nives, un figurino esile che ha praticamente tormentato Luciano sulle problematiche delle infezioni (vuoi vedere che lavora per l'Anipio! Magari direttrice responsabile della rivista "Orientamenti"). Attraverso l'elaborazione delle domande che più di frequente ci vengono poste durante i corsi, vengono create le cosiddette "pillole", frutto della ricerca, dell'esperienza e della pratica quotidiana. Il corso prosegue con Napoli, poi Roma, dove abbiamo la fortuna di essere ospitati nella "mitica sede Ipasvi" da un personaggio che gli internauti conoscono molto bene, Fabrizio "Il Magnifico". La preparazione dei ragazzi di Roma è notevole, le performance ottenute sono molto alte. Ed è da Roma che voglio presentarvi ufficialmente il nostro quarto compagno di viaggio, cioè "il morto". Sì, il morto è il nomignolo che abbiamo dato al nostro simulatore per l'effettuazione della prova pratica. Non voglio spiegarvi come è fatto, per la rianimazione cardiopolmonare si usa un manichino, per il cateterismo, invece..... Alla partenza dalla stazione Termini, veniamo sottoposti ad un controllo di Polizia ed è a questo punto che il morto dà segno di sé, il metal detector impazzisce letteralmente al passaggio della sua cassa nera, ci viene quindi chiesto di aprire il contenitore ed il resto ve lo lascio immaginare..... L'anno Cateteris prosegue con Padova, sede storica per l'Urologia, ed a settembre ci trova a Folgaria in Trentino, invitati dal GRG (Gruppo ricerca geriatrica) di Brescia a tenere una lezione sul cateterismo ed un simposio parallelo sempre sullo stesso argomento. L'effetto di Folgaria è impressionante 700 partecipanti, attenti e competenti, ci danno ancora una volta la conferma della bontà dell'idea. Nuove tappe del corso sono Modica e Vittoria (provincia di Ragusa), in Sicilia, come ci siamo arrivati"? Mah.... Potenza di Internet, la nipote di Concetta ha chiamato Maruzza, che ha avvisato Pinuccia, che ha telefonato a Giuseppa, che ha visto Salvatore.... Salvatore detto Turi ha fortissimamente voluto la nostra presenza nella bellissima terra di Sicilia "prendendo il corso" a scatola chiusa. Crediamo sia rimasto soddisfatto dei risultati ottenuti, e sicuramente anche noi che abbiamo incontrato una persona al di fuori del comune, ed un amico con la A maiuscola. Infine Bologna. A Bologna abbiamo "formato" 75 persone, in tre distinte giornate, grazie anche alla collaborazione di Paolo, il responsabile dell'Ebn (Evidence based nursing) dell'Azienda. Quello che più ci ha colpito è il fatto che il nostro corso sia stato richiesto da più di 600 persone, certo ora i corsi sono accreditati e questo invoglia sicuramente tutti i colleghi a partecipare, ma anche la certezza di avere ormai un prodotto collaudato, cresciuto strada facendo con l'aiuto di tutti Voi è per noi motivo di orgoglio. Nel 2002 le persone da noi formate sono state 304 e complessivamente abbiamo avuto modo di portare la nostra esperienza ad oltre 1000 colleghi. Siamo già in fase di preparazione per i corsi per il 2003,

certo, molte cose verranno cambiate, soprattutto a livello del questionario da sottoporre ai discenti, inoltre, le ore del corso saranno portate a sei per consentire di partecipare con più tranquillità alla prova pratica. Speriamo di avere anche una conferma di validità del corso con una nuova assegnazione di crediti Ecm adeguata per l'evento. Ci aspettano Milano, Parma, Modena, Bari, Genova, Gorizia (sì sono riuscito a portare il corso nella mia Azienda, con molta rabbia di Luciano). Dimenticavo che oltre all'impegno durante l'anno per la prosecuzione dei corsi, continuiamo a lavorare tutte e due; forse il più fortunato sono io con un orario mattutino, a differenza di Luciano che ancora turna e quindi gestisce con più difficoltà il tutto. Ma è ai nostri colleghi che vogliamo rivolgere il nostro grazie. Grazie per aver partecipato con entusiasmo al corso, grazie per averci gratificato con le vostre conferme di gradimento del corso, grazie per averci seguito per strada ed averci fatto crescere continuamente con i vostri dubbi e con le vostre certezze.

PS. Luciano è riuscito a superare la prova BLS e pensate che la sua U.O. è stata accorpata alla Cardiochirurgia. Beh, forse è meglio che continui a dedicarsi al cateterismo!!!

LE CONSEGUENZE DELLA FORMAZIONE

Luciano Urbani – Post Infermiere – Venezia

Mi ricordo le parole di uno studente di Infermieristica al corso di cateterismo del 2009:

Cari Luciano e Giuliano,

mi chiamo Pietro, studente di scienze infermieristiche al terzo anno, proprio oggi ho partecipato al vostro corso...e non posso far altro che ringraziarvi!! Durante la mia scarsa, anzi, scarsissima esperienza da studente infermiere, beh...nessuno come voi. l'amore che avete per la vostra e la mia futura professione è ammirevole, e non voglio sembrare esagerato, ma... oggi pomeriggio sono uscito quasi commosso. Il vostro breve corso mi ha coinvolto molto, mi ha aperto gli occhi, avete alimentato la mia curiosità, per la prima volta ho sentito il bisogno di dovermi informare davvero...per poter lavorare con coscienza, con responsabilità e con competenza; sapendo davvero cosa, come e perché lo sto facendo! Purtroppo è proprio vero, la teoria è molto diversa dalla pratica, ed è altrettanto vero che questa pratica alle volte è proprio come la teoria e quindi perché non adoperarsi per migliorare ciò che in questi tre anni ho appreso?

Spero che questo mi aiuti nel futuro a superare ostacoli e difficoltà...e se mai mi sentirò stressato, cercherò di ricordarmi che c'è di peggiocome ad esempio testare personalmente la qualità dei termometri rettali.

Spero di rincontrarvi, un abbraccio. Pietro

AD ALTA VOCE.

Luisa Magnone - Infermiera presso Sert, sede di Finale Ligure, Asl2 Savonese

Pubblicazione su LinkedIn: 21 dicembre 2018

Mi chiamo Luisa, sono infermiera da 27 anni, madre di tre figli di 14, 12 e 9 anni, dopo aver lavorato in ospedale, da quasi 20 anni lavoro in un servizio per le tossicodipendenze. Una notte per caso nel 2011, ho visto una replica dello spettacolo "Ausmerzen", di Marco Paolini, e ne sono rimasta molto turbata. Lo spettacolo descrive quanto avvenuto in Germania contro gli stessi tedeschi: «Tra il '39 e il '41 nella Germania Nazista, prima di altri, vennero uccisi decine di migliaia di tedeschi: erano bambini e persone adulte disabili o malati di mente, vite "indegne di essere vissute". Aktion T4 (dall'indirizzo della sede operativa della struttura a Berlino, Tiergartenstrasse 4), il nome più noto per una vicenda poco conosciuta e letteralmente insabbiata per decenni dopo la guerra, è la realizzazione, drammaticamente efficiente, di un progetto di eliminazione del "diverso" e dell'"inutile". Progetto segreto e ideato da pochi, ma nei fatti realizzato sotto gli occhi di tutti, con una regia attenta a cogliere il consenso della classe medica e della popolazione, indotta a credere che fosse la cosa giusta.» Dal sito ufficiale di Marco Paolini www.jolefilm.com

In quel periodo la mia vita era faticosa e un po' complicata, e ho attribuito il forte impatto emotivo alla mia fragilità di quelle notti insonni, ma negli anni mi sono trovata a ripensare alle parole e alle suggestioni di quella notte. In realtà mi sono sempre chiesta, da quando lavoro, come fosse stato possibile durante il periodo nazista, ma anche nelle dittature argentina e cilena, o comunista, corrompere tante coscienze insieme per arrivare a tali crimini. Lo spettacolo "Ausmerzen" coglie, secondo me, il cuore del problema descrivendo la lenta opera di addormentamento e addomesticamento delle coscienze, che ha portato tanti medici e infermieri ad accettare e sostenere progetti così contrari all'etica professionale e alla natura umana e che ha condotto tanti genitori a consegnare i propri figli perché "imperfetti". Pensavo di essere in ogni caso al sicuro come persona e come infermiera da tale pericolo, e invece mi sbagliavo.

In questi anni ho imparato molto lavorando con persone da molti considerati gli ultimi fra gli ultimi, degni di essere "curati"; ho imparato a non giudicare: premessa indispensabile ad una relazione terapeutica efficace; ho imparato ad attendere il tempo dell'altro, nel tentativo di dar vita ad uno spazio protetto, dove un percorso di consapevolezza potesse iniziare; ho imparato a rispettare le idee di chi avevo di fronte, anche se non le condividevo; ho imparato ad aspettare che la persona davanti a me trovasse le parole per formulare i propri bisogni di salute in modo più chiaro...e ho imparato a sostenere percorsi che sembravano senza speranza o senso, ma che, quando originavano dalla parte più profonda della persona, si

rivelavano talvolta sorprendentemente efficaci, e quando fallivano, rendevano più facile la proposta di strade alternative.

Ora mi sono trovata a vivere come in un incubo un po' astratto che via via mostra la sua pericolosità: la legge 119/2017 in merito all'obbligo vaccinale mi ha costretta a prendere coscienza di una situazione complicata, a studiare, a confrontarmi con altre persone, e soprattutto ad ascoltare storie, tante storie, tutte terribilmente uguali nella loro disperata ferocia, quelle dei familiari dei danneggiati da vaccino.

Come madre, insieme a mio marito, abbiamo portato avanti una scelta prudentiale di astensione dai vaccini, fondata su motivazioni familiari. Io stessa ho sperimentato reazioni da vaccino mediamente gravi e oggettive. Inoltre i miei figli sono portatori di un assetto genetico compatibile con la celiachia, al momento mai manifestata.

Come infermiera ho ritenuto di ricominciare da capo, ad approfondire la questione.

Alcuni dati sono emersi però subito alla mia indagine, primo fra tutti la difficoltà estrema a ottenere un confronto su temi inerenti la medicina di stato. Devo necessariamente usare parole forti, quali censura, intimidazione, sino alla minaccia, per finire con la denigrazione sistematica di chiunque si permetta di sollevare dubbi o anche semplicemente di porre domande. Ciò è quanto il personale medico non allineato sta vivendo sulla propria pelle. Mi riferisco in particolare al Piano Nazionale di prevenzione vaccinale (PNPV) 2017/2019, che a pag. 49 riporta come necessarie: «le azioni di deterrenza e disciplina etica e professionale nei confronti dei medici e degli operatori infedeli che non raccomandano o sconsigliano la vaccinazione».

Come infermiera rivendico la necessità di riaprire un dibattito scientifico ed etico aperto e libero. Pretendo di sapere a chi o a cosa devo essere fedele e perché sulle vaccinazioni non sia possibile valutare un percorso di OBIEZIONE da parte di medici e infermieri, come per altre situazioni delicate. Mi ha colpito soprattutto la superficialità di questa responsabilità difforme, portata avanti da anni, per la quale una madre ha il dovere di controllare le etichette di cibi, la manifattura dei vestiti, i marchi di qualità dei giochi, al fine di verificarne l'adeguatezza, ma NON DEVE fare domande sui vaccini, sui loro componenti, sugli effetti avversi, sulla loro qualità. Da una parte è stata espressa la necessità, come responsabilità genitoriale, di sorvegliare e limitare il tempo dei bambini di fronte ai vari schermi digitali, a causa del rischio gravissimo di insorgenza di crisi comiziali, dall'altra la Guida alle controindicazioni alle vaccinazioni (ISSN 1123-3117 Rapporti ISTISAN 09/13,ISS) a pag. 9 e seguenti afferma che qualora bambino avesse avuto, per esempio, una crisi epilettica in seguito ad una vaccinazione, può, e dall'attuazione dell'attuale legge DEVE, continuare con le vaccinazioni, al massimo in ambiente protetto, dove cioè ci sia una RIANIMAZIONE. Prescrizione questa che

manifesta la consapevolezza del rischio e l'intenzione di ignorarlo.

Io non capisco. Voglio capire. Voglio poterne parlare.

Tutto il resto: il ricatto dell'esclusione dei bambini dalle scuole dell'infanzia, le multe, i tribunali, l'obbligo per alcune categorie professionali, ecc., sono solo una logica conseguenza di questo principio che si sta avvalorando, secondo il quale lo Stato può decidere un intervento sanitario invasivo contro il singolo.

Il fatto che questo non riguardi al momento coloro per i quali il pagamento della multa non comporta un reale danno economico, che potranno aggirare ed ignorare la cosa, pagando se lo ritengono opportuno, organizzandosi altrimenti per i bambini, è solo un segno di questi tempi e forse solo un'illusione destinata a fallire, prima di estendersi a tutti.

La manipolazione mediatica per cui si presentano due sole categorie contrapposte:

PROVAX E NOVAX, è superficiale, falsa e strumentale, tesa ad innalzare lo scontro sociale.

Io sono contraria come cittadina all'obbligo, perché se c'è un rischio deve esserci una scelta.

Quindi un GRAZIE a Marco Paolini, per l'inquietudine di quella notte, che mai mi ha abbandonato e mi ha permesso ora di riconoscere i segni di questo strisciante e subdolo pericolo che potrei definire il "pensiero unico", o la "scienza di Stato" a cui tutti, scienziati, medici, infermieri, insegnanti, giornalisti, giudici, ..., devono sottostare pena l'esclusione dalla società civile, la perdita del lavoro, ecc. ...GRAZIE perché ha portato alla mia coscienza la consapevolezza che certi processi non si avviano da soli e soprattutto non si fermano da soli; nessuna illusione quindi, ma determinazione nell'affermare e perseguire quelli che sono i fondamenti della democrazia e della nostra Costituzione.

Mi è stata chiesta una testimonianza del mio sentire, come madre e come infermiera, e non posso tacere. La mia voce è l'unica cosa che ho per chiedere alla politica il rispetto dell'Art 32 della Costituzione Italiana: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana».

Eccomi qui, dunque, a testimoniare AD ALTA VOCE il mio dissenso.

"Ad alta voce", non per prevaricare altre voci, ma perché giunga forte e chiaro, perché nessuno possa dire domani "non ho sentito", perché chiunque legga queste parole trovi la forza, il coraggio e l'onestà intellettuale di interrogare la propria coscienza e di sostenere la necessità di aprire un confronto libero e democratico su questi temi; "ad alta voce" perché sono pronta ad assumermi la responsabilità delle mie parole. Ho condiviso in famiglia questo scritto perché è anche su di loro che ricadranno le conseguenze del mio agire, se ci saranno. Le reazioni sono state diverse come lo siamo tutti, ma la conclusione unanime: «Se la pubblici, mamma, devi essere pronta a scriverne un'altra e un'altra ancora...fino in fondo». E ora la parte più difficile, perché non riguarda me, ma voi, voi che leggete.

Vorrei chiedere tante cose ai giornalisti, ai dirigenti scolastici, agli insegnanti, ai medici e a tutti gli operatori sanitari, ai giudici, e ai politici, ovviamente, ai genitori e a tutti i cittadini ma mi rendo conto che non spetta a me dare risposte, posso solo condividere con voi le mie domande. Ai colleghi infermieri dico che in questi anni molte cose sono cambiate, e finalmente è arrivata l'istruzione a livello universitario, e ora, anche la conversione dei collegi in ordini professionali.

Eppure l'aria che si respira non è di soddisfazione, pur nelle difficoltà, né di orgoglio per i riconoscimenti così a lungo inseguiti con determinazione e professionalità; fra i colleghi serpeggia invece un senso di svilimento, di mancanza di entusiasmo, di malcelata rassegnazione, certo non per tutti ma per molti. A me, devo dire, mai è mancato il rispetto verso la mia professione, che in questi anni mi ha portato a confrontarmi con temi difficili. Accompagnare la persona a fare scelte consapevoli, anche quando non le condividiamo, è difficile ma possibile, e in questi anni la mia professione e il codice etico che ci siamo dati mi hanno sostenuto ogni giorno, così come il confronto quotidiano con i colleghi e con altre professionalità. Forse sono io in errore, ma dopo tanti mesi, passati a studiare e a tentare di confrontarmi con colleghi timorosi anche solo di ascoltare, sono qui a chiedervi di non rinunciare a discutere queste tematiche, perché sono importanti, perché la storia della nostra professione ci chiama ad essere fedeli solo a chi abbiamo di fronte, in scienza e coscienza, senza farci condizionare da interessi particolari.

Abbiamo solo la nostra voce, ma nessuno potrà tacitarla senza il nostro assenso.

Chiudo con il motto del mio Collegio degli Infermieri, quello di Savona:

“Chi tace e chi piega la testa muore ogni volta che lo fa, chi parla e chi cammina a testa alta muore una volta sola”.

ORTICELLO PER SOPRAVVIVERE

Tiziana Pavan – Infermiera - Venezia

Forse più che chiedersi "Chi è l'infermiere" dovremmo chiederci che "ruolo" ha l'infermiere, come è cambiata la nostra figura negli anni, e in quante deviazioni questa professione si è diramata. Per quanto mi riguarda in 36 anni di lavoro ho sempre cercato di essere professionale, intendendo con questo termine una capacità tecnica, una conoscenza infermieristica e scientifica, ma ho anche cercato di coltivare un'empatia verso i pazienti, i familiari, i colleghi e tutti i membri dell'equipe. Ecco, "Equipe" è un'altra parola per molti sconosciuta, lavorare senza subordinazione, insieme, ognuno con il proprio ruolo, ma con la consapevolezza che gli uni senza gli altri (soprattutto in reparto) le cose non si fanno bene. Si fanno e basta. Negli anni la mia visione si è rafforzata e mi sono resa conto che l'onestà purtroppo non sempre è apprezzata. La maggior parte dei colleghi ha coltivato il proprio orticello, ma non per condividere, solo per vivere meglio. Spesso mi sono chiesta il motivo e ancora non mi sono data una risposta, o forse me ne sono date molte, questo come sa già mi ha portato a licenziarmi per provare a crescere e non a sopravvivere.

LA RELAZIONE DI CURA E LA CONDIZIONE DELL'ANZIANO. TRA QUADRO NORMATIVO ED ETICA

Giuseppe Goisis – Filosofo politico - Università Ca' Foscari – Venezia

1. La persona umana vive nel mondo *in relazione* e questo esserci nel mondo si caratterizza come *disposizione di cura*. Si esordisce accennando al bel lavoro di Umberto Curi: *Le parole della cura*, nel quale si distingue un doppio significato di cura: l'aver cura come sollecitudine, come premura verso l'altra persona e la cura come terapia; come mostra Curi, sulla scia di Gadamer, i due significati sono andati dissociandosi via via, sfumando la cura/sollecitudine in una tenerezza apparentemente vaga e rivestendosi la terapia, sempre di più, di una dimensione farmacologica e tecnologica.

La questione fondamentale: tecnica ed etica non sono due binari che scorrono paralleli, senza incontrarsi, presentandosi invece la preoccupazione etica come nòcciolo di ogni impegno terapeutico. Senza la preoccupazione per l'etica, non c'è solo il rischio di una soverchiante corruzione, ma anche quello di una disumanizzazione, con l'instaurazione di un'ambigua architettura di dominio e controllo, con modalità che rendono indifferente rispetto agli ultimi, a quei derelitti che vengono giudicati "scarti" della società, da emarginare, o, con infelice ma circolante espressione, da "rottamare";

2. Occorre, in un certo modo, riavvicinare i due significati di "cura", un tempo aderenti e coerenti. Nel mito degli antichi (si veda il favolista Igino, *Miti*, 220, a cura di G. Guidorizzi, Adelphi, Milano 2000, p. 136), leggiamo di questa integrazione originaria fra terapia ed etica: "Si chiamerà *cura*, perché per prima lo ha modellato, e lo possessa finché vive; ma visto che è sorta una controversia a proposito del nome da dargli, lo si chiami uomo, poiché è fatto di *humus*".

In sintesi, non c'è vita senza cura e dunque non c'è vita senza le emozioni della paura e della speranza per l'altro, e senza quella modalità della memoria del limite, generatrice di responsabilità e altruismo, che fa piazza pulita di ogni spirito titanico e prometeico (v. il cenno illuminante di Ferruccio De Bortoli, nella sua relazione);

3. La vulnerabilità e la fragilità non sono in sé dei valori, i valori sembrano scaturire da *come* si affronta la sfida della fragilità e da come si risponde alla sofferenza che, inevitabilmente, le è connessa. Qui è decisivo il senso del futuro, e quasi ogni dolore potrebbe essere sopportato se vi fossero buone motivazioni (accompagnate da efficaci cure palliative): "Le membra del povero cadrebbero in pezzi se non fossero tenute insieme dal filo dei sogni", come canta un ignoto poeta indiano. C'è un legame obiettivo, anche se non facilmente riassumibile, tra l'atteggiamento di cura e la *speranza*, intendendo per speranza l'assieme

delle opportunità positive che per l'umanità travagliata si prospettano al di là del presente; la speranza ha tanti volti, e ne scaturisce una problematica particolarmente urgente, che interpella il modo di comunicare e la nostra responsabilità;

5. Il tema della cura è divenuto centrale nella problematica culturale ed etica, a partire da *Sein und Zeit* (1927) di M. Heidegger; in questo pensiero, la dimensione strettamente terapeutica rimane un aspetto fondamentale, ma non l'unico, all'interno di un'impostazione antropologica protesa ad *aver cura dell'altro uomo*. In un tal quadro, si recupera quella gravidanza simbolica e metaforica che la tradizione occidentale aveva in parte smarrito, in parte inaridito.

I. Illich e P. Goodman, fra gli altri, evidenziano come la persona umana fiorisca a contatto della cura, plasmandosi la sua esistenza in un clima di delicatezza e di attenzione, che gli è non meno necessario della luce e del nutrimento, tanto è vero che si deve tener presente la "ferita dei non amati", che si tratta di rimarginare, e quante volte l'ammalato, o l'anziano, protesta "che non è un numero, ma una persona da ascoltare, prima di essere accudita";

6. Ma è con C. Gilligan e il suo libro: *In a different voice* (1982), che la problematica della cura conosce una svolta decisiva; il nostro essere in relazione comporta il condividere alcuni significati fondamentali: non solo la malattia possiede anche un aspetto metaforico, ma l'intera esistenza umana si svolge sotto il segno di una vertiginosa sequenza di metafore, più o meno ben concatenate fra di loro. Gilligan sottolinea che la cura non è solo "apprensione" o "preoccupazione" per l'altra persona, ma anche "premura" e "attenzione": una specie di *assistenza*, da "ad-sistere", cioè stare presso, stare vicino e quindi accompagnare. Da questo filone si alimenta l'impostazione del *nursing*, dal verbo *to nurse*, che significa "nutrire" e "alimentare", ma con una consistente sfumatura simbolica che evoca procedure diffondenti forza e calore. Tutto ciò comporta la ricerca di una misura e valutazione non solo *quantitativa*, implicante invece un giudizio più ampio, che punti ad enucleare una latente *dimensione qualitativa*;

7. In breve, se ci si domanda perché hanno tanta fortuna le terapie alternative, o meglio complementari, spesso rischiosamente sopravvalutate, si dovrebbe considerare che ciò non deriva solo da ignoranza arrogante e da false notizie, pur così pericolose; si può cogliere invece la ricerca di un approccio personalizzato, con l'agio di un tempo meglio scandito; da un tempo troppo accelerato per la cura, si può generare una sfiducia, una diffidenza e perfino un disprezzo del malato nei confronti del terapeuta;

8. Occorre dunque procedere verso una dimensione di *apertura comunicativa*, con la capacità sia da parte del medico e dell'infermiere, sia da parte dell'ammalato di contribuire,

come due poli, alla “narrazione” della malattia, per temperarne l’aspetto angoscioso: modificando il titolo dell’intervento, si potrebbe sintetizzare che la stessa relazione, così originaria, possiede un qualche rilievo terapeutico: “quella relazione che cura”, realizzando l’ “alleanza terapeutica” di cui ha parlato, con efficacia persuasiva, S. Spinsanti;

9. Quale filosofia e quale impostazione culturale può far da cornice a quel mutamento di prospettiva che cerco, in maniera schematica, di evocare? Senza escludere alcun contributo, dal quale attingere un qualche arricchimento, direi che la *fenomenologia* rappresenta l’itinerario più idoneo per curare quelle ferite della psiche che si aprono in parallelo con le patologie del soma. Binswanger e Minkowski, in particolare, mi sembra abbiano offerto degli apporti sollecitanti, ma vanno integrati con un’apertura comunicativa protesa, incessantemente, a spiegare, a motivare, mostrando di meritare la fiducia dei pazienti con parole e gesti, non con la semplice pressione della retorica, ma con una persuasione ragionevole. È indispensabile l’azione efficace del farmaco, ma la professionalità del terapeuta deve stimolare la resilienza della persona curata, suscitando le risorse della sua memoria, della coscienza e infine della responsabilità. Si deve ricordare che ogni atto di cura riverbera una sua dignità, e che c’è dignità anche nel cambiare, con delicatezza, un pannolone... Auspicabili anche gli apporti critici dell’ermeneutica e della narratologia, che qui mi limito, per ovvie ragioni di spazio, ad evocare;

10. Il terapeuta, medico o infermiere, dovrebbe evitare quell’*abuso dell’astrazione* che scandisce i tempi di cura della “nostra” tarda-modernità, procurando invece eventi trasformativi, capaci di indurre nei pazienti un corrispondente assenso fiduciale: capacità d’ascolto, empatia e approccio multifattoriale paiono gli ingredienti più sostanziosi di quella che viene chiamata, con qualche approssimazione, “medicina narrativa”;

11. Gli anziani, come i bambini, i disabili e gli ammalati in genere, costituiscono il versante più sensibile di questa sollecitudine per la cura; la nostra indifferenza (o peggio!) si riflette sul volto di chi è solo e ne motiva il ritirarsi, aumentando il dolore.

Gettando uno sguardo sull’amplissima letteratura riguardante gli *anziani*, si rileva lo stigma d’inutilità che spesso si fissa, come un marchio indelebile, su una certa età della vita: non lavorando e non producendo più, non votando più e assediati dalla solitudine, gli anziani spesso diventano obiettivamente degli emarginati, uscendo letteralmente di scena (una condizione, alla lettera, *ob-scenam*).

Per quanto riguarda il non voto degli anziani, esso si lega alla solitudine e all’inerzia, ma non manca la proposta, non si sa se “comica”, di sottrarre il diritto di voto agli anziani; più

che questa *boutade*, ciò che preoccupa è che solo il 66% dei giovani si sarebbe dichiarato contrario a tale proposta “Corriere della Sera”, 26/10/2019, p. 6).

Eppure, gli anziani hanno un piccolo deposito di saggezza e a loro, come nel passato, potrebbe essere attribuito il compito di trasmettere, modulata in racconti che veicolano significati e valori, l’esperienza della vita, ad esempio la storia di una famiglia, di una comunità di persone e, in definitiva, di un popolo intero.

Nel suo *bestseller Serenità*, W. Schmid mostra come dignità, memoria e creatività permettano all’anziano di maturare ed elaborare l’esperienza acquisita. Evoco rapidamente i dieci punti essenziali: comprendere le diverse fasi della vita e capire quella in cui si vive; capire le fatiche della vecchiaia e accettarle; assaporare i piaceri della terza età e i più cari ricordi; avere buone abitudini ed apprezzarle; stimolare la capacità di accettazione; cercare il contatto benevolente con gli altri; vivere una rete di relazioni extrafamiliari, di amore e d’amicizia, per temperare la solitudine; riflettere sulla vita e sul suo significato; meditare sui limiti dell’esistenza e sul senso della morte; infine, pensare ad una possibile vita dopo la morte, sentendosi parte dell’universo e legati al ciclo perenne delle generazioni.

Questi dieci punti, scrutati attentamente, fanno per converso intuire che il problema maggiore dell’anziano, nell’odiernità, è costituito dalla solitudine; si può essere assieme, ma profondamente soli e i dieci punti di *Serenità* richiamano i dieci punti della *Carta europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani*, bisognosi di assistenza e di cura a lungo termine; occorre, mi sembra, ripartire da qui, visto che i diritti richiamati non godono di piena effettività, anche se stanno maturando, forse, nella coscienza collettiva. In particolare, ricordo il diritto alla sicurezza, all’autodeterminazione e alla *privacy* e quello alle cure palliative, assieme al diritto al rispetto e alla dignità nella fase terminale dell’esistenza. Mi sembra importante la sottolineatura delle connesse responsabilità dell’anziano, di cui si postula tuttavia una certa autonomia, che dipendenza e solitudine rischiano di indebolire; si pensi alle mortificazioni, e anche agli abusi, che gli anziani ricevono, mentre bisognerebbe sollecitarne la memoria, l’attenzione e la coscienza;

12. È all’ordine del giorno la proposta di regolare con un assetto diverso le Case di riposo e su questo punto mi permetto di sintetizzare una lunga riflessione in cinque suggerimenti, che a me paiono essenziali: 1. Utilizzare al meglio la disponibilità dell’universo del volontariato, curandone tuttavia di più la competenza e organizzandone meglio i contributi; 2. Coinvolgere maggiormente la comunità, cercando di ottenere migliori investimenti, facendo leva sulla corresponsabilità; 3. Cambiando spesso le mansioni degli operatori, in modo ricorrente affetti da *burn out*, con tensioni che si scaricano poi nel rapporto con le famiglie dei ricoverati; 4. È necessaria una presenza più diffusa e meditata di psicologi

preparati ed esperti; non si tratta solo di numero, ma di un sostegno decisivo a tutti quanti lavorano nelle Case di riposo; in particolare, gli psicologi risultano preziosi nell'interazione con le famiglie; 5. Prender cura anche della fase terminale, dell'accompagnamento alla morte, con una visione in certo modo da *Hospice*: senza mandare le persone a passare gli ultimi giorni in ospedale, provvedimento, a volte, inutilmente crudele.

Dunque, ancora una volta qualità, non solo quantità e non sufficienza di fare semplicemente il bene, ma opportunità di "fare bene il bene" (D. Diderot). In breve, diffondere buone prassi, con la forza di un contagio positivo, di un'esemplarità diffusiva di sé e seguendo la stella polare di una ragionevole speranza di migliorare lo stato delle cose passo dopo passo, un poco alla volta. La speranza irragionevole va bene al momento della colazione al primo mattino, svanisce, a sera, con i morsi della fame; ma la speranza ragionevole si nutre invece delle sue conquiste quotidiane, anche esigue e minute;

13. La coscienza etica e il senso della responsabilità non sembrano seguire imperativi incontrovertibili, o direttive di dogmatismo; l'etica genuina riguarda sempre noi, lasciando al moralismo i giudizi sommari sugli altri. E la dimensione giusta è quella di interrogativi che trafiggono la nostra coscienza, e la scuotono nel profondo.

- *Se non ora, quando?* L'altra persona, nell'urgere della sofferenza, non può aspettare i tuoi turbamenti e che tu ti rivolga verso di lei, ma muove un appello immediato...
- *Se non tu, chi altri?* Sotto il profilo tecnico, molti possono eseguire un compito meglio di te, con più competenza e precisione; ma tu sai, con evidenza, che proprio quel compito, dal punto di vista etico, tocca a te, ti interpella, senza possibili sostituti né surrogati...
- *Se tu non sei per te, chi sarà per te?* Risuona la voce dell'egocentrismo necessario per la propria sopravvivenza e valorizzazione: se non stai bene, almeno un poco, con te stesso, come puoi amare un'altra persona...
- ***Ma se tu sei solo per te, chi sei?***

Cenno bibliografico conclusivo:

S. Brotto, *Etica della cura*, Orthotes, 2013; R. Sala, *Filosofia per i professionisti della cura*, Carocci, 2014; G. Goisis, *Le radici della cura*, in *Etica, qualità e umanizzazione in Sanità*, a cura di G. Dei Tos, F. Angeli, 2006; G. Goisis, *Di fronte al patire e al morire*, in *Silenzi e parole negli ultimi giorni di vita*, a cura di C. Viafora-R. Bonetti-M. Rossi, F. Angeli, 2004; *La medicina narrativa e le buone pratiche nei contesti di cura. Metodologie, strumenti, linguaggi*, a cura di F. Marone, Pensa Multimedia, 2016.

FIORENZA ED IO.

Renata Bonotto - curatrice di memorie - Venezia

Da "Sorrisi, riccioli e fiori di campo - CapitanBook Edizioni 2010

A dieci anni, frequentavo la quinta elementare, avevo una maestra bravissima, favolosa, e quando spiegava la storia, era come vedere un film, anzi meglio, molto meglio.

Un giorno, con la solita bravura, ci raccontò la storia di Fiorenza Nightingale detta: "La Signora della Lampada".

Fiorenza, bella giovane e ricca, aveva lasciato la lontana Inghilterra sua patria, la famiglia, l'agiatezza per andare in Crimea, dove c'era la guerra e già questo fatto da solo era per me straordinario. E, nell'ospedale militare, curava i feriti: teste rotte, gambe amputate, chirurghi con pochi mezzi, bende ricavate dalle sottane delle donne pietose, un andirivieni di barelle. La nostra maestra era superlativa.

Questa Fiorenza alla sera, molto tardi, quando tutti, ma proprio tutti si riposavano, lei, con una lampada in mano, faceva l'ultimo giro in corsia: era instancabile.

La mia immaginazione di bambina, sempre all'erta, non aspettava altro, e immediatamente si impadronì del personaggio: non riuscivo di togliermelo dalla testa. La notte, la lampada dalla luce incerta, i passi silenziosi, il fruscio della lunga veste, qualche lamento flebile per rendere la scena più toccante, una parola di conforto detta sottovoce seguita da un gesto gentile della mano, ... per me diventò una necessità: dovevo impersonarla!!!

Arrivò la sera. La nostra camerata aveva una trentina di letti e la suora, dopo che ci eravamo coricate tutte, se ne andò, lasciandoci momentaneamente sole (come era solita fare). Allora mi alzai, tolsi la federa al cuscino e la

ripiegai a mo' di cappuccio, come avevo visto fare ai carbonai, e con questo copri capo cominciai a girare fra i letti con atteggiamento soave e naturalmente con qualcosa in mano che per me era la famosa lampada, responsabile del soprannome che mi piaceva tanto.

Le mie compagne, piene di salute e di buon umore, Invece di fingersi dei poveri feriti, ridevano divertite e facevano rumore.

Ad un tratto, tutte allo stesso momento, si girarono dall'altra parte e ficcarono la testa sotto le coperte fingendo di dormire non capivo.

Allora mi voltai e la suora stava sulla porta con aria minacciosa ... ed io ero in piedi, lontana dal mio letto in camicia da notte e con la federa in testa. Lei mi agguantò e senza proferir parola mi tolse il cappuccio, mi mise in posizione adatta, mi sculacciò per bene e mi mandò a letto. La mia missione non era stata compresa e la mia carriera stroncata da subito ed in malo modo.

Bisogna, ad onor del vero, precisare una cosa: la suora non ci picchiava mai, tranne qualche maligno pizzicotto o una cattiva tirata d'orecchi. Ma le sue romanzine ... lunghe, noiose, estenuanti ... erano una tortura, rese più efficaci da frasi mortificanti del tipo: "Ingrate!!! Siete qui curate e protette per pura Carità" ecc... e qualcos'altro che voglio dimenticare.

Tutto questo ci lasciava con l'anima piena di pensieracci; ma questa volta mi liquidò con solo qualche sculaccione: come mai?

Che venisse da ridere anche a lei? Non lo saprò mai: non potevo vederlo per via della posizione particolare alla quale ero stata costretta. Ma se fosse stato così, un piccolo successo come attrice, lo avevo ottenuto.

L'ONESTA' E' UN OPTIONAL?

Luciano Urbani – Post Infermiere – Venezia

Comunicazione con il presidente di una associazione infermieristica nazionale per l'organizzazione del corso di cateterismo in un ospedale del sud Italia nel 2017.

Luciano - Il corso di cateterismo l'organizza l'Ospedale o l'Associazione? È solo per interni?

Presidente - L'Associazione organizza il vostro corso solo per interni.

Luciano - Quindi l'incarico ci viene dato dall'Associazione, che ci corrisponde il gettone di docenza e i rimborsi spese?

Presidente - In realtà la corrispondenza dei costi c'è la sponsorizza una azienda per cui faremo risultare a costo zero i docenti per l'Associazione. Verrete corrisposti da questo sponsor. Non temere. Non vi sono problemi per voi!!!

Luciano - Noi vogliamo trasparenza, perché non ci paga l'Associazione?

Se ci sono gli sponsor, devono apparire nel programma ECM e per coerenza non posso parlare di onestà nel corso e comportarmi diversamente.

Presidente - Ciò che hai chiesto ti verrà corrisposto. Per cui dov'è il problema??

Luciano - Il corso è sul cateterismo, è sulla professione, il corso è Slow nursing. Hai letto il manifesto di principi Slow nursing? Hai una occasione unica di promuovere un corso unico, per contribuire alla riflessione sull'agire professionale. Poi, se lo fai Ecm free è senza costo di docenza.

Presidente - In verità i corsi dell'Associazione li abbiamo sempre realizzati senza pagare i docenti, per cui ho fatto una eccezione per voi, visto la vostra richiesta di compenso. L'Associazione come provider fa solo corsi accreditati.

Luciano - Chiediamo il compenso perché vuoi pagare il Ministero della Salute. L'ECM è una farsa. Organizza gli altri corsi come vuoi. Ma solo questo corso fallo ecm FREE, così verrà solo chi è veramente motivato alla formazione vera. Altrimenti, se lo vuoi con i crediti,

deve essere l'Associazione che coerentemente ci corrisponde il compenso. È un'esigenza etica. Quindi cosa decidi?

Presidente - È già accreditato!

Luciano - Quindi paga l'Associazione?

Presidente - Hai timore di non essere pagato??

Luciano - No, ho bisogno di coerenza.

Presidente - Stai sereno abbiamo il nostro onore. Davvero non condivido questo insistere sulla formalizzazione della retribuzione. Per trasparenza ti ho detto più del dovuto.

Luciano - Caro Presidente, non mi conosci veramente, non parlo a vanvera, ci credo a quello che dico, non cerco il successo ad ogni costo, né il potere, 10 ore di corso sono tutte cose vere. Non è formalità ma sostanza. Perché vuoi il corso, se non capisci di quale corso si tratta e chi lo testimonia. Non ci interessano i soldi!
Quindi lasciamo perdere, non ci sono le condizioni.

A COSA SERVE L'ECM?

Daniela Saccarola – Infermiera – Venezia

ECM? Cos'è cambiato nel mio lavoro?

Quello che facevo prima lo faccio anche oggi,
anzi lo faccio peggio e con meno soddisfazione,
perché siamo in servizio sempre di meno
e con maggiori carichi di lavoro e maggiore rischio di sbagliare.

CON L'ECM NON SI FA CULTURA

Mara Marchetti – Tutor Corso di Laurea Infermieristica – Ancona

Anche se sono convinta che non è con l'ECM che si fa cultura, comunque è necessario adeguarci per quando ci chiedono gli ECM maturati durante l'anno.



Realtà senza verità

Pseudogiornalismo infermieristico e l'arte di inventare notizie

Preambolo

Gentile Dott. Urbani, l'articolo non è un fake ma purtroppo l'autore, dott Alessandro Rossi, non si è reso disponibile a inserirlo negli atti. Ci ha anche chiesto di toglierlo da online, cosa di cui stiamo parlando con lo stesso, perché questa sua apertura pubblica gli ha creato molti problemi con i colleghi (così ci ha riferito). Se vuole pensare che sia una fake news non potremo impedirglielo, ma il rapporto tra fonte e giornalista è esclusivo e senza consenso non ci permetteremmo mai di diffondere un numero di telefono, una mail o un contatto in generale. Il nostro quotidiano ha scelto di farsi garante della sicurezza delle proprie fonti, cosa che altri non fanno, e questo ci premia perché riusciamo a portare alla luce situazioni quanto più vicine alla realtà.

Continui a seguirci. **Marco Tapinassi – vicedirettore AssoCareNews.it**

e Consigliere OPI -Ordine delle Professioni Infermieristiche di Firenze e Pistoia

Risposta

Caro Marco oppure Angelo o qualsiasi altro redattore/dirigente Assocarenews (non capisco più chi mi risponde, ogni volta una voce diversa), come è possibile capire se una notizia è vera o falsa senza possibilità di verifica della fonte? Ovvero come è possibile considerare veritiero un articolo il cui autore, Alessandro Rossi, medico, non si assume la responsabilità delle affermazioni ivi contenute? Ovvero quanto credibile è un autore che disconosce le proprie parole?

Cosa pensare di un medico prossimo alla pensione, non un giovincello sprovveduto, che invia una critica verso la professione medica ad un giornale infermieristico senza considerare gli inevitabili effetti ritorsivi della casta medica? Quindi solo ora si accorge dell'errore madornale e ritratta il suo pensiero? È equilibrato mentalmente? È affidabile?

Essere o non essere

Ora passiamo all'articolo firmato da Giuseppe Saporito, infermiere, dove esprime gravi accuse verso il reparto operatorio della sua azienda e i medici guadagnano tantissimo operando malati e sani grazie al sistema marcio e mafioso dei rimborsi delle prestazioni e delle protesi. Ho chiesto alla redazione la mail di Giuseppe e gli ho scritto chiedendogli il consenso ad inserire il suo articolo negli Atti Slow nursing 2020. Giuseppe mi risponde che autorizza la pubblicazione a patto che non venga fatto il suo nome e cognome. La risposta

è veramente curiosa. Chiede di non mettere il suo nome e cognome in un fascicolo di limitata diffusione quando Assocarenews lo ha diffuso a livello nazionale? Ricordo che i contributi degli Atti Slow nursing sono testimoniati e assolutamente non anonimi. Mentre è proprio la mafia che si basa su citazioni anonime. Quindi è questo un vero infermiere orgoglioso della professione che intende esprimere il proprio pensiero con dignità e responsabilità? È affidabile? E come infermiere è affidabile?

Giornalista o infermiere?

Come può un giornale che vuole essere riferimento per la cultura della Professione Infermieristica pubblicare notizie di persone inaffidabili? E quanto è autorevole chi pubblica tale materiale ambiguo? È questa l'etica del giornalismo: spacciare qualsiasi notizia per vera? Ma se questa è l'etica del giornalista dov'è quella dell'infermiere? Chi fa a mezzo servizio il giornalista è ancora infermiere? È se lo è ancora, che fine ha fatto l'etica della professione infermieristica?

Può agire l'infermiere senza evidenze ma per "sentito dire" o "si è sempre fatto così"? Non è in contrasto il mezzo infermiere con il mezzo giornalista? Forse una parte ha soppresso l'altra?

Memoria

Ricordo Angelo, caporedattore di Nurse24 e ora direttore Assocarenews, che scrive la cronaca passo passo del convegno Slow nursing 2016 senza esserci mai stato e inserendo una foto falsa di un altro convegno. È questo il giornalismo verità? Oppure è solo fiction? Per non citare l'articolo fasullo di qualche giorno dopo su "Slow nursing e la misericordia di Papà Francesco" cancellato subito dopo la mia protesta.

Conclusione

Mi auguro e spero vivamente che questi articoli siano frutto di invenzione a tavolino della redazione, quindi falsi, perché se fossero autentici sarebbe un esempio di umanità veramente miserevole.

Smetto di seguirvi. 29-01-2020 **Luciano Urbani** - coordinatore Slow nursing

Anno 2020 la fine di Slow nursing

L'anno 2020, oltre per la drammatica calamità che ha colpito l'umanità, annota un evento anziché poco rilevante: la sospensione dell'esperimento Slow nursing dopo 6 anni di tentativi. Così proprio nell'anno di celebrazione dell'Infermiere, muore Slow nursing, nato nel 2015 come 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. La causa va ricercata nella evidente indifferenza degli infermieri per la riflessione e la cultura, ma soprattutto nell'assenza degli Organi della Professione Infermieristica, sia provinciali che nazionali, in particolare con l'atteggiamento di silenzio e ambiguità verso l'etica e la deontologia professionale.

L'esperimento quindi inevitabilmente viene congelato, ibernato, fino ad un tempo futuro migliore che possa presentarsi propizio alla reale partecipazione dell'Infermiere alla riflessione per la cultura della professione.

Luciano Urbani - coordinatore Slow nursing

“Pensavamo di vivere sani in un mondo malato...”

Papa Francesco - Roma 27 marzo 2020

INDICE

PRESENTAZIONE	3
Invito al Convegno di Zelarino del 7 marzo 2020	10
DICHIARAZIONI INIZIALI DEI PARTECIPANTI	11
L'ultimo convegno Slow nursing	20
ABSTRACT	23
CONTRIBUTI	29
Luciano Urbani Essere o apparire oggi	30
Concetta Brugaletta Prendersi cura dell'assistenza	36
Valter Fascio Resilienza o resistenza. Tu cosa scegli?	40
Giuseppe Goisis La cura del pensiero e della parola	45
Giovanni Trianni Infermiere o chierichetto?	46
Ivan Cavicchi Essere infermiere secondo Cavicchi	47
Luciano Urbani Il medico "Principe della sanità" pagato anche quando dorme	49
Massimiliano Zaramella L'ipocrisia del Sistema ECM e delle polizze assicurative	52
Barbara Balanzoni L'assalto alla professione medica. Chi salverà noi Medici "DOC"?	54
Massimo Gramellini Tre infermieri	56
Angelo De Angelis Medici vs infermieri la guerra tra moderni poveri	57
Giorgio Simon Medici che lasciano il SSN forse un po' di colpa è anche di noi DG	59
Eugénie Vegleris La consulenza filosofica	60
Barbara Lupazzi Il tempo senza cura	63
Ilaria Storti La relazione bidirezionale con il malato	64
Silvia Venier Cultura come cura	68
Ornella Doria La cura della parola viva	69
Antonio Beninati Salute, cura e responsabilità in un tempo di quarantena	72
Pierina Ros La coerenza come "filosofia operativa"	76
Alberto Madricardo La filosofia è una medicina?	77
Adriana Bianchin La cura della professione di cura	81
MI RICORDO	91
Giuliano Bon Dalle Alpi all'Etna. Diario di viaggio	93
Luciano Urbani Le conseguenze della formazione	95
Luisa Magnone Ad alta voce	96
Tiziana Pavan Orticello per sopravvivere	100
Giuseppe Goisis La relazione di cura e la condizione dell'anziano	101
Renata Bonotto Fiorenza ed io	106
Luciano Urbani L'onestà è un optional?	108
Daniela Saccarola A cosa serve l'ecm?	109
Mara Marchetti Con l'ecm non si fa cultura	109

con il patrocinio di



**Università
Popolare
Mestre**



(Sfi) Società
Filosofica
Italiana

Venezia



Nemus Associazione Culturale Venezia



UNITRE MESTRE

Evento realizzato con il contributo non condizionante di



GENERALI

Agenzia di Mestre

Via L. Einaudi, 74 • Tel. 041 975 988

con il cortese supporto di



Università Popolare Mestre