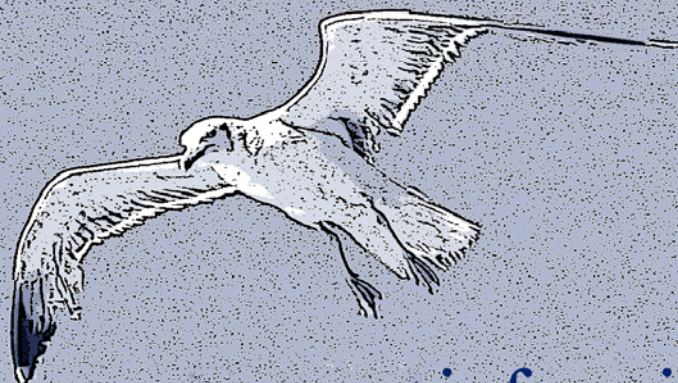


Slow nursing - il tempo per l'assistenza
momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



essere infermiere

un nuovo sguardo per la cultura della cura

tutto è necessario perché il ciclo dello spirito si compia,
si arrivi ad una nuova sintesi, un nuovo equilibrio - Hegel

SABATO 4 MARZO 2017

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

con il patrocinio di



EVENTO ECM FREE

Atti e Contributi

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

ORGANIZZA IL 3° CONVEGNO

essere infermiere

un nuovo sguardo per la cultura della cura

SABATO 4 MARZO 2017 ORE 8,30 - 17,00

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

Modera: Franco Daprà - Infermiere Coordinatore - Bolzano
Enrico Gianfranceschi - Infermiere Coordinatore SITR - Milano

Segnalazione di un contributo originale - a cura della Università Popolare di Mestre

- **PROVOCAZIONI RIFLESSIVE: SE L'INVENZIONE VALE PIU' DEL REALE**
Luciano Urbani - Infermiere - Mestre
- **RICHIEDIAMOCI COS'E' L'INFERMIERE?**
Valter Fascio - Infermiere coordinatore - Torino - Ordine Benedettino di S.Maria d'Ivrea
- **L'INFERMIERE SENZA PROFESSIONE**
Danilo Massai - Presidente Collegio IPSAVI Firenze
- **L'INFERMIERE: NE' VOCE NE' POTERE**
Piero Caramello - Infermiere - Firenze

BUFFET

- **LE EMOZIONI CHE CURANO, SPAZI E TEMPI PER LA RELAZIONE**
Laura Candiotto - Ricercatrice - Università di Edimburgo
- **L'INFERMIERE INCONTRA L'INFERMIERE**
Marcella Gostinelli - Infermiere Dirigente - Firenze
- **DISCUSSIONE INTERATTIVA RELATORI-PUBBLICO**
Conducono: Franco Daprà e Enrico Gianfranceschi

INGRESSO LIBERO:

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

www.slownursing.it

Per informazioni:

slownursing@inferweb.net

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

SLOW NURSING

**ESSERE INFERMIERE
UN NUOVO SGUARDO PER LA
CULTURA DELLA CURA**

Atti e Contributi

Convegno di Zelarino (VE) 4 MARZO 2017

PRESENTAZIONE

Giuseppe Goisis - già docente ordinario di Filosofia politica, Università Ca' Foscari di Venezia

Ho considerato, con scrupolo e attenzione, i ricchi e articolati testi che l'amico Luciano Urbani mi ha procurato; per quel che ho potuto, ho ascoltato intensamente i diversi interventi e le relazioni che hanno reso vivo e drammatico l'incontro, di cui i presenti *Atti* sono manifestazione ed espressione. Un'espressione coinvolgente e convincente per il lettore, per la *passione della cura* che anima e fa vibrare i contributi, accomunando i diversi autori, al di là delle rispettive posizioni e degli orientamenti che le caratterizzano.

Particolarmente interessante, mi sembra, la confluenza fra cognizioni mediche, osservazioni che riguardano le terapie e spunti filosofici ed educativi, a richiamare l'unità profonda del soggetto umano, potremmo dire della *persona*: vi sono, chiaramente, delle emozioni che fanno ammalare, delle emozioni che aiutano la resistenza e la resilienza rispetto alle malattie e anche emozioni che contribuiscono a risanare.

Ecco, il tema delle *emozioni* percorre diversi interventi, fissati nelle pagine degli *Atti*, costituendo quasi una filigrana del corale tentativo d'interpretazione. Per quel che riguarda i filosofi intervenuti, l'angolo di visuale delle emozioni mi pare risultare particolarmente prezioso; come hanno mostrato Max Scheler ed Edith Stein, non esiste solo un'intenzionalità ideale, ma anche un'intenzionalità affettiva, legata al grande tema dell'empatia; al centro, il problema fondamentale delle *pratiche filosofiche*, che concepiscono le emozioni come intelligenti, come vere e proprie abilità affettive, da coltivare e integrare.

Ma quale filosofia? Per illuminare certi aspetti della condizione umana, la filosofia deve farsi umile, nel senso di aderire alla Terra e di accostarsi, quasi in punta di piedi, alla terrestrità costitutiva dell'umano; non si può rischiarare, se non fiancheggiando, accompagnando il cammino della nostra, e soprattutto altrui, esistenza.

Leggendo, ad esempio, il *Fedro* di Platone, si comprende bene come il richiamo all'unità dell'essere umano e al ruolo dei suoi affetti non sia un tema accessorio, ma proprio

costitutivo ed originario per un pensiero d'impostazione critica, e sullo sfondo si staglia la vulnerabilità dell'essere ammalato e anche del curare, laddove chi cura diventa ogni giorno di più consapevole di essere, simultaneamente, il guaritore delle proprie ferite, come ricordano gli antichi miti di Chirone e Filottete.

Qui brilla la distinzione fra *prendersi cura* e *curare*, dove il curare si manifesta come la dimensione attuativa, anche se decisiva, di una più generale opzione del prendersi cura; prendersi cura significa, sostanzialmente, cercar di comprendere gli altri uomini "da midollo a midollo", attraverso un incontro, talora uno scontro, serrato, mettendosi, per esprimersi in modo brutale, "nelle scarpe dell'altro". Conosco bene le obiezioni, il rischio di consumazione inerente a questa sottolineatura, ma mi sembra che questo passaggio, per quanto problematico, non si possa trascurare...¹.

Si tratta di non obliare, semplicemente, alcune questioni essenziali, interrogandoci attorno a queste polarità, a questi dilemmi: la salute, di cui si va alla ricerca, può essere una salute fabbricata? E, di conseguenza, l'ospedale o la clinica possono configurarsi come un'impresa? Non voglio dire che queste interrogazioni debbano bloccare ogni necessaria modernizzazione e razionalizzazione, non considerando, per fare un solo esempio, che gli sprechi vanno comunque combattuti; si tratta, invece, di capir meglio che cosa significano termini/concetti come modernizzazione e razionalizzazione, e ci sono alcuni "perché" che occorre mettere in rilievo, sullo sfondo delle nostre considerazioni; la dimensione tecnica, a me pare, prefigura gli apparati e le procedure, ma è singolarmente imbarazzata di fronte agli scopi, ai fini e ai perché...

Comprendo che si entra, passando dalla quantificazione universale (algocrazia) alla valutazione qualitativa, in una zona assai difficile, meno agevolmente afferrabile, ma non per questo è d'obbligo, a me pare, proibirsi e proibire questi sconfinamenti.

In un'epoca in cui trionfa il regno della quantità e un certo appiattimento riduzionistico, può essere necessario recuperare un peculiare "umanesimo del limite", anche dinanzi ai temi decisivi della malattia e della morte; la serialità e la massificazione, cause ed effetti assieme dell'affermarsi della dimensione tecnica con la sua riproducibilità generale, sembrano esigere un cambio di passo, che veda il convergere di diverse risorse e competenze nel crogiolo sintetico del prendersi cura, in maniera onnilaterale, dell'essere umano sofferente.

¹ H.G. Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, R. Cortina, Milano 1994, pp. XVIII-XXIII.

La cura della salute riguarda tutti, naturalmente, e nessuno può proclamare a cuor leggero: “Non m’importa, me ne infischio”; la cura della salute “è un fenomeno originario dell’essere umano”, dovendo attendere a tale fenomeno gli specialisti, ma col sostegno e la comprensione di tutti i cittadini: né barbarie ipertecnicista, potremmo dire, né diletterismo pseudo-onnisciente dall’altro lato².

La grande via dell’arte medica si è basata, nei secoli, nel suddividere ogni cognizione totalizzante, per concentrarsi su di un particolare aspetto, sul funzionamento o sulla patologia di questo o di quell’organo; ma proprio l’*episteme* sospinge, una volta operata la distinzione e la concentrazione, a riconsiderare l’unità profonda dell’uomo vivente, essendo la malattia anche evento *biografico*, non solo *biologico*; e il termine: biografico indica anche l’apertura, assolutamente necessaria, alla dimensione *sociale*, alla situazione complessiva di una vita corale, di fronte alla quale, in certe evenienze, il medico e l’infermiere “dovrebbero sapersi ritirare”.

Proprio l’arte medica, nei suoi primi movimenti, nelle sue regole originarie, indica come la vita umana consista in un unico, grande equilibrio: tutto ciò può suggerire, mi sembra, una capacità di guardare attentamente l’uomo concreto, in carne ed ossa, che sta davanti, ma suggerisce altresì di *guardar oltre*, di guardare attraverso la singola persona, in una linea di sviluppo che non si arresti a quelle particolari illusioni che bloccano, per dir così, lo sguardo, rendendolo incapace di una *visione completa*.

Quel che Gadamer suggerisce: tra le competenze da acquisire, ce n’è una indispensabile, cioè la capacità empatica, l’abilità a scrutare l’intreccio delle relazioni umane, nel cuore delle quali si cela e si svela il *valore*.

Il *dolore* e la *compassione* mi sembrano al centro della questione: come affrontarli, come inserirli in una strategia sempre più consapevole ed efficace; se la *pietà* può essere solo un vago intenerimento, nel quale si manifesta tuttavia un insuperabile distacco, la *compassione* è già più efficace: la distanza tra chi cura e chi viene curato sembra solo la distanza di sicurezza necessaria per evitare il consumo delle disponibilità ed energie, il *burn out* di cui, non a caso, tanto si parla.

Più in là, c’è solo la *condivisione*, la cui fenomenologia manifesta alcuni rischi: quelli di un livellamento, di una coincidenza totale fra chi cura e chi è curato; ma la condivisione potrebbe essere intesa in un altro senso, come un sogno che non dà pace, uno di quei

² Gadamer, *Dove si nasconde la salute*, cit., p. 3; pp. 47-51; cfr. H.G. Gadamer, *Il dolore*, Apeiron, Roma 2004.

sogni che non ti lascia dormire finché non lo realizzi: il sogno della condivisione come compresenza, come riarticolazione dei *poteri* in senso plurale; non più solo un'autorità gerarchica, ma un'autorevolezza basata sulle competenze effettive e sulla compresenza dell'umanità.

A tale quadro, Marco Bobbio, in un suo libro recente, aggiunge un grido d'allarme: forse, incombe il rischio di "troppa medicina", nel senso di un'ipertrofia delle tecniche di cura, che si espanderebbero fino ad un'eccessiva medicalizzazione della vita; il primato, caratteristico dell'Occidente, dello spirito analitico su quello sintetico sembra ripercuotersi nella pressoché infinita serie di esami e accertamenti clinici, che a volte potrebbero essere sfoltiti da un miglior clima di dialogo, da una più immediata empatia; tutto ciò, in un'età come la nostra dominata dall'ansia, sembra angosciare le persone, più che corroborarle³.

La vita, simile ad una storia inventata, che si deve cercare, però, di reinventare.

Ma tutto ciò implica un cambiamento d'orizzonte, il disegno di un'*alleanza terapeutica* (locuzione giustamente famosa di Spinsanti), alleanza fra medici, infermieri, pazienti e anche cittadini, in una prospettiva che lasci posto, che faccia posto alle considerazioni delle altre persone e competenze.

In breve, l'equivoco consisterebbe nell'imperativo di "fare tutto", mentre la prospettiva, più difficile ma necessaria, dovrebbe consistere nell'orientamento di "fare il meglio", capillarmente, meditatamente e secondo lo stile di una ritmica risolutamente *slow*.

Nella nostra età di crisi, non solo economica ma riguardante i più svariati aspetti della vita umana, un fenomeno da giudicare positivamente: il fiorire di diversi tentativi di codici e regole deontologiche, in modo da normare gli àmbiti professionali, con una "logica" scaturente, per dir così, "dal basso verso l'alto"; ciò avviene per l'àmbito infermieristico, ma il punto decisivo rimane che la deontologia non può che rifarsi ad una considerazione etica generale, il cui statuto è oggi problematico, anche se si sente un terribile bisogno di una prospettiva etica universale...

In conclusione, occorre recuperare uno spiccato stile di personalizzazione, come i vari interventi degli *Atti* sottolineano con forza; nessun malato dovrebbe essere invisibile, o abbandonato: non numero assegnato, non protocollo, ma complessità vivente e universo personale.

³ M. Bobbio, *Troppa medicina*, Einaudi, Torino 2017, cap. I, pp. 14-31 e *passim*.

A parte, affiora il tema della sofferenza mentale, del dolore interiore, un tremendo enigma, che possiamo curare solo costruendo piccole oasi e intuizioni empatiche; “quanta grazia ho trovato fra le spine della follia”, così si è espresso, riassuntivamente, lo psichiatra Eugenio Borgna: il dolore psichico è distinto, non separato, da quello fisico, e ce lo comunica una lettura completa del nostro presente, lettura che deve tener in conto, comunque, l'imponderabilità del futuro, e ciò deve rendere ogni nostro sforzo di comprensione, in qualche maniera, circospetto e prudente.

In definitiva, se vogliamo essere all'altezza del nostro tempo, e delle esigenze che esprime, occorre lavorare, e riflettere, orientandosi sui tre massimi ideali che oggi si manifestano: prima di tutto *collaborare*; secondo *aver cura (care)*; terzo e ultimo ideale *creare*, essere creativi, e i due ideali, precedentemente menzionati, si muovono, corrono verso la realizzazione di quest'ultimo valore.

I preziosi testi qui raccolti sono attenti, strategicamente, alla dimensione del *linguaggio*, basati su *parole* che tentano di farsi cose, parlando di persone che non sono affatto pacchi da consegnare. Semmai da offrire, lo speriamo con tutte le forze, alla vita, ad una vita che risale la china, se possibile non alla morte⁴.

Paradossalmente, se vogliamo realizzare ciò che sogniamo, dobbiamo risvegliarci ed agire.

Ciò che qui si documenta: un pensiero che scaturisce spontaneo, una prassi che prende forma e si ravviva.

Un nuovo inizio, speriamo.

⁴ V. Von Weizsäcker, *Antropologia medica*, Morcelliana, Brescia 2017, cap. I, pp. 29-60.

Invito al Convegno di Zelarino del 4 marzo 2017

Perché Slow nursing e come si integra con l'attualità e con il futuro?

Perché il convegno la cultura della cura?

Come aderire con un contributo, sarà solo negli atti o sarà letto al pubblico?

L'idea "Slow nursing" nasce dieci anni fa dall'esperienza itinerante del corso di cateterismo vescicale, dal confronto nel vissuto interattivo con i colleghi dei vari luoghi in Italia, dalla constatazione quotidiana che l'infermiere non ha raggiunto una vera dignità professionale, un'identità riconosciuta e condivisa.

L'idea è stata ripresa nel 2014 a Candelo in un incontro organizzato da Infermieronline.

Ed è finalmente nel 2015 a Vasto con il supporto di Nursind Chieti, che prende forma il primo convegno.

La realizzazione del secondo convegno di Zelarino 2016, conferma che Slow nursing è lo spazio necessario per la riflessione sull'agire infermieristico e la cura della salute nella società.

Da qui nasce il Movimento e il Manifesto Slow nursing che fissa i principi etici dell'agire infermieristico.

Chi aderisce è consapevole che per comprendere e infine scegliere è necessario guardare agli accadimenti, ai fatti senza filtri o condizionamenti di ogni genere ed esige un luogo dove esibire il pensiero della parola e dove esercitare il libero pensiero.

E' questo, un movimento senza proprietari, una palestra di idee e di pensiero, dove ognuno è portatore e realizzatore dei principi stessi.

In questo momento di crisi economica e di valori risulta quanto mai necessario, sia per la professione sia per la società, interrogarsi su cosa deve essere la cura della salute.

Per far questo c'è bisogno di confronto, di scambio di pensiero, di uno sguardo scevro di impedimenti fisici o mentali. C'è bisogno dell'apporto alla discussione di saperi e conoscenze altre, c'è bisogno di cultura della salute, di cultura della vita.

Così è cresciuto l'interesse e il contributo di cittadini e associazioni culturali della società che iniziano ad interagire con il movimento.

Slow nursing non ricerca il clamore del successo bensì la partecipazione attiva di ogni singola persona che autenticamente possa contribuire alla crescita del movimento.

Concludendo il movimento Slow nursing è per chi desidera migliorare la qualità della cura, la qualità della vita.

Ogni contributo inviato, anche di poche righe, sarà utile ad alimentare la discussione del convegno, del movimento. I contributi vengono raccolti negli Atti del convegno e pubblicati e disponibili liberamente sul sito.

Vi invito, anche se non verrete al convegno, ad inviare un contributo, anche di poche righe (pensiero, spunto, suggerimento o quesito), utile alla discussione.

Luciano Urbani

La partecipazione al convegno è gratuita per infermieri, operatori sanitari e cittadini interessati, previa iscrizione sul sito web: www.slownursing.it

Per effettuare l'iscrizione entrare nell'area riservata con queste credenziali:

nome utente: slownursing password: ve2017

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

Gent.le Dott.ssa. Barbara Mangiacavalli

PRESIDENTE FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

Oggetto: responsabilità deontologica dell'infermiere riguardo al cateterismo vescicale. Invito al Convegno Slow nursing – 04 marzo 2017 – Zelarino - Venezia

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Comunque, spesso anche in ospedale non sono disponibili le sacche urine sterili. Questa situazione è in contrasto con le norme, raccomandazioni e linee guida per la prevenzione delle infezioni delle vie urinarie sin dal 1981.

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

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

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

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

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

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

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

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

Sapendo già che risponde del rischio clinico l’operatore che attua la procedura, è quanto mai opportuna una indicazione della Federazione rispetto a questa problematica.

Ringrazio per l’attenzione, e rimango in attesa di indicazioni da parte della Federazione per attivare la necessaria discussione al 3° Convegno “Slow nursing: Essere infermiere – un nuovo sguardo per la cultura della cura” in programma sabato 04 marzo 2017 a Zelarino (Venezia) di cui allego il programma.

Colgo l’occasione per invitarLa al convegno, dove sarebbe particolarmente gradito ai colleghi convenuti il Suo saluto e una sua relazione in risposta al problema.

Preciso altresì con dispiacere di non essere in grado di coprire le spese per l’invito, in quanto per l’organizzazione non abbiamo fondi sufficienti.

La prego di gradire cordiali saluti.

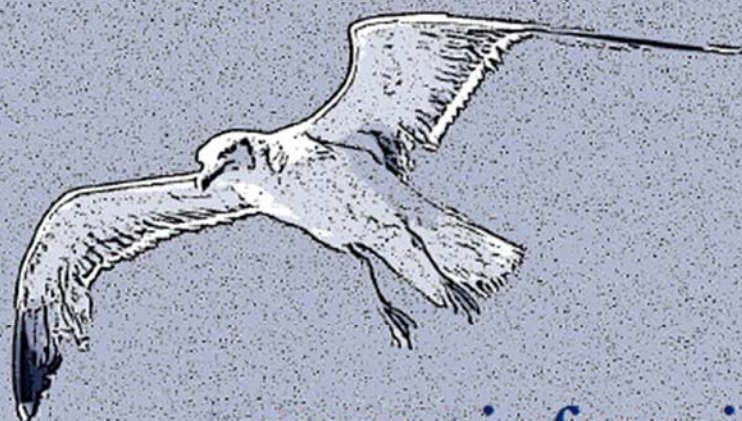
Mestre 09 dicembre 2016

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

In allegato il pdf:

Programma Convegno Slow nursing 04 marzo 2

**Slow nursing - il tempo per l'assistenza
momenti di riflessione su infermiere - cultura - società**



essere infermiere

un nuovo sguardo per la cultura della cura

tutto è necessario perché il ciclo dello spirito si compia,
si arrivi ad una nuova sintesi, un nuovo equilibrio - Hegel

SABATO 4 MARZO 2017

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

con il patrocinio di



Venezia



Collegio Provinciale
IPASVI GROSSETO

Collegio Provinciale
IPASVI LA SPEZIA

Collegio Provinciale
IPASVI FIRENZE

Collegio Provinciale
IPASVI CHIETI

Collegio Provinciale
IPASVI BAT
BARILETTA - ANDRIA - TRANI

Collegio Provinciale
IPASVI BARI

Collegio Provinciale
IPASVI BRESCIA

Collegio Provinciale
IPASVI TERAMO

EVENTO ECM FREE REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

COLLEGIO IPASVI FIRENZE

e **Teleflex**

www.slownursing.it

Slow nursing - il tempo per l'assistenza momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

ORGANIZZA IL 3° CONVEGNO

essere infermiere un nuovo sguardo per la cultura della cura

SABATO 4 MARZO 2017 ORE 8,30 - 17,00

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

Modera: Franco Daprà - Infermiere Coordinatore - Bolzano

Enrico Gianfranceschi - Infermiere Coordinatore SITR - Milano

Segnalazione di un contributo originale 2016

- **PROVOCAZIONI RIFLESSIVE: SE L'INVENZIONE VALE PIU' DEL REALE**
Luciano Urbani - Infermiere - Mestre
- **RICHIEDIAMOCI COS'E' L'INFERMIERE?**
Valter Fascio - Infermiere Coordinatore - Torino - Ordine Benedettino di S.Maria d'Ivrea
- **L'INFERMIERE SENZA PROFESSIONE**
Danilo Massai - Presidente Collegio IPSAVI Firenze

BUFFET

LA CURA TRA RAGIONE ED EMOZIONI

Conducono: Franco Daprà e Enrico Gianfranceschi

Interviene: Giuseppe Goisis - Filosofo Università Ca' Foscari - Venezia
Roberto Biancat - Infermiere Dirigente - Aviano
Melania Cassan - Società Filosofica Italiana - Venezia

- **LE EMOZIONI CHE CURANO, SPAZI E TEMPI PER LA RELAZIONE**
Laura Candiotta - Ricercatrice - Università di Edimburgo
- **L'INFERMIERE INCONTRA L'INFERMIERE**
Marcella Gostinelli - Infermiere Dirigente - Firenze
- **DISCUSSIONE INTERATTIVA RELATORI-PUBBLICO**

INGRESSO LIBERO:

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

www.slownursing.it

Per informazioni:

slownursing@inferweb.net

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

essere infermiere - un nuovo sguardo per la cultura della cura

Slow nursing è un movimento di libera cultura e libera riflessione sulla professione infermieristica e la società. Una palestra dove la parola è libera da timori e condizionamenti, quale strumento per la ricerca di una buona politica della salute: infermieri che curano i cittadini e cittadini che si prendono cura dei curatori.

Un nuovo sguardo per la cura è necessario per capire, nell'orizzonte del possibile, se e come l'infermiere sia consapevole del ruolo da lui svolto nella società, ma anche se la società stessa riconosca il ruolo fondamentale di chi è chiamato a "prendersi cura".

Solo l'infermiere può assolvere questo compito, perché ciò rappresenta la più intima essenza della sua professione, per cui è stato propriamente formato.

E' dunque indispensabile operare una riflessione culturale per definire una identità che superi obiettivi immaginari, interessi particolari, di bassa politica.

Interrogarsi se l'agire infermieristico sia coerente a rivendicare ed assumere il ruolo che spetta a una professione fondamentale all'esistenza stessa del sistema sanitario.

Al contempo è la società nel suo complesso che deve chiedersi se merita i servizi che pretende. Se per Hegel, grande filosofo idealista, ogni singolo aspetto è necessario all'interno dell'organizzazione del tutto, così della nostra società fanno ugualmente parte, "spending review", incompetenza, clientelismo, malasanità, corruzione, ladrocinio, carenza infermieristica.

La società rischia la vita per risparmiare sugli infermieri (Lancet, 2014).

E i pochi infermieri che rimangono vivono situazioni insostenibili di stress lavorativo, con un rischio clinico fuori controllo.

In gran numero gli infermieri devono emigrare per iniziare una professione, che il nostro paese, che ha investito grandi risorse per la loro formazione, ha deciso di sprecare.

Se non si ha il coraggio o non si vuole guardare la realtà per quello che è come è possibile modificare e correggere errori e ingiustizie?

Tutto è necessario, ma gli aspetti negativi vanno distinti e filtrati, separati, allontanati dal nostro spazio di azione, che deve assumere un valore etico.

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

....un nuovo sguardo per la cultura della cura essere infermiere....

Luciano Urbani

INDICE

ABSTRACT

Luciano Urbani	Provocazioni riflessive: Se l'invenzione vale più del reale	17
Valter Fascio	Richiediamoci... Cos'è l'infermiere?	18
Laura Candiotta	Le emozioni che curano. Spazi e tempi per la relazione	18
Marcella Gostinelli	Zelarino 2017	21

CONTRIBUTI

Barbara Mangiacavalli	Lettera al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin -17-02 2017	22
Carlo Beraldo	L'originalità dell'infermiere tra fare ed essere	24
Franco Daprà	L'infermiere, la società e le prospettive future... come agire?	25
Enrico Gianfranceschi	Senso e valore delle parole per la professione	29
Francesco Macaluso	Al centro della riflessione	31
Marina Orvieto Da Ponte	Il malato	32
Valter Fascio	L'infermiere liquido nella società liquida	34
Renata Firpo	La cura nel mondo	38
Muzio Stornelli	Perché la nostra è una professione intellettuale? Le parole contano!	42
Stefano Musolesi	Riflessione sulla professione!	43
Paola Schiavon	Motivazione	44
Alberto Madricardo	Salute e bellezza sono pienezza d'essere	44
Maria José Amato	La voce alla sofferenza	47
Andrea Minucci	Episodio	47
Sandra Galassi	L'immagine dell'infermiere	48
Aldo Montalbano	Confronto con i cittadini	48
Mauro Costabile	Donchisciotte	48
Maria Grazia Panizzo	Sono prossima alla pensione	51
Paola Piccolo	Una domanda	52
Lorenzo Baratti	Una piccola Riflessione	52
Teresa Leto	Un sogno	53
Alessandro Ditadi	Essere infermieri: una professione relazionale	53
Dario Roman	Le professioni mediche oggi: la questione della «responsabilità»	55
Marcella Gostinelli	L'infermiere incontra l'infermiere	59

ABSTRACT

PROVOCAZIONI RIFLESSIVE - SE L'INVENZIONE VALE PIÙ DEL REALE

Luciano Urbani - Infermiere Mestre

Quale valore ha la vita, la cura, la morte?

C'è uno smarrimento diffuso di valori, di senso, di scopo.

Se il sogno pervade il pensiero e infiltra la quotidianità, come possiamo distinguere il reale dalla fantasia?

L'intelligenza si squaglia, si assottiglia, evapora.

Siamo nell'epoca "quantistica", dove convive il paradosso della copresenza, dell'ubiquità.

Tutto è possibile e nel contempo impossibile. Tutto è dovuto e nulla è certo.

L'Italia è fondata sul lavoro e contemporaneamente sulla schiavitù.

La sanità è pubblica e contemporaneamente privata.

Per la legge del Veneto l'infermiere è professionista e contemporaneamente un esecutore.

Nel turno di notte in ospedale il dottore infermiere vigila e contemporaneamente il dottore medico dorme.

Perfino il principio di contraddizione viene sconfessato, perché in sanità esiste l'infermiere e contemporaneamente il non infermiere.

Per il Ministero della Salute la procedura di cateterismo è sterile e contemporaneamente non sterile.

La mente vacilla fra l'esaltante esplosione dell'impossibile e la cogente esigenza di evidenza. La fuga verso l'immaginario, annebbia il giudizio, la comprensione, la responsabilità.

Tutti si dichiarano onesti e contemporaneamente c'è un elevatissimo tasso di evasione, corruzione e truffe, una grande ipocrisia.

Com'è possibile pretendere il diritto alla salute se non c'è il diritto al lavoro che è il principio fondante della Repubblica? Com'è possibile garantire una sanità pubblica se il medico di famiglia, fondamentale componente del sistema della sanità di base, è un imprenditore privato?

Se il valore principale della società è il profitto, allora vanno ridimensionati e ricollocati tutti i diritti. Se tutto è merce allora non c'è diritto: a tutto va assegnato un prezzo e ogni servizio va assegnato solo a chi se lo può permettere.

Slow nursing è contro le ambiguità, Slow nursing è per la ricerca di una cultura dell'agire per l'uomo, perché la cura necessita di un nuovo sguardo, gravido di interesse per la vita.

RICHIEDIAMOCICOS'È L'INFERMIERE?

Valter Fascio - *Ordine di Santa Maria di Ivrea Osb. Infermiere Coordinatore. Specializzazione nella Salute Mentale, Master Forense.*

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

LE EMOZIONI CHE CURANO. SPAZI E TEMPI PER LA RELAZIONE

Laura Candiotta - *University of Edinburgh*

Un pregiudizio di fondo ha accompagnato la Filosofia Occidentale, secondo il quale le emozioni sarebbero stati irrazionali della mente dai quali bisognerebbe riuscire a emanciparsi. Ci sono state anche importanti eccezioni, non solo con la grande svolta fenomenologica ed esistenzialista della filosofia del Novecento, ma anche

precedentemente, basti pensare a David Hume o a Blaise Pascal. Lo stereotipo razionalista, tuttavia, mi sembra essere ancora molto presente non solo nel metodo scientifico della ricerca filosofica, ma anche nella vita quotidiana, dove è osservabile prevalentemente nel suo opposto, ovvero in una forma di emotivismo funzionale alle logiche di mercato. L'emotivismo, il ritenere cioè che le emozioni da sole determinino le nostre scelte, fa parte di una stessa storia che intende in maniera dualistica la razionalità e le emozioni e che produce, dunque, sbilanciamenti in uno dei due estremi: l'essere umano è o fredda razionalità o dissennata emotività. Entrambi questi estremi mi sembrano essere pericolosi, non solo dal punto di vista della salute e del benessere dell'individuo, ma anche dal punto di vista etico e politico perché minano alla base la possibilità di direzionare alla cura dell'altro la dimensione emotiva che, invece, è una risorsa eccezionale per costituire una comunità degli affetti capace di rinnovare il legame sociale anche in quelle dimensioni sottoposte all'assedio tecnocratico e disumanizzante.

Le neuroscienze, però, almeno dagli anni Novanta del secolo scorso, hanno dimostrato l'essenziale interazione tra cognizione ed emozione nel comportamento e, ultimamente, si riconosce non solo l'interazione ma anche l'integrazione (Gray et al. 2002) di queste due dimensioni, ovvero la mutua complementarietà del cognitivo e dell'emotivo per l'adempimento di alcune specifiche funzioni mentali, quali la percezione, la memoria e l'apprendimento. La psicologia evolutiva, inoltre, ha evidenziato chiaramente come le emozioni siano state la prima risorsa biologica al servizio della comprensione, decisione e azione in un determinato ambiente e come esse ci accomunino ad altri animali non umani. In questo senso, la prospettiva enattiva sulle emozioni (Colombetti 2014), partendo dalla tesi secondo cui è la relazione costitutiva con l'ambiente ciò che produce la cognizione, ha sostenuto l'intelligenza di una affettività primordiale incarnata e situata che emerge nella dimensione relazionale e, quindi, anche intersoggettiva (Candiotta 2016).

Il fatto che la dimensione emotiva e cognitiva siano integrate non significa affatto che il nostro agire sia immune dagli squilibri che ho precedentemente introdotto, o che sia protetto da ogni forma di condizionamento che cerca di utilizzare uno dei due poli – specialmente quello emotivo – a proprio vantaggio; sottolinea invece la necessità di prendersi cura di entrambe le dimensioni, e della loro armonica integrazione, in ogni pratica educativa e formativa, anche quindi della formazione professionale. In particolare, questa dimensione è estremamente rilevante per la formazione professionale nell'ambito della cura, dal momento che questi professionisti sono chiamati a mettere in atto le proprie competenze in una dimensione essenzialmente relazionale. Sostengo quindi la necessità di una educazione all'armonica integrazione di cognizione e affettività che si fondi anche

sul riconoscimento di quelle risorse naturali – in primo luogo l’empatia – che ci costituiscono come umani, per la professione infermieristica. Come sostiene Aristotele, l’educazione conduce all’esercizio di disposizioni virtuose che potranno in seguito divenire costitutive del nostro modo di agire. Si tratta dunque di operare un lavoro su di sé, sorretto da un approccio interdisciplinare, in vista di un potenziamento delle nostre capacità relazionali. Nello specifico, cioè significa nutrire e sviluppare quella particolare dimensione affettiva che produce non solo benessere nelle relazioni di cura, ma che anche permette di realizzare relazioni che siano veramente in grado di dare voce alle potenze insite nella nostra umanità.

Ci sono dunque degli stati emotivi, delle motivazioni e delle disposizioni relazionali che supportano un’empatia di base che possono essere funzionali alla costituzione di efficaci relazioni di cura, quali in primo luogo l’ascolto profondo, l’umiltà e la fiducia nel cambiamento. La psicoanalisi e la psicologia umanistica utilizzano le emozioni del paziente e le emozioni che si costituiscono nella relazione come risorsa per la cura, intesa come trasformazione. All’infermiere, però, non è richiesto di essere psicoterapeuta, ma di impegnarsi in un tipo di relazione che riconosca l’altro nella sua interezza, e quindi anche nella sua sofferenza, e di essere quindi in ascolto e di agire in vista di un miglioramento.

La fiducia nel cambiamento è infatti centrale affinché l’empatia possa essere un motore per l’azione e non un semplice riconoscimento fattuale della sofferenza altrui (Gruen 2015). Un’empatia di questo tipo è cioè un’empatia impegnata, sorretta da una responsabilità etica nei confronti della propria professione, che motiva l’infermiere a cercare soluzioni per migliorare la situazione.

Affinché questa dimensione possa essere nutrita e messa a servizio della relazione di cura, servono degli spazi e dei tempi che, in primo luogo, riconoscano il suo valore per il benessere non solo del paziente, ma anche del professionista della cura. Mi permetto dunque di chiedere a voi non tanto di riconoscere con disappunto quanto questi spazi e tempi siano sempre meno possibili da trovare in contesti sanitari che si configurano secondo le esigenze dell’economia e della tecnocrazia, ma di impegnarsi positivamente e con coraggio nella promozione di essi, aspirando alla costituzione di nuovi contesti che possano dare voce agli spazi e ai tempi della relazione, sorretti dalla fiducia entusiasta nei confronti delle potenzialità positive della nostra umanità incarnata. Grazie.

Riferimenti bibliografici

Candioto, L. 2016. “Extended affectivity as the cognition of the primary intersubjectivity”, *Phenomenology and Mind 11*, special issue on Emotions, Normativity, and Social Life, eds. Francesca Forlè and Sarah Songhorian, pp. 232-241.

Colombetti, G. 2014. *The Feeling Body: Affective Science Meets the Enactive Mind*. Cambridge (MA)/ London: MIT Press.

Gray J.R., Braver T.S., Raichle M.E. 2002. "Integration of emotion and cognition in the lateral prefrontal cortex". *Proceedings of the National Academy of Sciences USA* 99: 4115-4120.

Gruen, L. *Entangled Empathy*. 2015. New York: Lantern Books.

Per approfondire:

MacLaren, J. et al. 2016. "Mental health nurses' experiences of managing work-related emotions through supervision". *Journal of Advanced Nursing*, 72(10): 2423-2434.

Stenhouse, R. et al. 2016. "Exploring the compassion deficit". *Nurse Education Today* 39: 12-15.

ZELARINO 2017

Marcella Gostinelli - Infermiera disoccupata – Arezzo

Per me i ringraziamenti non sono mai delle mere formalità, ma la restituzione di qualcosa di buono che ti è stato dato. A me è stata data l'opportunità di essere qui con voi oggi per riflettere insieme. Grazie di aver scelto noi e di essere ancora qui

Ringrazio l'amico Luciano per aver dato vita a questo movimento con determinazione, coerenza, onestà e tanto, tanto impegno personale. Lo ringrazio anche per aver unito saperi così diversi apparentemente estranei come l'infermieristica e la filosofia. Mi piacerebbe molto poter anche in seguito apprezzare il ruolo critico della filosofia nel guidare le nostre condotte, per arricchire la nostra esperienza e soprattutto per promuovere la democrazia creativa, che nella nostra comunità infermieristica fino ad oggi è stato difficile promuovere. E' sorprendente infatti quanto sia possibile imparare da stili di pensiero che a prima vista possono sembrare estranei.

Ringrazio e saluto con tanto affetto la professoressa Laura Candiotta perché nei miei giorni di malattia mi ha fatto tanta compagnia con i suoi scritti; ti voglio bene Laura perché ascoltandoti e leggendoti ho potuto più volte attenuare il mio senso di inadeguatezza al mondo professionale in cui vivo, è come se per certi versi tu, con la tua autorevolezza, il tuo sapere ed il tuo sentire mi avessi autorizzata a rimanere aperta alle intuizioni creative che molte volte mi sono apparse alla coscienza ed al mio inconscio e che ho rifiutato perché non ritenute argomentabili e applicabili nel sistema. Quella che io chiamo conoscenza tacita degli infermieri, quella che nessuno vuole conoscere, ma che ha invece a che fare con le emozioni, le affezioni, i sensi di inadeguatezza ai diversi contesti di vita quotidiani che oggi brutalmente ignorano la scelta da noi fatta e la sua motivazione.

E sulla scelta e la motivazione ci tornerò sopra nel corso della mia relazione.

CONTRIBUTI

Contributo della Presidente per tutti gli infermieri italiani

INFERMIERI PROFESSIONALI
ASSISTENTI SANITARI
VIGILATRICI D'INFANZIA



Protocollo P- 2606/III.01

Data 17 FEB 2017

Rif.

Ill.mo Ministro
Beatrice Lorenzin
Ministero della salute

Oggetto Fatti di Perugia e Ancona
Infermieri

Federazione Nazionale Collegi IPASVI

00184 Roma
Via Agostino Depretis 70
Telefono 06/46200101
Telefax 06/46200131
Cod. Fisc. 80186470581

Gentile Ministero,

I recenti fatti di Perugia e Ancona impongono a questa Federazione di chiedere un Suo intervento urgente non per la tutela del lavoro degli infermieri coinvolti, peraltro del tutto lecita e doverosa, ma per la quale interverranno i sindacati e semmai i giudici del lavoro, bensì per la tutela della dignità professionale dei nostri professionisti e per quella assolutamente prioritaria dei pazienti, di cui la Federazione è garante e ne risponde direttamente al Suo dicastero in quanto vigilante sulla nostra professione.

I fatti sono noti. Il primo si riferisce al licenziamento di un'infermiera di un reparto di neonatologia di Perugia, prossima alla pensione, che si suppone essersi addormentata durante il turno di notte e per questo non avrebbe sentito l'allarme delle incubatrici. Il secondo riguarda un infermiere 60enne di Ancona – anch'esso quindi prossimo alla pensione - che dopo il suo regolare turno di 6,30 ore al mattino ed essendo in pronta disponibilità, è stato richiamato in sala operatoria in urgenza dalla mezzanotte fino alle ore 8 del giorno seguente, lavorando quindi 14 ore su 24. Avrebbe poi dovuto secondo disposizione turnistica, prendere nuovamente servizio per il turno pomeridiano dalle ore 13,37 fino alle 20,10, ma essendo comprensibilmente stanco, prima di lasciare il servizio, ha richiesto e segnalato al coordinatore di avere la necessità di riposare e di non essere in grado di lavorare quel giorno nel turno pomeridiano: per questo si dovrà presentare in commissione disciplinare per rispondere e discolparsi, pur avendo agito per tutelare la sua salute e quella degli assistiti.

Lei ha già ricevuto segnalazioni in merito da colleghi infermieri, ma questa Federazione sono ormai mesi che denuncia i rischi legati all'invecchiamento dei professionisti per i quali non c'è turn over e all'impossibilità di garantire una turnistica all'altezza della professionalità e dell'attenzione necessarie all'assistenza, in presenza di una carenza che solo per far fronte agli orari di lavoro e ai conseguenti riposi dettati dalla normativa Ue è per gli infermieri di non meno di 20mila unità.

Turni massacranti, organici depauperati, personale che invecchia – ogni anno l'età media cresce di un anno, come dimostrano i dati del Conto annuale della Ragioneria generale dello Stato e oggi siamo intorno ai 48-49 anni per gli infermieri - non garantiscono né il necessario benessere organizzativo né la sicurezza di chi, come gli infermieri, essendo operatori in front office, rappresentano il punto di caduta di tutto lo stress e i problemi anche dei cittadini e aumentano le inidoneità ad alcuni servizi, indebolendo l'assistenza. Il mancato reintegro dei giovani e il prolungamento dei termini per l'uscita dal servizio hanno fatto sì che oggi sia un fenomeno "normale" avere negli organici professionisti con età più elevate rispetto al passato. L'elemento che



però fatica a entrare nelle agende di chi si occupa di organizzazione, è la necessità di pensare approcci manageriali/organizzativi innovativi quali il diversity management piuttosto che l'adozione di programmi strutturati di formazione del personale e prevenzione del fenomeno.

Ma non solo. Turni massacranti si traducono per gli infermieri in disturbi del sonno, problemi digestivi, stress, aumento di peso, malattie dell'apparato gastroenterico, effetti sulla sfera psicoaffettiva e disturbi cardiovascolari con un aumento del 40% del rischio di malattie coronariche. Tutte evidenze che negli ultimi tempi molte campagne avviate dal Suo dicastero cercano di vitare e combattere. Ma i danni più subdoli sono quelli ai pazienti che del Servizio sanitario hanno fiducia: la ridotta vigilanza può portare a errori che possono compromettere il benessere del paziente. In uno studio relativo alle ore di lavoro degli infermieri per la sicurezza del paziente, i rischi di errori e gli errori sono aumentati quando gli infermieri hanno svolto turni straordinari oltre le 12 ore, incrementando 3 volte il rischio di cadere in errore e più del doppio il rischio di incorrere in un quasi-errore.

Di tutto questo tuttavia sembrano non curarsi le aziende sanitarie che, spesso, utilizzano, invece di quelli legati al buon senso, parametri che vengono dalla burocrazia e da una fiscalità secondo cui la qualità del lavoro si può misurare in minuti di presenza e non nel tipo di servizio che in certi casi questa può garantire. Colpa della carenza di risorse, colpa della carenza di organici, ma a farne le spese non possono essere i professionisti che dedicano se stessi a far fronte come si può proprio a queste situazioni.

Per questo ci rivolgiamo a Lei, perché intervenga rapidamente e in modo incisivo in una situazione che se a quanto pare non può avere vie d'uscita imminenti, reintegrando come sarebbe giusto e dovuto gli organici, non può nemmeno aumentare i rischi e gettare il fardello di tutte le responsabilità su quei professionisti che nei fatti di Nola Lei stessa ha definito "eroi che fanno il proprio lavoro e quando arriva un malato hanno il diritto ed il dovere di curarlo".

Le chiediamo di aiutarci a difendere questo diritto e questo dovere che si può garantire solo se chi se ne fa carico è nelle condizioni di farlo. E Le chiediamo formalmente e con urgenza di intervenire perché questi professionisti, oltre al danno fisico per loro e ai rischi per i pazienti che assistono, non debbano subire anche le beffe di carriere messe in dubbio se non troncate solo perché hanno ancora una volta fatto di tutto per compiere il loro dovere.

Cordiali saluti.

La Presidente

Barbara Mangiacavalli


L'ORIGINALITÀ DELL'INFERMIERE TRA FARE ED ESSERE

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

E' opinione diffusa che per il personale sanitario (medici, infermieri, terapisti della riabilitazione, ecc.) impegnato nel rapporto diretto con le persone necessitanti specifiche cure, la relazione umana attivata è solo strumentale per erogare una specifica prestazione tecnica. Da tale assunto deriva la caratteristica organizzativa qualificante il lavoro negli ambienti sanitari come "lavoro per prestazioni" dove il punto di forza è rappresentato dall'attuazione di *indirizzi operativi* che preordinano le sequenze di azione proprie di un intervento ritenuto professionalmente adeguato e dove l'esercizio delle responsabilità è definibile sotto forma di esecuzione di procedure corrette cui i singoli operatori sul campo debbono attenersi.

Non sempre è così, molti operatori accompagnano la competenza tecnica nella erogazione delle prestazioni qualificando anche il rapporto umano che inevitabilmente contraddistingue il contatto con la persona in difficoltà. Ma tale disponibilità appare più come caratteristica individuale dell'operatore che come dimensione valoriale della professione in sé e ancor meno dell'organizzazione dove ci si trova a operare.

Emerge in proposito l'antico dilemma che contrappone il concetto di "curare" (*CURING*) con quello di "prendersi cura" (*CARING*) dove il "curare" presuppone che l'esperto tecnico sia sempre il pieno controllore della situazione di cura che si esprime essenzialmente sulla componente biologica dell'individuo, mentre il "prendersi cura" rimanda a una relazionalità che pur comprendendo gli aspetti tecnico/strumentali, rinvia a una prossimità caratterizzata da elementi antropologici; è cioè un curare con l'intenzione di rendere migliore la qualità di vita a prescindere dalla persistenza o meno della patologia o della sua stessa esistenza in origine.

Al di là di questa contrapposizione è da chiedersi se nel rapporto con la persona malata l'aspetto relazionale debba configurarsi come elemento esclusivamente strumentale rispetto alla prestazione tecnica o, invece, se una buona relazione è non solo un elemento eticamente rilevante ma pure il prerequisito per l'efficacia terapeutica della prestazione tecnica, nella convinzione che uno stesso intervento tecnico "specifico" ha effetti diversi a seconda del contesto relazionale in cui questo avviene.

E' assodato che una buona relazione attiva l'alleanza terapeutica per una migliore *compliance* ed è proprio avendo a riferimento questa dimensione che è possibile affermare che la relazione di aiuto, anche in ambito infermieristico, richiede una **competenza tecnica** (rispetto al problema da risolvere: il *saper fare*) ma soprattutto una **competenza umana** (rispetto alla persona in difficoltà: il *saper essere*), dove l'attore principale del processo di aiuto si sposta su colui che richiede l'aiuto.

Proprio perché si realizza in contesti di prossimità con le persone che soffrono, l'originalità della professione infermieristica sta proprio in questa coniugazione tra *fare* ed *essere* realizzata svolgendo un servizio fondamentale per la comunità.

L'INFERMIERE, LA SOCIETÀ E LE PROSPETTIVE FUTURE... COME AGIRE?

Franco Daprà - Infermiere coordinatore - Bolzano

Prendendo spunto da un articolo, fra i tanti, del quotidianosanità.it, salta all'occhio come anche per le istituzioni il problema della gestione della cronicità e dell'invecchiamento della popolazione rivesta una grande sfida per il futuro...

Salta all'occhio anche come si prospettino strategie ed interventi necessari... creazione di reti, telemedicina, devices, big data etc. dove con "il monitoraggio a distanza del paziente, svolgono un ruolo fondamentale" come ha evidenziato Lorenzo Benussi, membro del tavolo Agenda Digitale della presidenza del Consiglio dei Ministri.

Salta all'occhio come sia e sarà importante che si instaurino percorsi che evitino i ricoveri ospedalieri, che facilitino le dimissioni, che s'innescino strategie mirate alla prevenzione delle riacutizzazioni, che il paziente del futuro proporrà sfide legate a patologie che comportano compromissioni multiorgano... "per le quali il processo di cura si conclude spesso con la perdita dell'autosufficienza."

Vengono segnalate l'importanza di "avere una rete di risposte sanitarie multispecialistiche e multiprofessionali con lo scopo di facilitare la dimissione dall'ospedale; la necessità di prevenire accessi inappropriati al pronto soccorso e negli ospedali; strategie preventive di riacutizzazioni con interventi mirati di slow medicine e sugli stili di vita".

Ed ancora... "E' necessario sviluppare e potenziare una efficiente rete ospedaliera per intensità di cura ed una rete di servizi per sub-acuzie e post acuzie per intensità di assistenza."

Occorre creare una rete di offerta di servizi sanitari di tipo *hub and spoke* con centri *labor intensive* capillarmente distribuiti sul territorio che si occupino della presa in carico di soggetti a rischio (prevenzione primaria e secondaria) e centri di eccellenza ad alta intensità di capitale."

A mio avviso, e questo articolo l'ho preso ad esempio in quanto ritengo sia lo specchio

dello stile di comunicazione vigente, si può notare come il problema principale venga menzionato solo in forma generica e molto lacunosa, come sia la patologia a prendere il sopravvento sull'essere umano, dove invecchiare viene descritto come un vero e proprio stato di malattia da gestire.

Credo che tutto ciò non sia casuale, questa è l'ennesima dimostrazione di come la classe medica riesca a descrivere la sanità, in ogni contesto trattato, come un ambito puramente ed esclusivamente medico, infatti le sfide, le attenzioni e gli impegni da trattare riguardano sempre la patologia...

Ma dov'è finito l'essere umano??

Dove sono finiti i nuclei familiari?

Dove siamo noi Infermieri in tutta questa "vicenda"??

Se pensiamo all'invecchiamento ed alla cronicità, bene allora dovrebbe essere tutto incentrato sull'assistenza, sulla gestione degli aspetti sociali e della gestione di tutte quelle pratiche che vanno assolte proprio per gestire alcune patologie che per l'appunto sono croniche e quindi non c'è in effetti il bisogno di chissacché dal punto di vista diagnostico e terapeutico...

Basterebbe definire dei percorsi che prevedono la presenza della figura Infermieristica, che conscia dei vari rischi li possa prevenire educando pazienti e care-givers, che possa comunicare le eventuali esigenze al MMG per eventualmente inviare il paziente presso lo specialista per indagini o soluzioni di problemi casuali e contingenti ingestibili al domicilio, quindi perché tutta questa sfida???

Secondo il mio modesto parere, siamo alle solite logiche di una lobby che, a causa dell'inevitabile riassetto definito da un'economia non più così florida, tende a trovare modalità e spazi per gestire quello che reputa il proprio territorio... la salute pubblica, anche a costo di farci apparire tutti ammalati...

E' per questo infatti che si nominano più volte figure professionali o esigenze nascondendole dietro genericità di comodo..."multiprofessionalità... reti di cura... cure domiciliari...servizi sanitari..." mai che si legga la parola "assistenza Infermieristica o Infermiere..." quando tutti sappiamo che sul territorio è un pò come omettere il chirurgo dalla sala operatoria...

Vi chiedo quindi... ma quanta voglia c'è realmente di trovare soluzioni alla cronicità??

E quanto invece si sta cercando di ospedalizzare il domicilio??

E' forse per questo che si parla sempre di cura e mai di assistenza (se non, attenzione, nella forma "Post acuzie per intensità di assistenza...")???

Vorrei porre una domanda...

Secondo voi chi ha scritto l'articolo ignora come realmente si opera sul territorio?

E' davvero convinto che a casa le persone vengano curate da medici che frequentano l'abitazione, variano terapie, eseguono indagini diagnostiche, cambiano diagnosi e quant'altro di solito si attua nella sede ospedaliera?

Oppure è conscio di come sia la realtà, ma l'articolo viene gestito per non togliere l'importanza di una figura professionale a scapito di un'altra?

E la politica?

Ignora davvero la realtà??

Se leggiamo con attenzione l'articolo inizia così:

"Percorsi multidisciplinari e approccio olistico per la salute di una popolazione anziana in continuo e costante aumento su tutto il territorio regionale e la realizzazione di interventi volti al raggiungimento e al mantenimento di uno stato fisico e mentale sano".

Quindi???

Si era iniziato correttamente, parlando di persone anziane, approccio olistico, mantenimento della salute e poi (per far piacere a qualcuno) siamo passati a patologia, intensità di cura e percorsi ospedale-servizi e medicina generale???

E' triste constatare che la parola Infermiere di famiglia non venga mai espressa nell'articolo, che della cronicità si pensi solo alla patologia, mai alle difficoltà che il nucleo familiare interessato è costretto a gestire (chi somministra la terapia, chi gestisce l'alimentazione, l'igiene, il rischio di cadute, la cura della cute etc...), ma chi lavora sul territorio sa bene che la sfida non è nell'esecuzione di un esame o nella preparazione di una terapia, ma sono soprattutto gli aspetti sociali e gestionali la vera salita da percorrere (spese insostenibili, figli all'estero, parenti sempre più carenti/assenti, badanti etc...)

Non a caso infatti si parla sempre più di genogramma nella gestione dei pazienti in carico al servizio Infermieristico domiciliare, e di approccio olistico, dove per l'appunto si gioca la professione dell'Infermiere.

Personalmente m'appare chiaro che sono scelte strategiche, di una comunicazione ben gestita da chi vede spostarsi l'ago della bilancia del potere sanitario dalla sede ospedaliera verso il territorio, e quindi un territorio da conquistare, per continuare a detenere quel

potere acquisto e consolidato da anni... e non per scelta di logica o di volontà... ma di scelta dettata dall'economia, dove oramai ogni essere umano deve adeguarsi ed inchinarsi al volere del "dio denaro"...

... una scelta che propone altre sfide ed altri pericoli... la privatizzazione, che tanta gola fa a chi di denaro non ne ha mai abbastanza e vede dopo l'alimentazione, la comunicazione e la mobilità ed il turismo il quinto grande business... la nostra salute...

E qui sorge un'altra domanda... ma è sufficiente lavorare molto e bene per rendersi visibili??

A mio avviso purtroppo no, ed è qui che vorrei portare l'oggetto di discussione... dove siamo latitanti?

Cosa ci manca per ricavarci un "posto al sole"?

Altra considerazione che vorrei portare in discussione riguarda la nostra professione ed il mercato del lavoro...

E' mai possibile che la classe medica sia così attenta a ricavarci spazi lavorativi di tipo privatistico e ben remunerato (vedi intra ed extramoenia, prestazioni in parallelo all'attività pubblica presso cliniche-strutture, attività convenzionate, gettoni presenza etc.) mentre noi dobbiamo essere sempre ed unicamente pubblico impiego e quindi... gratis??

Non dimentichiamo mai che giusto o sbagliato che sia ognuno di noi dà sempre grande valore a ciò che risulta costoso al contrario di quello che costa poco o nulla ed anche il rispetto va di pari passo (alcuni esempi sono sotto gli occhi di tutti, basti pensare all'ammirazione ed al rispetto per chi porta un Rolex o guida una Ferrari, rispetto a chi porta una "cinesata" guidando una panda...).

Pertanto credo che sia in quest'ottica che dovremo in futuro lottare per acquisire "sostanza" e non per fare business o per divenire tronfi ed arroganti, bensì per venire riconosciuti come professionisti preziosi e capaci... visibilità e riconoscimento generalizzato, perché purtroppo ci piaccia o no, i nostri giudici (pazienti) non hanno le competenze per giudicare ed i nostri "colleghi" ben si guardano dal fornirci i meriti che ci competono ben consci che sulla bilancia della salute più aumenta il nostro peso e più diminuisce il loro...

SENSO E VALORE DELLE PAROLE PER LA PROFESSIONE

Enrico Gianfranceschi - Infermiere Coordinatore – Milano

Nel rileggere i dieci principi dell'agire infermieristico di Slow nursing mi sono soffermato alla ricerca di parole chiave, cioè quelle parole che sono in grado di esprimere il "principio" e quindi di far capire da subito il senso.

Alcune parole sono più volte ripetute nei principi ad esempio la parola TEMPO è ripetuta 4 volte, mentre COMUNICARE viene citata 3 volte e CONOSCENZA è ripetuta due volte.

Quindi volendo dare una definizione più ampia delle parole all'interno dei principi dell'agire infermieristico ho provato a sostituire le "parole chiave" con le definizioni delle stesse acquisite dal dizionario della lingua italiana.

PRINCIPI DELL'AGIRE INFERMIERISTICO	PRINCIPI DELL'AGIRE INFERMIERISTICO
Il <u>tempo</u> è lo strumento fondamentale dell'infermiere	La parte della frazione temporale disponibile o assegnata per fare qualcosa o adatto a esso è lo strumento fondamentale dell'infermiere
Il <u>tempo</u> è necessario alla prestazione infermieristica	La frazione della sequenza temporale, compresa tra un inizio e una fine, necessaria affinché abbia luogo un processo, un'azione, un fenomeno, un evento è necessario alla prest-azione infermieristica
Il <u>tempo</u> è necessario per la <u>comuni-azione</u> trasversale a tutte le azioni infermieristiche	La frazione della sequenza temporale, compresa tra un inizio e una fine, necessaria affinché abbia luogo un processo, un'azione, un fenomeno è necessario per la comuni-azione trasversale a tutte le azioni infermieristiche
L'azione infermieristica (atto) è <u>comunicativa</u> , e si esplica nel <u>tempo</u>	L'azione infermieristica (atto) è far sapere, render noto; diffondere, e si esplica nella frazione determinata della sequenza temporale, rapportata a un sistema di misura
La <u>comunicazione</u> (parola) ha un significato pragmatico e semantico	Rendere comune, far conoscere, far sapere; per lo più di cose non materiali (parola) ha un significato pragmatico e semantico
Il fine non giustifica i mezzi ed è fondamentale il valore etico di come si raggiunge <u>l'obiettivo</u>	Il fine non giustifica i mezzi ed è fondamentale il valore etico di come si raggiunge il bersaglio, la meta, il proposito, lo scopo
Il <u>successo</u> ad ogni costo non viene considerato	L' esito, risultato favorevole ad ogni costo non viene considerato
La <u>conoscenza</u> (cultura) è l'essenziale condivisione di vita della società	Il conoscere, come presenza nell'intelletto di una nozione, come sapere già acquisito (cultura) è l'essenziale condivisione di vita
La volontà di promuovere <u>l'emancipazione</u> e la crescita culturale della Professione Infermieristica	La volontà di promuovere la liberazione da costrizioni e restrizioni tradizionali e la crescita culturale della Professione Infermieristica
La <u>conoscenza</u> serve per comprendere, per infine scegliere per essere	Facoltà, capacità di conoscere, d'intendere serve per comprendere, per infine scegliere per essere

Tale esercizio mi ha aiutato meglio a comprendere alcuni “principi” ad esempio legate al significato della parola TEMPO, che nel dizionario ha molti significati assai complessi, infatti il valore tempo in fisica ha un significato diverso rispetto al concetto di tempo in filosofia, ma ancora assume un concetto diverso nella musica ed ancora in meteorologia.

Quindi una PAROLA può assumere un significato diverso, ma anche noi possiamo dare un valore diverso ed è quindi importante che siano correttamente espresse, per non incorrere in fraintendimenti e/o incomprensioni.

Altra parola che, a mio parere, merita particolare attenzione è “**COMUNICARE**” perché non sempre è chiaro cosa realmente significhi comunicare che non è semplicemente il mettere in comunione la mia idea in modo che appaia esattamente com'è (definizione - dizionario della lingua italiana).

La parola comunicare deriva dal latino Cum (con) e Munire (legare, costruire) e nell'uso quotidiano la comunicazione è lo scambio di pensieri tra esseri umani per mezzo della parola, scrittura, gesti e immagini.

Concetto fondamentale nella comunicazione è stato espresso nel 1971 da Paul Watzlawick nella pragmatica della comunicazione umana dove rappresenta la comunicazione attraverso 5 assiomi.

Gli assiomi della Comunicazione sono semplici proprietà della comunicazione che possiedono tuttavia fondamentali implicazioni interpersonali e sistemico-relazionali.

Citando gli assiomi:

Non si può non comunicare.

Ogni comunicazione implica un livello di contenuto ed uno di relazione di modo che il secondo classifica il primo.

La natura di una relazione dipende dalla punteggiatura delle sequenze di comunicazione tra i comunicanti.

Gli esseri umani comunicano sia con il modulo numerico che con quello analogico.

Tutti gli scambi comunicativi sono simmetrici o complementari a seconda che siano basati sull'uguaglianza o sulla differenza.

La comunicazione che si compone di due aspetti

In un processo comunicativo vi è sempre l'interazione tra gli interlocutori (bi-direzionalità)

L'efficacia della comunicazione può essere valutata in relazione alla risposta ricevuta (feedback)

Inoltre il processo comunicativo deve essere dotato dei seguenti elementi:

un **emittente**, cioè un ente che invia un messaggio

un **mezzo**, es. nelle comunicazioni verbali è la parola

un **canale**, es. acustico o visivo

un **codice**, il significato della comunicazione es. lingua utilizzata

Ricordandosi che il risultato della comunicazione sta nella risposta che si ottiene (feedback) indipendentemente dalle intenzioni e/o dagli obiettivi prefissati (es aspetti educativi), di conseguenza per raggiungere degli obiettivi attraverso la comunicazione è assolutamente necessario saper leggere i feedback e con questi ritrarre la comunicazione.

Ultima considerazione è relativa alla parola **CONOSCENZA** che per ciò che concerne la professione infermieristica potremmo definirla "Il conoscere, come presenza nell'intelletto di una nozione, come sapere già acquisito" (Definizione da dizionario Treccani) e in questo è utile specificare che la professione infermieristica è in costante evoluzione e pertanto la volontà di conoscere non deve essere mai inibita in noi anzi stimolata e sviluppata.

Concludendo queste poche righe, le parole assumono tanti significati che esprimono valori diversi, sta a noi condividere e sviluppare i valori della professione e i principi dell'agire infermieristico espressi da SLOW NURSING hanno un valore che va oltre le semplici parole ma che sottendono grandi valori alla base della nostra professione.

AL CENTRO DELLA RIFLESSIONE

Francesco Macaluso - Dipartimento di scienze economiche - Università Ca' Foscari Venezia

Mi pare una iniziativa encomiabile quella di porre al centro della riflessione il ruolo dell'infermiere che va particolarmente apprezzato per il compito fondamentale che egli svolge nel momento in cui assiste la persona bisognosa di cure e di solido sostegno morale.

Come contributo al convegno che state organizzando mi viene spontaneo richiamare l'attenzione su un problema che preoccupa moltissimo l'intera città di Venezia, intendo Venezia, Marghera e Mestre: quello dell'emergenza smog per i gravi danni alla nostra

salute causati dalle polveri sottili. La situazione ambientale della nostra città da questo punto di vista è preoccupante.

Vedi, la cura dei luoghi può significare quasi istantaneamente la cura della salute dei cittadini. Questa è una battaglia che naturalmente non può essere affrontata dai soli addetti che operano con grande dedizione nei vari reparti ospedalieri, negli ambulatori, nelle strutture USL in genere. Però serve sapere che si cura la salute del cittadino curando la salute dei luoghi.

Ecco un'alleanza che deve vedere impegnati diversi settori dell'amministrazione, le municipalità, i lavoratori, ed i cittadini tutti.

Credo che cercare di allargare la collaborazione tra i vari comparti pubblici e privati, ai vari livelli di competenza, possa dare anche più forza alle giuste ragioni degli infermieri.

IL MALATO

Marina Orvieto Da Ponte - Insegnante di filosofia - Venezia

Nell'ospedale ci sono due tipi di malati: i malati nel corpo, per i quali sono allestiti molti reparti con molti operatori che si valgono di complessi strumenti per una incessante ricerca di cure che possano alleviare o anche eliminare quel danno che il corpo ha subito per cause spesso note, spesso ignote; i malati nell'anima (chiamiamola come ci hanno indicato Platone e Aristotele) per i quali ci sono alcuni reparti ma non ci sono molti apparecchi che possano vedere cosa c'è in fondo all'anima, cosa è danneggiato, quale è la causa dei dolori che il malato soffre. Si sa molto sul corpo, poco sull'anima. Si sa comunque che non vi è separazione, che il fondamento dell'incontro è il *sinolo*, la persona. (*Sinolo*, parola di Aristotele nel significato di "unione indissolubile"). Le filosofie, le religioni, le superstizioni, le pratiche mediche più varie e oggi capaci di creare suggestioni e grossi affari: in ogni tempo, in ogni luogo del pianeta sempre alla ricerca di una risposta "vera" sull'anima e sul corpo, sulla vita e sulla morte.

Inutile tormentarci sulle profonde e misteriose ragioni del rapporto fra il corpo e l'anima, ragioni che in ogni occasione si intersecano e si interconnettono; ognuno di noi sa o cerca di sapere sempre di più scrutando in se stesso i legami fra la vita vegetativa, quella sensitiva e quella razionale: quando ci sono delle sofferenze il problema è distinguere la "malattia organica" dalla "malattia psicosomatica", entrambe vere. Qui da noi appare un valore saper sopportare le sofferenze del corpo e dell'anima con un comportamento controllato; in altre culture l'esprimere senza ritegno i tumulti dell'anima e i disagi del corpo è bello e benefico.

I grandi successi della medicina del corpo sono nella direzione della frammentazione del tutto in parti. E' un processo di analisi; anche l'anima è sottoposta ad analisi, così chiamiamo le pratiche di cura per le nevrosi. Il corpo è pensato distinto nelle sue parti perché il pensiero umano si organizza individuando nel problema complesso gli elementi semplici che si esaminano separatamente per ritrovarli poi nell'insieme. Il processo del conoscere si articola in momenti: l'intuizione originaria, la distinzione delle parti (analisi) e la ricostruzione del tutto (sintesi). La stessa operazione non è potuta avvenire per i mali dell'anima la quale è pur oggetto di molte ricerche, che hanno composto importanti teorie, ma rimane misteriosa.

Pensare al corpo come un'entità riconducibile a meccanismi che si riproducono in laboratorio: aderire a questa immagine può essere difficile ma è in questa direzione che la medicina ha operato le ricerche che hanno ottenuto progressi miracolosi. Come disse con chiarezza uno dei fondatori della scienza moderna, Galileo Galilei, un fenomeno, lui la chiamò "sensata esperienza", è conosciuto quando lo si è esaminato nelle sue parti e lo si riproduce in laboratorio là dove se ne vedono fino in fondo le ragioni, per poi convalidare le osservazioni con le "certe dimostrazioni". La strada è stata aperta dalla filosofia greca, che si è fondata sull'*episteme* (per i filosofi greci significa l'esperienza che riconosce il suo valore). Il resto del mondo ha molte culture ma per lo più non distinguono il corpo dall'anima. Infatti le scoperte scientifiche che hanno cambiato il senso della natura e dell'esistenza dell'uomo sono il risultato delle ricerche dell'Occidente. Scoperte che hanno causato grandi beni e anche grandi mali. Può essere che il lavoro degli scienziati stia esagerando nel proiettare i fenomeni della natura verso mete imprecise, sconosciute, pericolose.

Per indicare un "sentiero" (Heidegger chiamava così la umile strada che indica la "casa dell'essere") a chi ha come scopo della sua vita di lavoro curare i corpi o le anime in operazioni separate, si pensi che le due essenze devono essere separate solo nella ricerca specifica mentre il pensiero deve sentirle unite, perché sono unite. Il malato nel corpo può trovare nelle sofferenze ragioni opposte, sia per rinchiudersi verso la vita che per sfidare la malattia e potenziare il suo coraggio; il malato nell'anima può trovare nelle sofferenze fisiche un rifugio oppure può utilizzare il disagio morale per annullare l'attenzione verso il corpo e superare così la malattia fisica. L'operatore sanitario, persona attiva che deve continuamente scegliere e decidere, deve concentrarsi con totale umiltà sul mistero della vita e della morte, della persona e dei suoi problemi. Le molte teorie della psicologia e della psicoanalisi, che hanno aiutato a pensare alla persona come nucleo di problemi, sono di grande aiuto ma non offrono vere soluzioni. Vogliamo riflettere fra la differenza che corre fra una difficilissima operazione al cuore e un altrettanto difficile

trattamento di cura per una gravissima depressione? Forse la prima situazione ha maggior probabilità di successo. Allora conosciamo meglio il corpo dell'anima ma pensarli separati è operazione astratta, valida soltanto nella fase della ricerca medica.

L'INFERMIERE LIQUIDO NELLA SOCIETÀ LIQUIDA

Valter Fascio - *Infermiere coordinatore. Specializzazione nella Salute Mentale, Master Forense - Torino.*

«Vita liquida» e «modernità liquida» sono profondamente connesse tra loro. «Liquido» è il tipo di vita che si tende a vivere nella società liquido-moderna. Una società può essere definita «liquida moderna» se le situazioni in cui agiscono gli uomini si modificano prima che le loro azioni riescano a consolidarsi in abitudini e procedure. Il carattere liquido della vita e quello della società si autoalimentano e si rafforzano a vicenda. La vita liquida, come la società liquido-moderna non è in grado di conservare la propria forma e neppure di tenersi in rotta molto a lungo (Zygmunt Bauman, Vita Liquida, 2006).

Con queste parole il filosofo e sociologo Zygmunt Bauman iniziava l'introduzione del suo libro *Vita liquida*, terzo saggio della trilogia sulla "liquidità" dopo *Modernità liquida* e *Amore liquido*. La prima osservazione da parte del lettore che incomincia a sfogliare le pagine di questo testo è quella di notare la grande capacità con cui l'autore descrive gli aspetti peculiari della nostra esistenza "liquida". Ho quindi semplicemente traslato con un'attività profondamente "solida", quale è lo scrivere, alcune delle possibili osservazioni applicandole all'ambito del lavoro specifico dell'infermiere nell'attuale società postmoderna, individuando dei parallelismi. Giungendo, infine, a creare senza alcuna velleità alcune chiavi interpretative di lettura, per concludere che dare oggi una forma e un senso a ciò che muta continuamente tutto intorno ad una professione appare sempre più un'impresa velleitaria e disperata. Insomma, la provocazione personale - ma neanche troppa - sarebbe questa: ma pensate veramente che un infermiere che vive completamente immerso in una società liquida possa non essere a sua volta liquido?

Secondo Bauman una delle cause più evidenti della crisi della società liquida era da ricercarsi nell'espropriazione violenta subita dalla capacità di esercitare l'arte della politica (amministrazione della polis per il bene di tutti) ormai privata di ogni caratteristica etimologica del termine greco e di qualsiasi reale forma di libertà e potere. Non esistono più istituzioni capaci di raccogliere, interpretare e realizzare le esigenze e i bisogni di una collettività. «Non abbiamo più simili istituzioni», afferma il sociologo, «perché la nostra politica residua è limitata soltanto più al livello dello Stato, mentre il potere addirittura si trova già da molto tempo oltre le frontiere nazionali o in mano alla finanza». Il rapporto tra

globale e locale è la criticità forte della nostra epoca, che si guardi il mondo dal punto di vista dell'individuo, dei gruppi o della città, regione, Stato. C'è sempre un "generale", "globale" o un "internazionale" con cui misurarsi e il metro è sempre irrimediabilmente, inesorabilmente troppo corto. Dal punto di vista delle organizzazioni umane la **scissione tra potere, politica** e realtà quotidiana è stato devastante. *«La situazione è questa: le realtà contemporanee dove noi viviamo e lavoriamo sono una sorta di dimenticatoi, dentro i quali i vari poteri globali lasciano ricadere i problemi reali affinché vengano risolti o dimenticati».*

In questo preciso contesto, la nascita del movimento e progetto *Slow nursing* è un tentativo di riorganizzazione aperta, a partire dal basso, luogo di scambio di contributi diversi orientati alla riflessione autentica che permettano agli "infermiere in sé" di ridisegnare percorsi ed obiettivi comuni condivisi. Non conta "l'apparire a tutti i costi" o il "successo" bensì la pratica di pensiero, appetito culturale, approfondimento ed esercizio concettuale che consenta di intravedere spiragli di azione per migliorare l'essere e progettare il futuro professionale all' "infermiere per sé". Quanto sopra avendo in mente, restando in ambito delle città, un primo esempio già riuscito, *Città slow* laboratorio di riorganizzazione a partire dal locale, una possibilità concreta di trasformare la "città in sé" in "città per sé". Non è una soluzione definitiva, tanto meno globale, ma ha rappresentato una prima presa generale di coscienza molto importante

In una società individualista *«ciascuno deve essere un individuo: almeno in questo senso, chi fa parte della collettività è tutto fuorché un individuo, cioè diverso dagli altri, o unico».* L'individualità, la ricerca del "vero sé stesso" viene affidata dalla società liquida al solo individuo (self made man) e non all'individuo in relazione" cioè come "persona" Compito ineffabile, quindi, diventare "persona" - se non addirittura eversivo - sicuramente destinato a non essere mai raggiunto perché contrario alla omologazione comporterebbe immediatamente l'esclusione e l'emarginazione. Come può, dunque, l'infermiere, individuo a sua volta, considerare veramente ogni utente affidatogli "in relazione" e "diverso dagli altri", valutare i suoi bisogni e desideri specifici, occuparsi dell'essere ontologicamente empirico e non solo scientifico, infine supportarlo a raggiungere compiti di vita impossibili per auto-realizzarsi? E il tutto come si concilia con le continue, pressanti e contingenti esigenze di omologare, standardizzare e proceduralizzare - anche attraverso severe raccomandazioni e linee guida - qualsiasi cosa accada nell'ambiente a discapito di ogni tipo di varianza dell' "altro di cui ci occupiamo"? Invarianza dell'"essere" umano, peraltro, decisa "dall'alto", sovente a tavolino, che trascurando qualsiasi visione sistemica tiene in nessun conto le tante irriverenze e in generale ogni appello a una comunità di valori (per i

professionisti codici etici e deontologici), la quale permetteva al singolo di sentirsi parte di qualcosa che ne interpretava i propri “bisogni”.

La società liquido-moderna, però, oltre a fornire un impossibile compito di vita, fornisce alle organizzazioni anche obiettivi impossibili e perfino le risposte puntuali e preformate a queste medesime impossibilità: sicuramente le “migliori” di tali risposte sono il *consumismo* e il *conformismo*. Il mercato dei consumi, fondato esclusivamente sulla logica economica utilitarista e del profitto, diventa “il migliore amico dell’individuo” sostituendosi all’ “altro da noi”, cioè tutte le persone; ne deriva che «*per essere individui, nella società degli individui, non si deve ragionare o pensare troppo o avere relazioni ma solamente - a seconda dei momenti - rendere o consumare al massimo*». Anzi, l’invito rivolto all’individuo è quello di non perdere tempo a pensare. Anche nella vita dell’infermiere, tutto ciò che esiste, è oggetto di consumo “più o meno” a scadenza: deve poter esser messo da parte, recarsi altrove o pensionato, se non è aggiornato o aggiornabile, esattamente come un programma informatico scaduto. La vita dell’infermiere liquido nelle organizzazioni di cura liquide dove nessun diventa “compagno di strada” avviene su binari costruiti di un ottovolante, lanciato in una corsa frenetica, senza fine e senza freni, che viaggia ai mille all’ora. Tutto accade in una esistenza lavorativa precaria ed incerta, in cui riferirsi alla propria formazione o imparare via via dalle proprie esperienze è impossibile perché non vi è il tempo per farlo e neppure per fermarsi, comunque anche la ricerca di una logica è inutile, le condizioni e la velocità entro le quali le contingenze accadono e cambiano continuamente è del tutto imprevedibile.

Nell’era della globalizzazione, che appiattisce e uniforma il pensiero intellettuale e il linguaggio, la solitudine e il disagio individuale si diffondono a macchia d’olio e talvolta nelle organizzazioni diventano malattia o follia, la quale tra gli infermieri si chiama *stress lavoro correlato, straining e burn out*. Emerge tra questi sempre più il bisogno di aggregazione e reciproco riconoscimento sui fondamenti comuni, per quanto fortemente problematizzati dalla necessità di un’integrazione culturale. Una identità persa per strada che condanna al limbo dantesco dell’indeterminatezza e irrilevanza. Nella società liquida non può più esistere *la* comunità di appartenenza - che vorremmo ritrovare -, la quale è un ambiente che rassicura, ma esistono *le* comunità, alle quali apparteniamo contemporaneamente, per tutta l’esistenza o anche solo per qualche giorno o ad intermittenza. La società è il mondo intero, è la vastità, lo spaesamento, l’emigrazione: è la solitudine essenziale della precarizzazione di ogni rapporto sia esso di lavoro o professione. L’attenzione nei confronti di questi argomenti si sta risvegliando per rispondere all’urgenza di un generale spaesamento e alla tensione che ognuno di noi vive

come infermiere fra il desiderio, talvolta inconciliabile, di conquistarsi un proprio spazio individuale di senso e significato e quello di fare parte di un gruppo che finalmente ci riconosca.

Il fattore tempo, com'è vissuto nella contemporaneità liquida? Esso consiste nel tempo d'utilizzo veloce, predeterminato e consumistico delle relazioni umane *fast* "usa e getta". *«L'eternità è ovviamente messa al bando. L'eternità, ma non l'infinito: finché dura, infatti, il presente può essere esteso e sfruttato oltre ogni limite, non si sente l'assenza di "chi o cosa verrà", dell'eternità: anzi la sua perdita può persino passare completamente inosservata»*. Il tempo è una variabile da escludere o negativa: si consuma come tutto ciò che sta attorno all'essere infermiere liquido. Nelle prestazioni professionali o viene standardizzato anch'esso oppure relegato all'ottica efficientista della performance. Rifacendosi alle teorie filosofiche di Arendt e di Adorno e confrontandole con Marx, Bauman ci invita - innanzi tutto come uomini - con una forte istanza a riadattare le riflessioni di questi pensatori dei tempi "solidi", in cui ogni individuo era "attore" e "produttore", ai nostri "liquidi", di consumatori, per ritrovare anche una nuova "logica di autonomia e responsabilità". Occorre, dunque, inserire *«una convergenza diversa e senza precedenti tra norme etiche e interesse alla sopravvivenza, comune e condivisa, dell'associazione universale del genere umano»*. In definitiva, nella sola prospettiva di un neoumanesimo collettivo, potremo forse responsabilmente tentare di riconoscerci "vicendevolmente" e riconoscerci parte della società in cui viviamo.

In quest'unico senso, si ritiene che le speranze di Bauman riposta in un'etica planetaria può avere un contributo anche dagli individui che costituiscono il mondo infermieristico se *coscienziosamente e individualmente* ci assumeremo il compito di *«progredire professionalmente in una forma di esistenza che resti nella sua auto riconoscibilità per noi»*, consapevoli però - cosa niente affatto scontata - che si tratta di una forma che muterà (meglio se co-evolverà) continuamente: ma che divenga né più né meno *ciò che si è già*. Come uomini saremo individui condannati alla marginalità, figli di una società che ci dimentica, tende ad escluderci e al tempo stesso vittime di comunità comunicabili che ci imprigionano? *«Non vi è dubbio che siamo prigionieri nella gabbia dorata della scelta tra la nostra libertà e la sicurezza. La costante necessità di decidere e scegliere per essere...»*, ricorderebbe ancora Bauman. Certo è che finite le "grandi narrazioni" e anche tutti i "modelli" professionali e non, questo fenomeno continuerà - indipendentemente che ne siamo consapevoli o meno e interessati a capirne le implicazioni - infermieri e l'intelligenza compresi. L'infermiere immerso in una società liquida, *lago d'acqua dolce* senza valori, nel quale paradossalmente - *come novello Tantalò* - viene condannato dal

giudizio degli dei al supplizio di ricercarli all'*infinito*. Ma è così?

Riferimenti bibliografici

Zygmunt Bauman, *Vita Liquida*, Laterza 2006

Zygmunt Bauman, *Individualmente insieme*, Diabasis, 2008

Zygmunt Bauman, *Comunitas. Uguali e diversi nella società liquida*, Aliberti 2013

Zygmunt Bauman, Chiara Giaccardi e Mauro Magatti, *Il destino della libertà. Quale società dopo la crisi economica?* Città nuova 2016

LA CURA NEL MONDO

Renata Firpo - Filosofa – Associazione. Culturale Nemus – Venezia

Il tema della *Cura*, in una prospettiva filosofica capace di aprirsi in diverse direzioni e, dunque, in grado di reggere la sfida del giudizio che la vita continuamente le rivolge, richiede preliminarmente alcune precisazioni di fondo. Innanzitutto si rende necessario un richiamo a quello che è il senso convenzionale, abituale e più diffuso e, quindi, non strettamente filosofico, del termine: per cura si intende una serie di *pratiche*, una serie di azioni che da' origine, alleva, conserva, ripara, sana tutto ciò che chiamiamo *mondo* all'interno del quale viviamo. Se è vero che la *cura come professione*, il cui ambito privilegiato è certamente quello terapeutico, all'interno del quale la comunità degli infermieri assume tutta la sua rilevanza, è altrettanto vero che sono diverse le sfere esperenziali delle *relazioni di cura* di sé, dell'Altro, del mondo. Il termine in questione, infatti, ha un ampio e complesso *campo semantico* che per la sua pluralità di sensi necessariamente ci apre alla *dimensione del pensiero*, ad una riflessione su quelle pratiche che noi chiamiamo *cura*. Per il coinvolgimento corporeo e mentale del soggetto nella sua globalità ogni azione di cura è caratterizzata da diverse e a volte anche antagoniste *tonalità emotive*, cioè da modi di sentire complementari mai nettamente distinguibili l'uno dall'altro perché è nel loro insieme che gettano un *ponte* cioè creano relazioni di varia natura, anche se tutte confluiscono nell'individuo nel momento in cui egli si rapporta a se stesso (cura di sé) all'altro (cura del proprio simile), al mondo (cura delle cose).

Attualmente assistiamo ad una *devastazione del linguaggio*, cioè ad un degrado dell'uso della parola ridotta ad una chiacchiera che banalizza e svuota di significato la comunicazione. Ciò che sta accadendo ci fa comprendere come la ricerca del senso della Cura inizia dalla *cura della parola*: ci resta ancora molto da pensare sulle nostre esistenze per ri-nominare in modo autentico le pratiche di cura, per cogliere la portata di questo

mondo di cui non possiamo fare a meno perché ne andrebbe del senso stesso del nostro essere. Affidiamo alle parole di Heidegger questo importante messaggio:

La devastazione del linguaggio, che rapidamente si estende ovunque, non consuma solo la responsabilità estetica e morale che si ha in ogni uso del linguaggio. Essa proviene da una minaccia dell'essenza dell'uomo. (...) La decadenza del linguaggio, di cui da qualche tempo si parla molto, anche se tardivamente, non è però il fondamento, ma già una conseguenza di quel processo per cui il linguaggio, sotto il dominio della moderna metafisica della soggettività, cade in modo quasi inarrestabile fuori dal suo elemento. Il linguaggio ci rifiuta ancora la sua essenza, che consiste nell'essere la casa della verità dell'essere.⁵

Il recupero di una prospettiva speculativa ci può ricondurre alle origini della nostra storia conciliando il passato con il presente, quando l'opera di Ippocrate (V – IV sec.a.C.) riusciva a conciliare il punto di vista scientifico con una concezione globale dell'essere umano nella sua propria natura e nei suoi rapporti con l'ambiente naturale e sociale. La cura, intesa qui come terapia, aveva come scopo di ripristinare nell'individuo vivente l'equilibrio e l'armonia perduti con la malattia e, quindi, poteva essere considerata una parte di quella *formazione umana (paidéia)* caratteristica del periodo umanistico della civiltà greca, in cui lo sguardo teorico e la sapienza pratica, l'arte filosofica e l'arte medica vedevano una fusione capace di offrire quella visione d'insieme che ancora oggi stiamo tentando di rappresentare.

Ci rivolgiamo ancora ad Heidegger per ricomporre quella visione d'insieme. In *Essere e tempo*⁶ l'idea della Cura è rappresentabile come una *costellazione di concetti*, come la struttura portante e fondativa dell'opera: da un lato articola la complessità delle tonalità emotive della Cura e dall'altro radica nella condizione esistenziale dell'essere umano tale complessità, senza tacere la drammaticità dell'esistenza, la *sofferenza ontologica*, senza cedere alla tentazione consolatoria che impoverirebbe di senso proprio tale essere al mondo. L'assunzione di questa prospettiva non ci conduce, però, in un vicolo cieco perché, configurandosi come un'*analitica della finitudine*, dirige il nostro sguardo verso l'*avvenire autentico*, apre alle possibilità di ricerca di un vivere disincantato perché «l'Esserci non ha una fine, raggiunta la quale semplicemente cessa, ma *esiste finitamente*»

⁵ Heidegger M., *Lettera sull'«umanismo»*, in *Segnavia*, Milano, Adelphi, 1987, p. 272.

⁶ Heidegger M., *Essere e tempo*, Milano, Longanesi, 1976.

Ci apriamo al pensiero del filosofo a partire da quella che egli chiama una *testimonianza preontologica*, cioè da un passo che prova lo spessore esistenziale della Cura al di là dell'analisi filosofica: si tratta, infatti, di una delle *Fabulae* presente nel manuale mitologico ad uso scolastico attribuito a Gaio Giulio Igino, scrittore romano vissuto nel I sec. d.C., giunta fino ad Heidegger dopo diverse rielaborazioni. La *fabula* intitolata, appunto, da Igino «Cura» viene scelta dal filosofo per dimostrare che la questione è coesistente all'essere al mondo dell'uomo fin dalle sue origini, vale a dire fin da quando ha incominciato a riflettere sul senso dell'esistenza attraverso un racconto immaginifico: l'interpretazione esistenziale si afferma come *autointerpretazione* attraverso gli archetipi del mito prima ancora che attraverso il concetto. Questo il testo della *fabula*:

La «Cura», mentre stava attraversando un fiume, scorse del fango cretoso: pensierosa, ne raccolse un po' e cominciò a dargli forma. Mentre è intenta a stabilire che cosa abbia fatto, interviene Giove. La «Cura» lo prega di infondere lo spirito a ciò che essa aveva fatto. Giove acconsente volentieri. Ma quando la «Cura» pretese imporre il suo nome a ciò che aveva fatto, Giove glielo proibì e volle che fosse imposto il proprio. Mentre la «Cura» e Giove disputavano sul nome, intervenne anche la Terra, reclamando che a ciò che era stato fatto fosse imposto il proprio nome, perché aveva dato ad esso una parte del proprio corpo. I disputanti elessero Saturno a giudice. Il quale comunicò ai contendenti la seguente giusta decisione: «Tu, Giove, che hai dato lo spirito, al momento della morte riceverai lo spirito; tu Terra, che hai dato il corpo, riceverai il corpo. Ma poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, finché esso viva lo possieda la Cura. Per quanto concerne la controversia sul nome, si chiami *homo* perché è fatto di *humus* (Terra)». ⁷

L'origine dell'uomo è caratterizzata da un *caso*, da una *doppiezza* e da un *conflitto*. E' *per caso* che *Cura* raccoglie la *terra*, la plasma e si interroga su che cosa sia venuto fuori. Ciò che ha assunto una forma materiale è, però, mancante dello spirito e dunque ancora massa inerte. E' *Giove*, padre degli dei, che gli dà la vita rendendolo umano come composto di anima e corpo, quindi come un essere che nasce da una *doppiezza*, da una separazione, da una mancanza. E' da questa *doppiezza* che nasce il *conflitto* sul nome: Cura, Giove e Terra, avendo avuto ognuno la propria parte nella creazione, disputano per definire con il nome questo nuovo essere. Solo Saturno, dio latino del *tempo*, però, dirà l'ultima parola decidendo che questo essere finito sarà posseduto dalla Cura.

⁷ Ibidem, p.247.

In questa *fabula* sono presenti gli *archetipi della cura* come strutture fondamentali dell'analitica della finitudine. Questi *fondamentali* nel loro insieme si articolano via via nell'indagine attraverso una serie di rinvii di senso in una relazione di reciprocità per cui ogni termine ne presuppone un altro ed allo stesso tempo è ad esso presupposto. Il comune denominatore di questi rinvii di senso è rappresentato proprio dalla Cura: il termine è da prendersi nel suo doppio significato di *aver cura* degli altri e del *prendersi cura* delle cose d'uso, ma in ambedue i casi emergono due tonalità emotive: non si tratta soltanto di sentire il bisogno di generare, crescere e mantenere, ma anche di provare apprensione, preoccupazione, affanno. Sono questi stati emotivi riconducibili alla Cura che caratterizzano il modo specifico con cui l'uomo è *nel* mondo, la struttura originaria e unitaria del senso del suo stesso essere. L'essere-nel-mondo, dunque, è coesistente alla Cura nel senso che, diversamente dagli altri enti (animali, piante, cose), solo quell'essere umano che è l'uomo esiste nelle *relazioni di cura*, solo dell'uomo si può dire che ha l'*esistenza* e che si espone avendo di fronte due possibilità: o realizzarsi e vivere nell'*autenticità* prendendo in carico, accettando la propria finitudine e, dunque, assumendo la *temporalità* come propria dimensione oppure perdersi nella *deiezione*, nelle *forme inautentiche* della chiacchiera, della curiosità, dell'equivoco, decadendo nel mondo quotidiano dell'inganno della pubblica opinione e dell'impersonale *si dice*.

La prospettiva della temporalità come apertura all'autenticità è possibile solo perché l'esistenza stessa è un *pro-getto*: nel presente del vissuto e memore del passato, si proietta nell'avvenire senza soluzione di continuità: parlare di passato, presente e futuro come momenti separati, così come vengono intesi da una comprensione inautentica del tempo, è un inganno; mentre concepire l'esistenza come progettualità permette una direzione delle nostre azioni, una volontà orientata, forse una speranza nel futuro, proprio perché «il passato scaturisce in certo modo dall'avvenire». E' questa tensione verso il futuro che permette all'uomo di incontrare, di abbracciare progettandosi le altre entità nel mondo. Intendere l'esistenza come un progetto, come una proiezione verso l'Altro, come un «esser-libero per le possibilità più proprie» e, quindi, come un avvenire, perché di questo si tratta, significa che l'esistenza stessa è Cura proprio come ci racconta la *fabula* di Igino sopra riportata: è Saturno dio del tempo che sancisce: «poiché fu la Cura che per prima diede forma a questo essere, finché esso viva lo possiede la Cura.». Come progetti portiamo con noi un « non ancora che sarà, cioè una mancanza costante» ed è questa mancanza incolmabile che ci spinge agli atti di cura: è una mancanza ad essere pienamente nell'esistenza per via di quel non-ancora, non abbastanza, non sufficientemente nel presente, e nello stesso tempo è una mancanza ad avere, a possedere totalmente se stessi, gli Altri, le cose, a loro volta transitori. Per questo la Cura

e gli uomini hanno la stessa origine: sempre cerchiamo comportamenti di cura perché solo in questo modo ci sentiamo di poter esistere nell'imperfezione di un al di là ancora da venire.

La *perfectio* dell'uomo, il suo pervenire a ciò che esso, nel suo esser-libero per le possibilità più proprie (per il progetto), può essere, è «opera» della «Cura». Cooriginariamente essa determina anche quel modo di essere di questo ente in virtù del quale esso è rimesso al mondo di cui si prende cura.⁸

PERCHÉ LA NOSTRA È UNA PROFESSIONE INTELLETTUALE? LE PAROLE CONTANO!

Muzio Stornelli - Infermiere Coordinatore - Avezzano

La professione infermieristica ha vissuto momenti di ausiliarità, momenti di demansionamento, momenti di gloria, e momenti di professionalità.

Oggi 22 gennaio 2017, digitando sul principale motore di ricerca mondiale Google (nella sua versione italiana Google.it), la parola infermiere, vengono fuori circa 6 milioni di risultati: al primo posto troviamo wikipedia, la quale definisce l'infermiere come quel "professionista sanitario dell'area delle scienze infermieristiche, che secondo i requisiti previsti dalla normativa è responsabile dell'assistenza infermieristica generale in Italia".

Ora proviamo a fare un esperimento: nuova ricerca. Parola chiave "infermiere professionale". Con piacevole sorpresa scopriamo che esistono solamente 291.000 risultati. Il web si è evoluto! L'immagine dell'infermiere, invece si è evoluta? Personalmente ritengo che la risposta sia no. Negli uffici dei dirigenti, nei documenti degli amministrativi, nelle delibere aziendali, troviamo ancora oggi la dicitura "infermiere professionale". Le parole contano! Contano anche i fatti però. Oramai sono passati più di 20 anni dall'istituzione del profilo professionale dell'infermiere, 18 anni dalla cancellazione della parola "ausiliaria" dalla frase professione sanitaria. Sempre di parole parliamo.

A questo punto proviamo a dare una risposta alla domanda: perché la nostra è una professione intellettuale? Semplice: la legge determina le professioni intellettuali per l'esercizio delle quali è necessaria l'iscrizione in appositi albi o elenchi (articolo 2229 codice civile). Ora eseguiamo l'ennesima ricerca di oggi: "elenco professioni intellettuali": al primo posto compare un documento ISTAT dal titolo "La classificazione delle professioni". A pagina 25 del file leggiamo il paragrafo "professioni intellettuali, scientifiche di elevata specializzazione": le professioni comprese in questo grande gruppo richiedono

⁸ Ivi, p. 248

un elevato livello di conoscenza teorica per analizzare e rappresentare, in ambiti disciplinari specifici, situazioni e problemi complessi, definire le possibili soluzioni e assumere le relative decisioni. Tale livello di conoscenza è acquisito attraverso il completamento di percorsi di istruzione universitaria di II livello o post-universitaria o percorsi di apprendimento, anche non formale, di pari complessità. La soluzione dei problemi e le decisioni che vengono assunte da queste professioni possono non essere già previste e sperimentate e possono richiedere, pertanto, un utilizzo creativo delle conoscenze possedute. Le professioni intellettuali, scientifiche e di elevata specializzazione sono suddivise al loro interno in base all'ambito disciplinare del quale si occupano. Le parole contano!

Citando il manifesto: Slow Nursing è una palestra dove la parola è libera da timori e condizionamenti, quale strumento per la ricerca di una buona politica della salute.

Ebbene, concludendo potremmo dire che abbiamo gli strumenti (parole) abbiamo il luogo dove utilizzarli (palestra). Non ci resta altro che mettere in moto la nostra mente, il nostro corpo, il nostro essere infermieri: Professionisti (intellettuali) della Salute.

RIFLESSIONE SULLA PROFESSIONE!

Stefano Musolesi - Infermiere Area Critica - Bologna

Partiamo col dire che l'università ti "prepara" a un modo che non esiste, pianificazione, diagnosi infermieristica e tante altre belle cose nella stragrande maggioranza dei casi non vengono applicate per esigenze organizzative. Riflessione sul panorama infermieristico, proviamo a fare un parallelismo con la professione medica, il clinico se ha un dubbio invia il paziente dallo specialista della materia, veniamo a noi infermieri, chi di noi ha effettuato un master molto raramente viene valorizzato all'interno delle singole organizzazioni e contemporaneamente riconosciuto come "esperto" della materia da parte dei colleghi. Se si vuole crescere, a mio avviso è necessario differenziare le competenze e a sua volta la retribuzione tra chi ha il "coraggio o la voglia" di crescere, e chi non nutre questi desideri, in Inghilterra la carriera clinica è di otto livelli, ad ogni livello corrispondono competenze e salari differenti, dimenticavo siamo in Italia e per i sindacati siamo tutti uguali. Formazione, io mando i "miei" studenti in Svizzera, non perché sono più bravi, ma per il semplice motivo che fanno le cose di dimostrata utilità, non quello che si pensa che sia utile, inoltre gli Infermieri che hanno effettuato il percorso di infermiere anestesista, tutti gli anni devono effettuare una formazione specifica, tirocinio/lavoro nei reparti intensivi e simulazione di casi, dove devono risolti dei casi complessi.

MOTIVAZIONE

Paola Schiavon - Infermiera - Padova

Credo nella professione e ci crederò sempre. Non sono riuscita a venire all'ultimo convegno che avete fatto, ma ci sarò al prossimo. Ho letto tutti gli abstract e i contributi, mi sono ri-ossigenata di competenza, professionalità, motivazione..... Ci sono davvero tanti infermieri, tanti colleghi straordinari, che credono nella loro professione con passione, che sono pronti a mettersi in gioco, pronti a cambiare logica, hanno idee, energie, sogni, cultura ho letto tutto con estremo interesse, condivido parecchio quanto scritto da ciascuno, e gli spazi di riflessione sono davvero tanti.

SALUTE E BELLEZZA SONO PIENEZZA D'ESSERE

Alberto Madricardo - Filosofo – Associazione Culturale Nemus - Venezia

Salute esprime l'idea di pienezza intesa come integrità, in ogni senso: non solo fisico, ma anche morale. Il termine latino "salus" ha la stessa radice di "salvus". Salute e salvezza originariamente si equivalgono: esprimono in senso, di un'integrità mantenuta. Salvo è chi o qualcosa che è rimasto intatto nonostante le minacce e i pericoli. Anche di un vaso che ha subito un colpo, per esempio. diciamo, dopo che lo abbiamo esaminato, che "è rimasto sano". Bello è qualcosa che non passa inosservato, che richiama l'attenzione. Il termine italiano "bello" viene dal diminutivo di un antichissimo termine usato per definire il buono (*duenus - duenulus*). La radice *kl* del termine greco "kalos" (*bello*) è la stessa che troviamo anche in "kalein" (chiamare), in "kleos" (*gloria*), solo per fare alcuni esempi. Ma si trova anche in latino (per esempio in "clamare", *clamor*, *clarus*, ecc.) e in altre lingue indoeuropee, in termini che esprimono il senso di un "richiamare" di un "imporsi all'attenzione" delle cose cui si riferiscono.

Salute e bellezza sono in generale aspetti complementari di qualcosa che colpisce e richiama per la sua integrità – armonia (fisica o morale), che cioè non manca di nulla e non ha niente fuori posto. Esse sono dunque le qualità che nel vivente si colgono nel momento del culminare e del "fiorire", nel punto di maggiore forza e di lontananza dell'organismo dalla morte (sia fisica che morale), che avviene per un processo di disgregazione dovuta a malattia o a vecchiezza o alla corruzione (disarmonia) dell'anima.

Salute e bellezza sono dunque proprie della vita che si manifesta nella sua pienezza, la sua "misura massima". "Si vive" autenticamente solo se si è sani e belli.

Immaginarsi una pienezza d'essere non è banale. I Greci la chiamavano "*kalokagathia*". Un termine composto che esprime grosso modo la nostra idea di perfezione. Letteralmente l'espressione greca significa "bellezza e bontà", dove però il concetto di "bontà" (*agathia*) non va inteso in senso eminentemente morale, ma identificato con l'attitudine, "l'esser buono per qualcosa". E il sano è il "buono" per eccellenza, nel senso che è "il più adatto" a vivere.

Per quanto possa apparire paradossale, non è facile trarre la luce dell'illusione dall'oscurità della vita reale (come si dice: "*lucus a non lucendo*"). Si può essere così conficcati nell'imperfetto da non volersene staccare mai, nemmeno nella fantasia. Così si vive in una mediocrità opaca e gelosa di se stessa, come accade a chi non vuole salire per timore di cadere.

Gli dei di molti popoli non hanno mai conosciuto l'armonia e sono rimasti sempre figure oscure, incubi opprimenti. I Greci dell'età classica invece rappresentavano i loro dei come giovinetti immortali, perennemente nel momento della fioritura. Circondati da un'aura luminosa celestiale, essi erano immuni da ogni declino o dolore.

Che la salute e la bellezza presso i Greci classici abbiano potuto affermarsi senza inibizioni, nonostante le dense ombre che sempre incombono sulla vita dei mortali, costituisce uno degli elementi più straordinari – forse il *più straordinario* - della straordinaria civiltà di questo popolo, al quale restiamo debitori.

Quando oggi la pubblicità presenta in ogni occasione immagini di corpi umani giovani, belli, sani e felici, può farlo perché qualcuno nel nostro lontano passato ha avuto il coraggio di concepire una vita intatta e piena attribuendola agli dei.

Ma c'è una differenza sostanziale tra allora e oggi.

I Greci classici, popolando la loro fantasia di figure belle e armoniose, ebbero anche il coraggio di porle a confronto con la pochezza della loro esistenza reale e, invece che deprimersi, da tale confronto si sentirono sollecitati al meglio.

Quelle che comunemente chiamiamo "illusioni" – associando al termine un senso spregiativo – essi le usarono come il lievito nei loro animi, da cui trassero energie che altrimenti sarebbero restate in essi disperse e latenti. Una volta messe in campo, queste energie restavano disponibili anche al di fuori nei momenti in cui erano state provocate, alimentando stabilmente sentimenti nobili ed eroici. Dai loro modelli divini i Greci trassero quello dell'eroe: l'uomo più vicino agli dei, come dice Ralph Emerson, "centrato su se stesso".

La religione olimpica non può essere accusata di essere ingannevole: i Greci antichi erano forse anche troppo consapevoli della differenza della vita degli dei dalla loro. Il confronto diretto della condizione divina con quella umana – per quanto crudo – era per loro consueto: non dimenticavano mai di essere mortali. Questo gli impediva di assopirsi in facili consolazioni e li stimolava a tenere ben aperti gli occhi sulla realtà.

Nel luminoso mondo della pubblicità invece si propone l'euforia di una vita da sogno, attraverso l'esibizione di salute e bellezza associate ai prodotti che vengono pubblicizzati. Si suggerisce che queste qualità siano a portata di mano, facilmente raggiungibili grazie all'acquisto di quei prodotti.

E' presentata l'illusione. Questo va bene: dall'illusione traiamo luce. Ma non va bene nel messaggio pubblicitario il fatto che l'illusione si propone come raggiungibile attraverso il possesso di qualcosa: il "consumare" è in noi l'immeschinito, irriconoscibile equivalente dell'agire eroico.

Non è sbagliato sognare, rappresentarsi come più e meglio si può, la pienezza d'essere: è sbagliato guardare solo la salute e la bellezza, e non anche la malattia, la debolezza, la morte. Oppure anche il contrario: guardare solo la bruttezza e la malattia e non anche la bellezza e salute.

E' sbagliato (ignobile, nel senso di "*non nobile*") non avere il coraggio di sopportare il contrasto: una realtà senza sogni addormenta quanto i sogni senza realtà.

Ora, non vi è luogo in cui la misera cruda realtà della condizione umana sia maggiormente visibile che in un ospedale o in un carcere. Perché questi sono i luoghi in cui sono raccolte le nostre debolezze, le nostre *défaillance* fisiche o morali.

Per questo si tende a isolarli dalla coscienza collettiva, a lasciare che si riducano a spazi opachi e marginali. Si volge l'attenzione della gente a contemplare la bellezza e la salute rimuovendo ogni relazione diretta tra il lato luminoso e quello in ombra del nostro essere. Così, tenendoli accuratamente separati, si cerca di evitare che le coscienze si risvegliano.

Bisogna andare in senso opposto: educare alla bellezza e salute – alle "grandi illusioni", alla pienezza d'essere – in tutto il loro incondizionato splendore, e allo stesso tempo a non nascondersi, rimuovere la precarietà essenziale dell'esistenza umana.

La salute e bellezza degli uomini reali non sono quelle degli dei immortali (né della pubblicità) che non conoscono dolore, disperazione e fatica: sono fragili, costantemente minacciate dalla debolezza, dalla malattia, dalla morte. Devono essere strenuamente difese, spesso senza successo.

C'è qualcosa di cui solo gli uomini mortali – non gli dei - possono fare esperienza: della guarigione, del reintegro del proprio corpo o della propria anima. L'uomo guarito è *“più che sano”*. E' *più nobile* del dio, che non sa cosa sia la malattia e non deve fare nulla per mantenere salute e bellezza.

Gli dei dell'Olimpo o della pubblicità non conoscono nemmeno l'agire coordinato, tenace, efficiente degli uomini per reintegrare (*salvare*) esistenze colpite e deprivate, anche quando essi sanno già a priori che questo obiettivo non sarà raggiunto. Gli dei, per i quali tutto è possibile, ignorano cosa significhi lottare contro l'impossibile.

LA VOCE ALLA SOFFERENZA

Maria José Amato - Insegnante Filosofia – Venezia

Encomiabile dare voce alla sofferenza attraverso chi la vive ed assiste tutti i giorni. Questa manifestazione è l'occasione per un incontro proficuo tra operatori e studiosi-ricercatori di una buona qualità della vita, nonostante le avversità.

EPISODIO

Andrea Minucci - Responsabile Infermieristico Area Funzionale – Grosseto

Desidero condividere con voi un episodio al quale ho assistito qualche giorno fa. Mi sono recato a fare visita (in borghese) ad un parente ricoverato in un reparto chirurgico (da noi li chiamiamo setting) dell'ospedale dove lavoro e mentre mi trovavo nella stanza è entrato un giovane infermiere il quale, noncurante della presenza mia e di altri miei familiari, si è rivolto al paziente accanto classe 1929 dicendogli in modo perentorio: "Questo è il clisma, vada in bagno e se lo faccia", lasciando la peretta sopra al tavolo accanto al vassoio del pasto consumato. Sorpreso ed imbarazzato l'anziano ha risposto: "Me lo devo fare da solo? Io non so se riesco?" e l'altro, che non nomino infermiere perché per me non è nemmeno degno di essere nominato, ha risposto mentre si allontanava guardando con interesse solo il suo cellulare: "Va beh glielo farà sua figlia quando viene". Ma insomma, mi domando e vi domando: ma che razza di generazione d'infermieri stiamo formando? Quali futuro ci aspetta? Noi siamo quelli che prossimamente saremo sdraiati nei letti assistiti da questi personaggi, e la colpa a chi la daremo se non a noi stessi? Io già mi sento profondamente colpevole! E' chiaro, non si può generalizzare, tuttavia mi sto guardando intorno e sto scoprendo una generazione infermieristica che non ha amore per la professione e che ha scelto questo mestiere per "sbocco professionale" attratto da un facile, seppur misero, stipendio a tempo indeterminato. Se ti confronti con loro ti dicono

che non hanno studiato per fare un clisma o per rifare i letti, l'assistenza diretta è cosa da delegare. Vogliono la responsabilità del piano assistenziale, ma sarà vero? Secondo me la differenza sostanziale sta proprio nella responsabilità e nell'etica professionale, che noi tanto decantiamo ma che, nel nostro profilo, sta inesorabilmente scomparendo. Permettetemi di dire: che tristezza!

L'IMMAGINE DELL'INFERMIERE

Sandra Galassi - Infermiera – Bologna

Sono interessata a questo convegno per la peculiarità dell'argomento trattato...in particolare mi interessa l'immagine del l'infermiere nella cittadinanza...e in un futuro auspicherei che il nursing (nell'aspetto relativo all'assistenza di base) fosse insegnato come materia attraverso uno stage in ospedale in tutte le scuole superiori credo che ragazzi tra i 17 e 18 ne trarrebbero un gran giovamento.

CONFRONTO CON I CITTADINI

Aldo Montalbano - Cittadino – Bologna

Interessante il confronto e la partecipazione con i cittadini

DONCHISCIOTTE

Mauro Costabile - Infermiere - Azienda Ospedaliera Universitaria Senese

Un problema di allergia mi ha allontanato dall'assistenza diretta e così, dopo venti anni sono finito dietro una scrivania; appena mi si crea l'occasione cerco di raccontare, soprattutto ai colleghi più giovani la mia esperienza professionale.

Niente di straordinario, un infermiere come tanti che di questa professione ama e ha amato il lato umano. Quella parte che non può essere quantificata, che non è monetizzabile; quel aspetto che non si riesce a spiegare e nonostante tutto resta quello che ti dà più soddisfazione. Il più affascinante.

Di fronte all'uomo dobbiamo adattare protocolli, procedure, tempi, spazi e soprattutto noi stessi. Metterci in gioco sempre, eternamente in discussione tra l'essere e il fare.

E quindi racconto storie, storie di pazienti, luoghi, colleghi, attimi di condivisione senza barriere, senza vestiti, senza nessuna remora. Essere lì in quel momento e volerci stare. Magari in silenzio oppure sorridendo, di giorno o di notte poco importa, fuori il sole o la pioggia, dentro la consapevolezza di dare sempre il massimo.

Ad un tratto dover dire addio a tutto questo, accettare quanto la vita mi offre e lasciare andar via tutto quanto. Non è stato facile, è stato necessario del tempo e alla fine sono riuscito ad accettare il mio destino. Ma che fatica.

Ho la passione della scrittura e per raccontare questa parte di vita mi sono fatto aiutare dal più valoroso di tutti i guerrieri Don Chisciotte; il brano è estratto dal mio libro Ammesso e non concesso, lo dedico a tutti gli infermieri che sono alla ricerca della propria identità, io l'ho trovata il giorno che è andata via...

(Donchisciotte)

“...questa mattina uscirò dal mio castello e partirò alla conquista di nuovi territori; sarà una campagna da combattere all'ultimo sangue, sfiderò tutti i cavalieri avversi che troverò lungo la strada, in fondo sono o non sono Don Chisciotte della Mancia? Or dunque, dov'è il mio fedele scudiero?”.

Sentendo berciare il suo padrone, Sancho Panza gli si avvicinò augurandogli il buongiorno, ma fu subito aggredito.

“...orsù Sancho, striglia il mio destriero, rifocillalo per bene e preparalo alla partenza...poi, torna qui da me, sistema l'armatura e le armi, ma prima di ogni cosa prepara la colazione, a pancia piena sarà tutto più semplice...”.

Sancho Panza si allontanò e, uno alla volta, eseguì tutti gli ordini del Cavaliere Errante. Preparò una succulenta e abbondante colazione, rifocillò e strigliò Ronzinante, il superbo destriero, lustrò l'armatura e l'armi, e infine, tornò per aiutare Don Chisciotte ad indossare la sua armatura. Il sole era già alto quando s'incamminarono, alla ricerca di nuove battaglie. A cavallo del suo destriero e con il suo fido scudiero di fianco, Don Chisciotte si apprestava ad affrontare il suo nuovo nemico.

In realtà, il suo avversario era stato suo amico fino a qualche mese prima. Avevano percorso tante strade, insieme avevano combattuto tante battaglie, con abilità, competenza e qualità si erano distinti su tanti fronti; erano riusciti ad uscire dalle situazioni più impensabili. Di giorno e di notte, senza tempo e senza paura, avevano lottato fianco a fianco, erano stati l'uno parte dell'altro. Poi, un giorno d'inverno, quando tutto sembrava filare per il verso giusto, qualcosa si ruppe e lento ed inesorabile cominciò il distacco. Una strana malattia colpì Don Chisciotte, e il suo corpo dovette lasciar andar via tutta la sua coscienza professionale degli ultimi vent'anni. Per il Cavaliere Errante fu una perdita gravissima; per mesi e mesi, rimase chiuso nel suo silenzio. Un buco nero aveva assorbito tutti i suoi pensieri, non riusciva a trovare una luce, una speranza alla quale aggrapparsi, per potersi rimpadronire di quella parte di sé che aveva perso. Una mattina di primavera,

si disse che non tutto era perduto, forse qualche possibilità c'era ancora; quella speranza riaccese tutti i neuroni di Don Chisciotte, e da allora non riuscì più a starsene fermo. Fecero un bel po' di strada, non incontrarono nessuno sul loro cammino, né amici né nemici; giunta sera, si accamparono nei pressi di una grande quercia, Sancho accese il fuoco preparò da mangiare. Dopo aver ricordato le loro avventure, si addormentarono, Don Chisciotte con il pensiero rivolto all'oggetto della loro ricerca. I giorni passarono, ma della coscienza professionale nessun segnale, nessuna ombra che lasciasse intendere la sua presenza. Svanita nel nulla, dileguata per sempre. Intanto, lungo la strada, erano sempre di più i viandanti che facevano forza al Cavaliere; gesti di affetto, parole di conforto, sorrisi e sguardi di complicità. Tutti erano solidali con lui, cercavano di supportare il suo stato d'animo, di consolare l'incolmabile vuoto. Poi a un tratto, mentre erano in cammino, comparve. Era lì, davanti a lui. Completamente disarmato, il suo essere infermiere gli stava di fronte e lo fissava negli occhi. A quel punto, Don Chisciotte depose la lancia e la spada, scese da cavallo e si tolse l'armatura, un pezzo alla volta lasciò cadere a terra tutti i pezzi, si spogliò di tutte le sue difese. Il combattimento doveva essere alla pari. Cominciò a camminare verso il suo passato, a testa alta e con le lacrime agli occhi; quando fu vicino, si accorse che anche all'altro venivano giù le lacrime. Rimasero lì, a fissarsi, per un tempo che nessuno ricorda. Ognuno cercava le parole giuste per cominciare, ma fu Don Chisciotte a cominciare; come sempre, gli indomiti guerrieri riescono sempre a trovare le giuste parole. "...finalmente ti ho ritrovato, ed in questo preciso istante ho preso coscienza che ti ho perso per sempre, ho preso coscienza che devo lasciarti andar via, non posso trattenermi, il tempo di combattere insieme è finito... ma prima di congedarti, volevo dirti che è stato un viaggio bellissimo, questi ultimi vent'anni sono stati un'esperienza di vita irripetibile ed indimenticabile... uomini e donne hanno accompagnato il nostro cammino, uomini e donne che hanno sofferto, hanno gioito, sono nati e sono morti, si sono ammalati e sono guariti...con loro abbiamo incrociato gli sguardi, strette le mani e siamo stati bene, anche nel dolore...abbiamo capito che la vita, quella vera, è fatta di piccole cose, di piccoli gesti che sembrano inutili, ma racchiudono l'essenza dell'essere umano...è stato bello essere lì, di giorno quando è tutto un brulicare di persone, di attività e di cose da fare; essere lì di notte e vegliare sul loro sonno, sulle loro flebo che finiscono, gli allarmi che suonano...e poi tornare a casa con il sorgere del sole, passare al bar e comprare le brioche per i figli che vanno a scuola...è stato tutto bello, bellissimo... e poter tornare indietro farei tutto uguale, forse di più...è stato bello da allievo e da infermiere, in ogni posto dove sono stato, in ogni posto dove ho indossato quella divisa, è stato bello...non venir mai meno, non risparmiarsi...dare, dare, dare e poi ricevere tanto, tantissimo, pure troppo...no, non parlo di soldi, quelli ringraziando Dio non sono mai mancati...parlo delle

emozioni, dei batticuore, delle mani che tremano, del sudore sulla fronte, dell'adrenalina in circolo che manda su di giri, delle lacrime, degli addii, dell'amicizia e dell'amore...ecco credo di aver finito, di averti detto tutto; ti lascio andare , non verrò più a cercarti, ho pianto troppo, ho sofferto troppo, adesso basta...ho capito che il nostro tempo è finito...si chiude un ciclo...la vita mi ha insegnato che niente è per sempre, quindi ti lascio, grazie di tutto e per tutto; non è un addio, perché c'incontreremo ancora, forse per pochi attimi, per pochi minuti avremo bisogno ancora l'uno dell'altro... e so che ci saremo...sono sicuro che ti legherai ad un'altra persona, falla felice come hai fatto con me...ti saluto, il tempo è tiranno, devo prepararmi ad affrontare altre battaglie, ci sono altri mulini da sconfiggere...mi porto via solo l'entusiasmo che mi ha accompagnato in questi ultimi vent'anni, mi servirà per le cose che verranno...ciao". Don Chisciotte cominciò ad indietreggiare senza mai distogliere lo sguardo; l'altro rimase lì, muto, con uno splendido sorriso. Poi pian piano cominciò a dissolversi fino a sparire. Il Cavaliere raccolse l'armatura e le armi, Sancho era lì ad aiutarlo. Poi disse al suo scudiero: "...caro Sancho si torna a casa, anche questa battaglia è fatta, né vinti né vincitori, resta la soddisfazione di aver combattuto...adesso ci riposeremo, ne abbiamo bisogno, ci riposeremo per esser sempre pronti...vedrai, presto, molto presto ci saranno nuovi territori da conquistare, nuove avventure da vivere e le gesta di Don Chisciotte saranno sulla bocca di altri...". Lentamente, con le spalle al sole che tramontava, Don Chisciotte e Sancho Panza intrapresero la strada del ritorno, preceduti dalle loro lunghe ombre. Lungo il cammino pensò alla sua amata, un pensiero gli passò per la testa, e per non dimenticarlo, si fermò e lo annotò su di un pezzo di carta: "...mia cara Dulcinea, non ho niente da offrirti, questo viaggio mi ha cambiato molto, ho imparato che un guerriero può cambiare la sua spada, ma non cambierà mai il suo cuore, e il mio lo offro a te..."

SONO PROSSIMA ALLA PENSIONE

Maria Grazia Panizzo - Infermiera – Treviso

Sono interessata al convegno: mi sembrano argomenti davvero importanti specie in questo periodo dove il lavoro è diventato molto frenetico. GRAZIE. Mi piace concludere la mia esperienza lavorativa (sono prossima alla pensione), con un tema che mi fa sperare e pensare che nonostante tutto la professione infermieristica si arricchisce.

UNA DOMANDA

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

Una domanda che puntualmente mi faccio ad ogni inizio anno accademico, visto che lavoro in un corso di laurea in Infermieristica è: Come mai le Regioni, ma il Veneto in particolare dove vivo e lavoro, ogni anno investono grosse risorse economiche per i vari corsi di laurea per infermieri, programmano a settembre i consueti bandi di selezioni per le materie sanitarie a numero chiuso tutto rigorosamente correlato al fabbisogno ipotetico di risorse di infermieri, fisioterapisti, logopedisti....necessari? Ci si ritrova puntualmente alla conclusione del percorso dei 3 anni che questi neolaureati, parlo degli infermieri in particolare, non vengano assolutamente assorbiti dalle nostre aziende, anzi sono costretti ad emigrare e la maggior parte di loro parte per l'Inghilterra. Chi parte quasi sempre è lo studente preparato, che ha un buon /ottimo livello di formazione, intraprendente, buona/ottima conoscenza dell'inglese, motivato, ha voglia di lavorare, All'inizio pensavo la crisi.... poi 'sta crisi continuae continua.... Perché la Regione Veneto pur consapevole della "fame di infermieri nelle Unità Operative." non provvede a sanare questo gap, perché butta risorse nella formazione di questi giovani infermieri che vanno altrove perché non trovano lavoro nei nostri ospedali veneti? Perché richiede tot. STUDENTI ogni anno da formare e alla fine non assume? Ci rimettono i cittadini in termini di salute, ci rimettono i neolaureati che devono andar via e le loro famiglie, ci rimettono i colleghi nei reparti che nel frattempo sono sottoposti a un superlavoro e stress indicibili, ci rimette la Regione che ha finanziato i Corsi. Non riesco immaginare il futuro per la nostra categoria!

UNA PICCOLA RIFLESSIONE

Lorenzo Baratti - Infermiere – Padova

Probabilmente la questione è se gli infermieri hanno voglia veramente di mettersi in gioco senza alibi e costrizioni, senza la paura di ricatti o di fare brutta figura... Ripartendo dal proprio lavoro CON i pazienti e CON gli altri professionisti, auspicando che gradualmente si abbandoni l'idea che le cose funzionano solo se c'è qualcuno che comanda... lo vorrei un ambiente dove è possibile confrontarsi sul modo migliore per raggiungere l'obiettivo, non su CHI comanda e basta... E quindi non sentire più: "Questo lo fai perché te lo dico IO..." Non mi pare che questo possa funzionare ancora, non con la complessità con la quale abbiamo a che fare tutti i giorni... Poi bisognerebbe avere il coraggio anche di dire a

qualcuno: "Questo lavoro non va bene per te..." Dovremmo essere più seri nella formazione e nella valutazione dei nostri colleghi... E proteggere i pazienti più fragili

UN SOGNO

Teresa Leto - Infermiera - Catanzaro

Sono della Provincia di Catanzaro,
al momento non lavoro, partirò tra due mesi per l'Inghilterra,
dove sono stata già assunta, ma mi interessa l'argomento
perché sogno un giorno di poter lavorare in Italia!

ESSERE INFERMIERI: UNA PROFESSIONE RELAZIONALE

***Alessandro Ditadi - Infermiere - Laurea Infermieristica Università di Padova –
Sede di Mirano- Venezia***

Nel momento in cui l'infermiere si vede attribuire un ruolo professionale autonomo, attraverso un riconoscimento normativo e una adeguata formazione universitaria, sembra stentare un decollo della professione nell'ambito concreto dell'assistenza nei luoghi di cura.

Ancor più precisamente, l'infermiere sembra prediligere quella parte prevalentemente tecnica della professione, che però, inevitabilmente, è monopolizzata dal ruolo del medico, mettendosi così in una posizione apparentemente competente e capace, ma sostanzialmente poco autonoma e fortemente dipendente dalle prescrizioni mediche e in cui non si vede la specificità infermieristica se non in un quadro concorrenziale con il medico; concorrenza destinata inevitabilmente a rientrare nel recinto del ruolo di *paramedico*. Rischiano così di essere perse le caratteristiche originali *dell'arte*, che tante generazioni di infermieri hanno contribuito a costruire. L'essenza stessa dell'essere infermiere si fonda sulla relazione con l'assistito. Perché quella che doveva essere la regina oggi è relegata al ruolo di Cenerentola?

Che idea di relazione si è strutturata in questi ultimi anni, da confinare l'infermiere a ruolo di optional. La relazione con l'assistito confinata a un fatto di galateo è la negazione stessa dell'infermieristica, oltre che divenire la ridicolizzazione della relazione d'aiuto, elemento fondamentale di cura.

Il problema è l'identità stessa dell'infermiere che si sta costruendo che è in discussione, le sue radici, il suo obiettivo che non può essere solo organizzativo, solo sull'organo malato, solo sulla malattia, ma sulla persona nel suo insieme e sui suoi bisogni.

La cornice entro la quale si situa la situazione oggi dell'essere infermieri: legittimazione normativa e debolezza clinica. Tale situazione si può sintetizzare nella crescente influenza della tecnica (presente ormai a tutti i livelli dell'attività umana) e della forza attrattiva del mondo medico con le sue semplificazioni diagnostiche e terapeutiche della complessità umana.

L'icona che rappresenta quanto abbiamo detto è costituita da molti giovani infermieri che oggi solcano le corsie ospedaliere; a parte il camice bianco, indossano spesso uno stetoscopio appeso al collo, caratteristica che non è certo giustificata dall'uso assiduo, ma che richiama un'idea visibile di "sapere tecnico" che evidenzia tutta la debolezza dell'identità dell'infermiere: proprio lo stetoscopio, strumento tipico e tradizionale del medico. Il sapere tecnico dà sicurezza, conforta attraverso le procedure e le linee guida, ci fornisce un'idea e quindi ci pone fuori dalle sabbie mobili del dubbio e dell'incertezza. La tecnica è fredda, semplifica il complesso, contempla poche eccezioni, fornisce risposte, fa sentire l'operatore forte e sicuro di sé.

La relazione invece è un mettersi in discussione personale, porta interrogativi, genera dubbi, fa sentire tutta la nostra debolezza.

L'intervento educativo è figlio della relazione, una genera l'altro. L'intervento educativo è una semina dagli esiti non certi.

Sia l'intervento educativo sia quello relazionale non forniscono certezze, possono generare gratificazioni ma non sicurezze personali; anzi sono faticosi, perché non si tratta solo di fornire qualcosa, ma è uno scambio in cui per essere tale c'è poco scudo, quindi può anche ferire.

È evidente che l'assistenza infermieristica basata sulla relazione, così come viene concepita, è faticosa. Le situazioni faticose, che spesso cerchiamo di evitare, sono però anche una delle poche modalità che permettono di *conquistare* una conoscenza interiore di sé.

Questa via permette di sventare un pericolo frequente in chi si occupa di aiuto e servizio agli altri: cioè farci guidare da riferimenti di super-ego che non corrispondono all'identità intima della propria persona. Si è chiamati cioè a conoscersi nelle proprie più intime aspirazioni, al fine di approcciarsi all'aiuto ciascuno con la sua realtà e non con una maschera.

Questa identità iniziale di se stessi rischia di coagularsi attorno alle false certezze della tecnica, che non fanno altro che soddisfare le sicure, ma false scorciatoie del nostro ego.

Instaurare una relazione con la persona assistita rientra nell'ambito dell'autonomia normativa dell'infermiere. L'aspetto relazionale non è soggetto a prescrizione medica, ci mette in gioco nelle nostre più profonde capacità e dipende solo dalla nostra persona. L'intervento educativo, ha una sua efficacia solo se c'è una capacità e una volontà di entrare in relazione, è anch'esso un ambito di autonomia che sfugge alla prescrizione medica.

Nasce invece dalla conoscenza dell'assistito e dal desiderio di favorirne l'autonomia. È la strada maestra e rappresenta la nostra originalità che ci fa sfuggire alla maledizione dell'essere "piccoli medici", "paramedici".

LE PROFESSIONI MEDICHE OGGI: LA QUESTIONE DELLA «RESPONSABILITÀ»

Dario Roman - Docente di filosofia e scienze umane - Venezia

Ad una richiesta di riflessione "filosofica" sulle professioni mediche di oggi, non può non emergere, con immediata urgenza, la complessa e delicata questione inerente alla «responsabilità» connessa a chi opera e a chi svolge una professione, qualunque essa sia. Ogni professione e ogni mestiere - nel senso più lato dei termini - implica sempre e presuppone ovunque il peso di una certa responsabilità legata al suo svolgimento, intesa quantomeno come "senso di come dovrebbe essere svolto quel particolare lavoro". Va da sé che il *come* deve essere svolto un mestiere è questione direttamente connessa alla *qualità* dell'operato svolto, e non tanto alla *quantità*. Ora, la valutazione qualitativa di un qualsiasi mestiere è oggi operazione assai ardua e complessa, a causa di un mondo che ha perduto quasi completamente ogni riferimento circa i principi essenziali e qualitativi per trasformarsi quasi del tutto in sola quantità, misurabilità, materialità.⁹ Il risvolto qualitativo, infatti, di per sé, è qualcosa di non-materiale, o quantomeno di non-riconducibile alla (sola) materialità. La vera «qualità» - e quindi la vera «essenza» - è sempre di origine metafisica, ossia "oltre il mondo fisico", e non è facilmente percepibile dall'essere umano, specie in epoca moderna.

Ma andiamo con ordine.

Prima di giungere a riflettere sul problema della responsabilità connessa allo svolgimento di un mestiere, è necessario affermare che ogni professione implica innanzitutto l'acquisizione di un insieme di conoscenze e di competenze destinate ad essere applicate e messe in pratica nell'esercizio di una determinata professione. Per esercitare un lavoro è necessario arrivare a sapere *che cosa* si deve fare e *come* farlo: in mancanza di

⁹ Sulla perdita della qualità a cui si assiste in epoca moderna si veda: D. Roman, *Uno sguardo dall'alto – la perdita della qualità nell'Occidente moderno secondo René Guénon*, Aracne, Roma, 2015.

determinate competenze non si può dare la “funzione” che il ruolo previsto da uno specifico mestiere prevede. “Mestiere” infatti deriva dal latino *ministerium* che significa per l'appunto “funzione”.¹⁰ Non è un caso che il significato originario del termine possieda una connotazione ieratica, dato che l'esercizio di ogni vero mestiere non è altro che lo svolgimento di una precisa funzione in rapporto quantomeno all'essenza metafisica delle cose (e che quindi ha a che fare o con l'interiorità non-materiale del soggetto, o con il mondo extrafenomenico e non-materiale della metafisica, o con entrambi). Detto diversamente, chiunque svolga un preciso mestiere che non sia puramente impiegatizio, mette in atto - ne sia esso consapevole o meno - un orientamento alla qualità e alle essenze, le quali presuppongono una loro *conoscenza*. Quindi, chiunque svolga un lavoro, una mansione, una professione, un mestiere, è necessariamente costretto ad acquisire - sia teoricamente che in pratica - tutte quelle conoscenze e competenze che gli sono poi necessarie per svolgere la sua professione e il suo mestiere; ma lo fa mettendo in gioco la sua persona, il suo essere, e non può limitarsi alle sole acquisizioni “tecniche”. Per acquisire queste competenze non basta quindi un percorso preparatorio, sovente fatto di lunghi studi e di pratiche, che comportano un addestramento senza il quale questa acquisizione non può avvenire. È necessario anche imparare a mettere a frutto una parte almeno del *nostro essere più profondo*, di ciò che siamo veramente nell'impronta più profonda della nostra interiorità e della nostra essenza. Solo in questo modo il «mestiere» diventa *ministerium*, e quindi “funzione” ad elevata partecipazione qualitativa, inteso nel senso più autenticamente originario. E solo in questo modo è possibile recuperare livelli significativi di qualità dell'operazione che si svolge. Senza questa “connessione metafisica” ne può risultare al massimo una prestazione esteriore ed esterna, la quale, per quanto ben fatta, rimarrà sempre sconnessa rispetto ai contenuti qualitativi, essenziali e metafisici, determinandone un risultato complessivo piuttosto “debole”, instabile e senza vero fondamento. La «qualità», infatti, è sempre correlata con l'essenza, la sintesi, l'unità, l'interiorità, e la stabilità, per l'appunto. Ciò che non è o non appare stabile non può neanche possedere un sufficiente grado di qualità.

Ma lavorare in questa direzione - la direzione della qualità - implica inevitabilmente un incremento di responsabilità, come in effetti dovrebbe essere. È solo chi mette in gioco una significativa e profonda parte del proprio essere che *può essere* - per l'appunto - *responsabile*, nel senso pieno del termine. Senza un sufficiente coinvolgimento della persona che opera non vi può essere in gioco responsabilità alcuna (e se non vi è in gioco una sufficiente responsabilità, le conseguenze del proprio operato non possono che risultare negative). Sennonché questa responsabilità richiesta - o attesa - è senza dubbio

¹⁰ Ivi, p. 474.

maggiore nelle professioni legate alla medicina e alla sanità, perché maggiore è il rischio di danno in caso di errore. Qui sono in gioco la salute e la vita di un paziente, che sono inestricabilmente connesse all'ampio ventaglio di diritti umani che dovrebbe essere garantito ad ogni individuo.

Accertata la stretta correlazione sussistente tra «qualità» e «responsabilità», va da sé che se la responsabilità assume particolare rilevanza nel campo delle professioni mediche, anche la questione della «qualità» dell'operato dei medici e degli infermieri assume particolare peso proprio nel campo delle professioni legate alla medicina moderna (che includono inevitabilmente, oltre a tutto il personale medico, anche il personale infermieristico e quello tecnico). Questo perché il legame dell'uomo con la sua salute e la sua vita rende queste professioni particolarmente delicate, essendo sempre connesse con il benessere e con la vita dell'uomo stesso. Bisogna anche riconoscere che la medicina moderna, pur con tutti i suoi limiti, rimane una delle poche scienze nei confronti delle quali non è possibile negare che ci sia stato un certo progresso e una certa evoluzione: molte malattie sono state sconfitte e molte altre ritenute un tempo incurabili possono oggi venire affrontate e curate con successo. Tuttavia, la perdita della chiarezza dei riferimenti e dei confini precisi entro cui si dispiega una precisa funzione ha generato oggi una pericolosa confusione che tende a confondere e a identificare inopportunosamente aspetti e competenze di più professioni. Il risultato è la diffusa ed erronea percezione dello "sconfinamento" di una responsabilità propria di un mestiere presuntuosamente proiettata e traslata nella sfera *di un altro* mestiere. In questa generale confusione la conseguenza, oltre a manifestarsi come perdita generale di fiducia, assume l'aspetto di un ipertrofico aumento dei contenziosi legali connessi proprio a questioni legate ad attribuzioni di responsabilità.¹¹ Oggi, infatti, in quasi ogni settore, ognuno tende a sconfinare nel terreno degli altri, sentendosi in dovere di giudicare in un campo sostanzialmente estraneo al proprio. E questo nonostante l'antica saggezza di Confucio raccomandi:

Chi non ricopre un ufficio, non si occupi del suo esercizio.¹²

Il che implica anche, in modo perfettamente simmetrico, che chi invece ricopre un determinato ufficio è tenuto ad adempiervi nel miglior modo possibile. Ed ecco dunque la responsabilità: essa, paradossalmente, assume una connotazione estremamente precisa e apodittica proprio in chi la esercita bene. E' chi esercita bene il suo dovere, con passione e dedizione, che sente e sa esattamente dove si collocano i confini della sua personale

¹¹ Si veda il già citato: *Uno sguardo dall'alto*, Cap. X: "Degenerazione della sfera etico-politica - Democratismo ed egualitarismo", pp. 417-449. Sulla degenerazione generale dei mestieri si veda anche, nello stesso libro, Cap. XII: "Decadimento e solidificazione", pp. 473-496.

¹² CONFUCIO, *Dialoghi*, Einaudi, Torino, 2003, p. 89.

responsabilità e dove si trovi quella delle professioni contigue. La confusione e l'incertezza in merito alle attribuzioni di responsabilità, oggi tanto diffuse, non sono quindi che l'indicatore di una situazione di generale scarsa assunzione di responsabilità. Le diverse e numerose categorie professionali, non sentendosi più sufficientemente tutelate nell'esercizio della loro "funzione", sono così costrette a difendersi in tutti i modi possibili; con il risultato di un generale appesantimento dell'esercizio effettivo del proprio lavoro. E non è propriamente questa la situazione ideale per chi svolge un mestiere, specialmente se questo è legato alla salute e alla vita dei cittadini.

Si esamini meglio la situazione storico-sociale in cui stiamo vivendo e ci si accorgerà immediatamente che, specie di fronte ad un problema serio o a un dramma, nessuno vuole veramente prendersi la responsabilità, e i giudici faticano non poco nel cercare di attribuirla. Ma questo è segno, ancora una volta, per l'appunto, di una scarsa aderenza alla parte più profonda del nostro essere che sempre e comunque rimane intimamente connessa all'esercizio di un particolare mestiere.

Tuttavia, in questo caos, è però possibile recuperare, almeno in parte, una dimensione più giusta e più dignitosa, non solo di ogni professione, ma anche dell'atteggiamento generale di chi si avvantaggia di queste professioni; ossia dei pazienti, dei clienti e dei cittadini tutti, da un lato; dei professionisti del settore sanitario, dall'altro. E come si recupera questa dimensione più dignitosa? Solo rifacendosi ad un maggiore senso di responsabilità, prendendo maggiormente sul serio il proprio dovere, con passione e devozione - sì da ridurre i margini di errore - e, non da ultimo, senza attribuire sempre la priorità al risvolto economico-utilitaristico; condizione imprescindibile, questa, per poter accedere ad un livello qualitativo più elevato in tutto ciò che si fa e in tutto ciò che si produce. Ma per far questo non resta che attingere ad una più profonda e metafisica dimensione del senso più vero del nostro essere, e del senso più importante di ciò che ciascuno di noi è chiamato a fare ogni giorno. Perché, se si estende davvero questa riflessione, si comprende che *ogni mestiere*, anche il più umile, implica sempre una profonda dignità, e quindi una grande responsabilità, a sua volta necessariamente connessa con un sufficiente grado di libertà e maturità dell'uomo che agisce, e che è chiamato ad agire e a compiere il suo dovere nel miglior modo possibile. E solo se agisce in tal modo - illuminato da quella lanterna kantiana che ci dice se siamo nel giusto oppure no - fino a trasformare il meglio del suo operato in una "abitudine" costante - come direbbe Aristotele - allora potrà diventare veramente virtuoso. E, nella consapevolezza di essere parte di una comunità, anche realizzato e felice. Felice di quella felicità che può derivare solo dalla consapevolezza di

aver fatto davvero del proprio meglio. Perché una delle felicità possibili è certamente quella che può derivare dal fare bene ciò che si ama fare.

L'INFERMIERE INCONTRA L'INFERMIERE.

Marcella Gostinelli - Infermiera disoccupata - Arezzo

Intanto è doveroso che io dica che per questa mia relazione mi sono servita degli scritti e delle relazioni di Laura Candiotta (“La metamorfosi del soggetto cosciente”). Chiedo scusa a Laura per averla interpretata senza la dovuta conoscenza filosofica, ma con la mia conoscenza...tu mi correggerai se ho interpretato male, Laura.

Perché questo titolo, per più motivi diversi: come professionista infermiera sento il bisogno di ordine e chiarezza abbiamo infatti badanti infermiere, Oss infermiere, infermiere demansionato, infermiere illuminato, infermiere impiegato, generalista, specialista, master, esperto, tanti tipi diversi di infermiere e nessuna peculiare caratteristica che renda specifico e quindi unico il nostro sapere. E con questa confusione si parla anche di skill mix change orizzontale, verticale, i medici si risentono e chiedono: niente skill mix , neanche orizzontale perché non ne colgono il significato. La ex presidente Annalisa Silvestro tifava per l'infermiere tecnico, l'attuale Barbara Mangiacavalli contempla invece ed anche, la possibilità di un infermiere di comunità e quindi di un infermiere che sia anche capace di rilevare il bisogno sommerso di una comunità; cosa questa ultima che richiede anche competenze di interfaccia, strategiche, politiche. Gli infermieri intanto sono molto soli nelle linee di lavoro, soli e smarriti. In questo smarrimento perdono la loro forza e per acquisire un minimo di titolarità si avvalgono delle tecniche acquisendone sempre di nuove e penalizzando buona parte della loro motivazione divenendo demansionati perché utilizzano la sola razionalità tecnica e non perché assistono direttamente la persona malata. Non me ne vogliano per questo i colleghi di Aadi.

Incontrare è un verbo formato, a mò di denominativo, dal latino “In” e “contra”, dirimpetto: abbattersi camminando. Cosa dovrebbe accadere perché qualcosa cambi e l'infermiere divenga davvero ciò che dovrebbe essere? A mio avviso dovrebbe accadere che l'infermiere camminando per la sua strada, quella che crede essere la sua, si imbatta, attraverso una ricerca interiore, davvero in sé stesso. Quindi l'infermiere di oggi incontra l'infermiere vero e compie una conversione volgendo lo sguardo da fuori a dentro di sé. Io sono convinta che si debba ripartire da ciò che ci ha mossi, dalla scelta e nella scelta incontrarci. L'infermiere vero ha scelto la sofferenza, gli infermieri, come scrive bene Laura Candiotta, così come tutti gli altri professionisti della salute, sono infatti mossi da una inclinazione naturale verso la cura sofferenza umana, essi però, più di altri, sono attenti a

questo richiamo; infatti, pur sapendo di essere la presenza, 24 ore su 24, nel dolore e la continuità nella sofferenza fino alla morte del malato, scelgono lo stesso di ascoltare quel richiamo e decidono di essere infermieri. E' dopo questa scelta che tutto però cambia. Ma dalla scelta bisogna ripartire. Elena Pulcini (2013) (professoressa di Filosofia sociale presso l'Università di Firenze. Attenta al problema dell'individualismo moderno e del legame sociale). dice infatti che Il desiderio di cura degli infermieri dovrebbe realizzarsi come un'etica della cura appassionata, concreta contingente, contestuale e che riconosce nell'amore antropologico ciò che permette di tendere verso l'altro.

Ed è qui che noi infermieri dobbiamo intervenire, è quella la nostra specificità, dobbiamo usare la nostra voce ogni volta che nella quotidianità quella scelta appassionata non è contingente, contestuale, dovremmo iniziare ad usare la disobbedienza civile e non permettere che la cura sia ridotta a mero prestazionismo o al tutto fare.

In realtà oggi questa consapevolezza sulla scelta della cura della sofferenza è volutamente velata dagli stessi professionisti per timore che si identifichi la cura con il sacrificio di sé per il bene degli altri, per paura che si confonda insomma la vocazione con la missione.

Questa paura va superata subito perché porta, sfocia, in una visione dualistica tra l'infermiere e la persona malata cosa che un professionista della cura non può permettere perché finirebbe per favorire una relazione fra giustapposti piuttosto che una relazione interconnessa, finirebbe per curare corpi invece che persone malate, trascurando così la complessità dell'essere malato che è una complessità ontologica e che richiede di considerare il malato non un corpo da lavare, da igienizzare e da trattare con medicine, ma un essere che è' anche una persona con una malattia. Occorre che ci si prenda carico anche del malessere che l'uomo porta con la patologia oggettiva. Se fossimo davvero capaci come professionisti infermieri di interconnetterci con le persone malate potremmo aiutare il sistema ad essere meno impersonale e più relazionale e quindi ad avere dei risultati di outcome apprezzabili e a noi riconducibili. Noi dobbiamo lavorare sui risultati di outcome (il valore aggiunto) ed iniziare a porci obiettivi e indicatori di risultato volti all'outcome e alla complessità. Un esempio per farmi capire meglio: i modelli tayloristici sono avversi alla complessità, l'intensità di cure è avversa alla complessità, il rifacimento del letto insegnato all'università per il corso di laurea infermieristica è riduttivo non si deve insegnare a rifare un letto, ma ad approcciarsi alla complessità di chi occupa quel letto e per la quale il rifacimento del letto è solo un minimo dettaglio incluso in ben altro. L'uso di un linguaggio non appropriato e non adeguato come "il giro dei letti, il giro della terapia" dimostra una organizzazione e una professionalità più attenta all'inanimato che all'animato e quindi va superato. Il libro delle consegne è avverso alla complessità e

dai suoi dettagli, quello può essere funzionale all'oss ma non a chi deve leggere un testo come quello dell'uomo, l'uomo è poesia e non solo prosa.

Non so se vi riconoscete in questa riflessione

Conclusioni

Filosofia e Infermieristica. Paradigma riduzionista vs paradigmaolistico

L'accostamento o meglio l'interconnessione fra filosofia e infermieristica dovrebbe aiutare l'infermieristica in questo percorso interiore per aiutare a sua volta la medicina a passare da un paradigma riduzionista, positivista e scienziata, ad un paradigma che permetta l'uso di un sapere più relativo, diversi tipi di razionalità e quindi servizi sanitari meno impersonali e antirelazionali e quindi più umani. Il nuovo paradigma permetterebbe di conoscere di più e meglio l'uomo e il malessere legato alla malattia.

Obiettivo di oggi è contribuire a togliere questo velo d'ignoranza e concedersi senza paura ad una visione post convenzionale dell'etica della cura.

Secondo noi, il noi sta per gli infermieri, la cura infermieristica deve poter contare su di una configurazione non solo emotiva ma anche etico-politica. Dobbiamo imparare ad utilizzare non solo la razionalità tecnica, il cui fine è esterno a chi opera, è del medico, ma anche altre razionalità, altri saperi, quelli che permettono di avere un certo grado di autonomia intellettuale. L'opera degli infermieri, l'agire infermieristico non deve aver paura di essere caratterizzato dall'amore antropologico, non deve esso appartenere agli infermieri sensibili e buoni e con supplemento di anima, ma agli infermieri. L'amore insito nell'etica della cura infatti deve essere agito come azione collettiva e quindi all'intero sistema perché grazie agli infermieri che lo agiscono è possibile distinguere il loro sapere da quello delle badanti o degli oss.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società

Cos'è Slow nursing?

Un contenitore, un luogo di scambio di contributi diversi orientati alla riflessione autentica che permettano di disegnare percorsi ed obiettivi condivisi.

Luogo d'incontro unico, quale occasione di pratica di pensiero, di appetito culturale, di approfondimento e di esercizio concettuale che permetta di intravedere spiragli di azione per migliorare il presente e progettare il futuro.

Un movimento, che non rimane nel limbo dell'indistinto e dell'opportunismo ma si distingue per la qualità dell'impegno e si identifica in: "conoscere per comprendere, e coerentemente, scegliere per essere".

Fucina di idee, crogiuolo di energie e motivazioni, palestra di riflessione.

Una risposta possibile alla necessità di modificare la situazione attuale della professione infermieristica e la qualità dell'assistenza.

Adesione al movimento Slow Nursing

Per aderire è sufficiente accedere all'area riservata di www.slownursing.it digitando le seguenti credenziali: utente: `slownursing` password: `adesione` (tutto minuscolo)

- attenzione, in particolare se si accede con il cellulare, alla correzione automatica.

Inserire i dati per adesione indicando la qualifica: infermiere, cittadino, studente, ecc. (la mail e il cellulare sono utili per comunicazioni relative alle attività e comunicazioni del Movimento)

Si invita inoltre a lasciare commenti - proposte - idee - suggerimenti – quesiti nell'apposito box per il testo.

Al termine, dopo aver confermato l'adesione e il trattamento dei dati e dato l'invio, si riceverà una mail di conferma dell'adesione.

Ricordiamo che l'adesione è gratuita e non comporta obblighi se non quello morale di promuovere i principi del movimento e che è possibile recedere in qualsiasi momento con lo stesso modulo, selezionando l'opzione rinuncia all'adesione.

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

Manifesto Slow Nursing

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

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

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

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

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

Slow nursing: principi dell'agire infermieristico

Il tempo è lo strumento fondamentale dell'infermiere

Il tempo è necessario alla prestazione infermieristica

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

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

La comunicazione (parola) ha un significato pragmatico e semantico

Il fine non giustifica i mezzi ed è fondamentale il valore etico di come si raggiunge l'obiettivo

Il successo ad ogni costo non viene considerato

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

La volontà di promuovere l'emancipazione e la crescita culturale della Professione Infermieristica

La conoscenza serve per comprendere, per infine scegliere per essere

Genesi del documento

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

Riferimenti su www.slownursing.it

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

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

2° Convegno: **Slow nursing: Il tempo per l'assistenza - la cura della salute** - Zelarino (Venezia) 12-03-2016

3° Convegno: **Slow nursing: Il tempo per l'assistenza - essere infermiere - un nuovo sguardo per la cultura della cura** - Zelarino (Venezia) 04-03-2017

Slow nursing - Principi fondamentali per una deontologia etica

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

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

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

Articolo 4 - Formazione etica. Il movimento Slow nursing deplora l'attuale organizzazione della formazione obbligatoria considerata diseducativa e vessatoria e fonte di business speculativo, un modello formativo superficiale basato sulla semplice raccolta punti spesso con false verifiche dell'apprendimento.

Il movimento intende promuovere la cultura infermieristica come parte integrante e propositiva della società con progetti formativi esclusivamente interattivi ed ecm free (no crediti - si cultura).

La formazione autentica è la raccolta di contenuti e la verifica del grado di consapevolezza raggiunto espresso da "conoscere per comprendere ... scegliere per essere".

Per cultura infermieristica si intende tutto il bagaglio tecnico e umano quale risorsa per esplicitare pienamente il "prendersi cura" della persona per prevenire, correggere e sostenere i problemi di salute.

Formazione autentica per persone autentiche, il cui obiettivo è sviluppare conoscenza e consapevolezza professionale e civile.

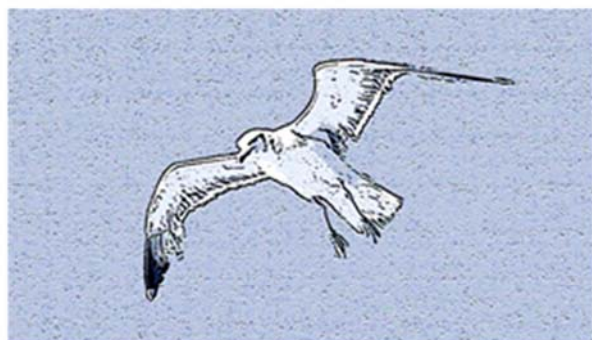
La formazione autentica prevede motivazione, impegno e responsabilità reciproca di docente e discente interagendo attivamente nello spazio formativo.

La formazione Slow nursing non è per tutti, ma solo per chi ha una motivazione a conoscere e accrescere in professionalità e cultura infermieristica.

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

momenti di riflessione su infermiere - cultura - società



ipotesi infermiere

LA PASSIONE PER LA CURA

SABATO 3 MARZO 2018

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

con il patrocinio di



EVENTO ECM FREE REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO NON CONDIZIONANTE DI

B|BRAUN
SHARING EXPERTISE

www.slownursing.it

SEGRETERIA ORGANIZZATIVA
sa Salute in Armonia srl
Provider ECM n. 1371

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

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

ipotesi infermiere

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

la passione per la cura

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

Luciano Urbani

Slow nursing - il tempo per l'assistenza

LABORATORIO DI PENSIERO

ORGANIZZA IL 4° CONVEGNO

ipotesi infermiere la passione per la cura

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

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

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

IPOTESI INFERMIERE

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

LA PASSIONE PER LA CURA

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

- COSA SOGNA L'INFERMIERE
Marcella Gostinelli - Infermiera disoccupata - Arezzo
- LA PAROLA E IL CONTATTO
Linda Napolitano - Filosofa - Università di Verona
- IL TEMPO E LA PASSIONE
Giuseppe Goisis - Filosofo - Università Ca' Foscari - Venezia
- DISCUSSIONE INTERATTIVA RELATORI-PUBBLICO

INGRESSO LIBERO:

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

www.slownursing.it

Per informazioni:

slownursing@inferweb.net

conoscere per comprendere ... scegliere per essere

INDICE

ABSTRACT

Luciano Urbani	Provocazioni riflessive: Se l'invenzione vale più del reale	17
Valter Fascio	Richiediamoci... Cos'è l'infermiere?	18
Laura Candiotta	Le emozioni che curano. Spazi e tempi per la relazione	18
Marcella Gostinelli	Zelarino 2017	21

CONTRIBUTI

Barbara Mangiacavalli	Lettera al Ministro della Salute Beatrice Lorenzin -17-02 2017	22
Carlo Beraldo	L'originalità dell'infermiere tra fare ed essere	24
Franco Daprà	L'infermiere, la società e le prospettive future... come agire?	25
Enrico Gianfranceschi	Senso e valore delle parole per la professione	29
Francesco Macaluso	Al centro della riflessione	31
Marina Orvieto Da Ponte	Il malato	32
Valter Fascio	L'infermiere liquido nella società liquida	34
Renata Firpo	La cura nel mondo	38
Muzio Stornelli	Perché la nostra è una professione intellettuale? Le parole contano!	42
Stefano Musolesi	Riflessione sulla professione!	43
Paola Schiavon	Motivazione	44
Alberto Madricardo	Salute e bellezza sono pienezza d'essere	44
Maria José Amato	La voce alla sofferenza	47
Andrea Minucci	Episodio	47
Sandra Galassi	L'immagine dell'infermiere	48
Aldo Montalbano	Confronto con i cittadini	48
Mauro Costabile	Donchisciotte	48
Maria Grazia Panizzo	Sono prossima alla pensione	51
Paola Piccolo	Una domanda	52
Lorenzo Baratti	Una piccola Riflessione	52
Teresa Leto	Un sogno	53
Alessandro Ditadi	Essere infermieri: una professione relazionale	53
Dario Roman	Le professioni mediche oggi: la questione della «responsabilità»	55
Marcella Gostinelli	L'infermiere incontra l'infermiere	59
SLOW NURSING	Cos'è Slow nursing?	63
SLOW NURSING	Manifesto Slow nursing	64
SLOW NURSING	Principi fondamentali per una deontologia etica	65

EVENTO ECM FREE REALIZZATO GRAZIE AL CONTRIBUTO DI

COLLEGIO IPASVI FIRENZE

e

Teleflex

con il patrocinio dei Collegi IPASVI



www.slownursing.it

La presente raccolta è stata stampata grazie al contributo di



Corso del popolo 61 – 30172 Mestre Venezia

Tel 041.8020639 - Fax 041.972348

info@univpopmestre.net www.univpopmestre.net